

Romania

EVALUAREA NEVOII DE
ÎNGRIJIRE PALIATIVĂ

Marilyn Boggust
MB Healthcare Consultants
21 Decembrie 2017

Cuprins

Secțiunea 1. Introducere	4
Context general – dezvoltarea îngrijirilor paliative	5
Secțiunea 2. Contextul național	8
Profilul de țară	8
Sistemul de sănătate din România	10
Contextul strategic al serviciilor sde sănătate	11
Secțiunea 3. Profilul demografic și epidemiologic	12
Profilul Demografic.....	12
Populația României pe Regiuni.....	13
Rata natalității	14
Speranța de viață.....	14
Profilul Epidemiologic.....	16
Rata mortalității.....	17
Principalele cauze de mortalitate	18
Concluziile analizei profilurilor demografice și epidemiologice de țară, și implicațiile asupra planificării serviciilor	20
Secțiunea 4. Evaluarea nevoii de îngrijire paliativă	22
Metodologia și nivelul de îngrijire paliativă	22
Servicii de Îngrijire Paliativă existente.....	28
Sumar al serviciilor de îngrijiri paliative existente.....	30
Paturi de Îngrijire Paliativă și Internări	30
Echipe de Îngrijiri Paliative la Domiciliu.....	31
Ambulatorii de Îngrijiri Paliative	31
Centre de Zi pentru Îngrijiri Paliative.....	31
Servicii de suport în perioada de doliu	31
Normarea serviciilor de îngrijiri paliative și a personalului	32
Serviciile de Îngrijiri Paliative – Analiza decalajului dintre serviciile existente și nevoie	34
Regiunea Nord Est – Servicii de Îngrijire Paliativă – Present, Necesari și Analiza Disparităților	34

Regiunea Sud - Servicii de Îngrijire Paliativă – Prezent, Necesar și Analiza Disparităților.....	37
Regiunea South East - Servicii de Îngrijire Paliativă – Prezent, Necesar și Analiza Disparităților	38
Regiunea Centru - Servicii de Îngrijire Paliativă – Prezent, Necesar și Analiza Disparităților.....	39
Regiunea Vest - Servicii de Îngrijire Paliativă – Prezent, Necesar și Analiza Disparităților	40
Regiunea București-Ilfov - Servicii de Îngrijire Paliativă – Prezent, Necesar și Analiza Disparităților	41
Rezumat al analizei disparităților în serviciile de îngrijiri paliative	41
Situația curentă a personalului cu pregătire în îngrijiri paliative	42
Sumar al situației profesioniștilor în sănătate.....	43
Personal instruit în îngrijiri paliative – Personal necesar și Analiza Disparităților	44
Unități cu paturi de îngrijiri paliative – Necesarul de personal pe Regiuni	45
Ambulatorii de îngrijiri paliative – Necesarul de personal pe Regiuni	46
Echipe de Îngrijiri Paliative la domiciliu – Necesarul de personal pe Regiuni	47
Rezumat al situației personalului din serviciile de îngrijiri paliative – Analiza Disparităților pe Regiuni	48
Rezumat al analizei disparităților în privința personalului din serviciile de îngrijiri paliative	49
Secțiunea 5. Provocări în dezvoltarea serviciilor de îngrijiri paliative	51
Analiza SWOT a dezvoltării serviciilor de îngrijiri paliative în România	54
Secțiunea 6. Rezumat și propuneri pentru viitor	56
Anexa 1. Definiția îngrijirilor paliative dată de Organizația Mondială a Sănătății	59
Anexa 2. Ipoteze și metode de calcul pentru necesarul de asistenți medicali în unitățile cu paturi	60
Referințe.....	61

România

Evaluarea nevoii de îngrijire paliativă

Secțiunea 1. Introducere

Această lucrare prezintă rezultatele și concluziile evaluării nevoii de îngrijire paliativă în România în anul 2016. Scopul acestei evaluări bazate pe date populaționale a fost de a obține informațiile necesare și de a înțelege tipul și distribuția serviciilor de îngrijiri paliative necesare a fi dezvoltate pentru populația României, cu scopul obținerii unor beneficii maxime și pentru a pune bazele unei strategii de îmbunătățire a serviciilor de îngrijiri paliative în România. Această evaluare a urmărit:

- Stabilirea nevoii de îngrijire paliativă în rândul populației generale, printr-o abordare bazată pe date populaționale
 - Identificarea serviciilor de îngrijiri paliative existente în acest moment în țară
 - Stabilirea tipurilor și numărului de servicii necesare pentru a acoperi nevoia de îngrijire paliativă
 - Identificarea discrepanțelor în asigurarea serviciilor
 - Identificarea provocărilor și barierelor în dezvoltarea îngrijirilor paliative în România
 - Sumarizarea rezultatelor și concluzii ale studiului
- **Recunoașteri**

Acest raport de evaluare a nevoilor de îngrijire paliativă a fost realizat în colaborare cu membrii Grupului Tehnic de Lucru pentru Îngrijiri Paliative și ai Comisiei de Paliatie din Ministerul Sănătății. Autorul mulțumește tuturor celor implicați în realizarea acestui raport de evaluare a nevoii de paliatie pentru asigurarea de date și informații necesare redactării raportului. Mulțumiri speciale adresate Conf.Dr.Daniela Moșoiu, profesor la facultatea de Medicină a Universității Transilvania din Brașov și Director de Educație și Dezvoltare Națională la Fundația Hospice Casa Speranței, Mălina Dumitrescu, director de Programe/PR și Flavia Hurducas, coordonator al Centrului de Studii pentru Medicină Paliativă, ambele din cadrul Departamentului de Educație și Dezvoltare Națională din cadrul Fundației Hospice Casa Speranței.

Raportul cuprinde următoarele secțiuni:

- Secțiunea 1 – Introducere și cadru general
- Secțiunea 2 – Context național
- Secțiunea 3 – Profilul demografic și epidemiologic
- Secțiunea 4 – Evaluarea nevoii de îngrijiri paliative și a serviciilor existente
- Secțiunea 5 – Provocări în dezvoltarea îngrijirilor paliative
- Secțiunea 6 – Rezumat și propuneri pentru viitor

Context general – dezvoltarea îngrijirilor paliative

Îngrijirea paliativă alină suferința și îmbunătățește calitatea vieții persoanelor afectate de o boală cu speranță de viață limitată. Îngrijirea paliativă este o abordare holistică menită să amelioreze calitatea vieții pacienților și familiilor acestora, prin abordarea nevoilor fizice, psiho-sociale și spirituale asociate bolii amenințătoare de viață. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) definește îngrijirea ca *”abordare menită să amelioreze calitatea vieții pacienților și familiilor acestora, atunci când se confruntă cu probleme asociate bolilor amenințătoare de viață, prin prevenirea și înlăturarea suferinței, prin identificarea și tratarea impecabilă a durerii și a altor probleme fizice, psiho-sociale și spirituale”* ⁽¹⁾. Principiile îngrijirii paliative a adulților și copiilor sunt detaliate în **Anexa 1**.

Îngrijirea paliativă modernă s-a dezvoltat rapid în țările occidentale în ultima jumătate a secolului al XX-lea. La începutul anilor '60, Dame Cicely Saunders a pus, în Marea Britanie, bazele filosofiei moderne de asistență a persoanelor cu boli terminale, combinând convingeri și abordări morale și religioase cu abordarea riguroasă științifică bazată pe observație, cercetare și inovație clinică. Viziunea ei privind ameliorarea calității vieții persoanelor în stadii terminale cuprinde aspectele suferinței fizice, psihologice, sociale și spirituale. Ascultând poveștile și experiențele pacienților legate de boală, Dr. Saunders a dezvoltat conceptul de *”suferință totală”*. Această viziune nouă plasează suferința dincolo de durerea fizică și cuprinzând aspectele sociale, emoționale și spirituale ale bolii. Mesajul ei este clar – *”suferința totală impune o abordare constantă, holistică”*. Filosofia de îngrijire a bolnavilor terminali promovată de Dr.Saunders se concentrează pe asistența pacientului și familiei, pe suportul familiei în perioada de doliu și pe importanța intervenției în echipă interdisciplinară. Munca ei de pionierat a revoluționat modul clasic de abordare a nevoilor specifice ale pacientului cu boală cronică progresivă și ale familiei acestuia. Într-o perioadă relativ scurtă de timp Dr.Saunders a reușit să transforme radical abordarea îngrijirii pacienților aflați la sfârșitul vieții.

În 1967, Dr.Saunders a pus bazele primului hospice din lume, Hospice St.Christopher, în sudul Londrei. Unicitatea acestui prim hospice modern constă în combinarea a trei principii esențiale: excelență în asistența clinică, educație și cercetare, ceea ce l-a făcut să devină în scurt timp un centru model inspirațional pentru întreaga lume. Au existat și alte inițiative de ameliorare a asistenței persoanelor aflate în stadii finale de boală și a suportului acordat familiilor acestora. În 1965, Glaser și Strauss au publicat un studiu de cercetare privind experiența pacienților terminali în spitalele din SUA. În 1969, Dr.Elizabeth Kubler Ross prezintă propria perspectivă asupra stadiilor bolii terminale și a modului de comunicare cu pacienții la finalul vieții. Medicul canadian Balfour Mount a adaptat în Canada modelul propus de Dr.Saunders, dezvoltând o abordare specifică asistenței spitalicești și înființând secții specializate de îngrijiri paliative în Royal Victoria Hospital, în Canada în 1975.

Cu timpul, accentul pus pe *”îngrijirea terminală”* s-a extins către asistența persoanelor care se confruntă cu diverse probleme legate de controlul simptomelor și altor probleme în stadii timpurii

ale evoluției bolii. Această schimbare de paradigmă a dus la o abordare merită să asiste "pacienții terminali" să trăiască ultima parte a vieții mai bine și din plin, ceea ce a dus la o redefinire a termenului de "îngrijire terminală" în practica clinică. Noul concept de "*îngrijire terminală*" adoptat și preluat la nivel global descrie o abordare unitară a îngrijirii pacientului și familiei acestuia.

În ultimele două decenii dezvoltarea îngrijirii paliative a fost stimulată prin diferite politici și acorduri internaționale. Un pas important a fost realizat în anul 2014, când World Health Assembly (WHA) a adoptat prima rezoluție referitoare la îngrijirile paliative, document care reprezintă recunoașterea internațională a îngrijirii paliative ca drept al omului și o obligație a statelor membre ale OMS. Rezoluția subliniază faptul că accesul la îngrijirea paliativă și la controlul durerii face parte dintre drepturile omului la sănătate, și cheamă statele membre la integrarea paliatiei în sistemele naționale de sănătate, la îmbunătățirea mecanismelor de finanțare a serviciilor de îngrijiri paliative, la asigurarea educației profesioniștilor din domeniu și a accesului la medicația pentru înlăturarea durerii. Totuși, în pofida acestei recunoașteri la scară internațională, doar 14% din persoanele care ar avea nevoie de îngrijire paliativă în lume au acces la aceste servicii. ⁽²⁾

În România, îngrijirile paliative au debutat în anul 1992, când a fost înființată la Brașov Fundația HOSPICE Casa Speranței (HCS), ca organizație neguvernamentală de caritate, în parteneriat cu o organizație britanică de caritate, Hospices of Hope. Misiunea asumată de HCS a fost introducerea și dezvoltarea în România a îngrijirilor paliative. Un deceniu mai târziu, HCS a înființat la Brașov primul centru de servicii complexe de îngrijiri paliative și de educație în domeniul paliatiei. De atunci, HCS a fost permanent implicat în dezvoltarea serviciilor și în programe naționale și internaționale de educație în îngrijiri paliative. Fundația a jucat un rol important în promovarea și integrarea paliatiei în sistemul de sănătate din România.

Asociația Națională de Îngrijiri Paliative (ANIP), înființată în anul 1997, din inițiativa Dr. Daniela Moșoiu, a avut o serie de contribuții importante la elaborarea unor reglementări specifice domeniului paliatiei, printre care noua lege a opioidelor (care reglementează accesul pacienților la medicația pentru tratamentul durerii), noi mecanisme de finanțare a serviciilor de îngrijiri paliative prin sistemul de asigurări de sănătate, normativele de personal din unitățile cu paturi de paliatie. Membrii ANIP au fost implicați activ în câteva proiecte pilot menite să amelioreze cadrul clinic al serviciilor și educației în domeniu.

Cadrul legal de funcționare și mecanismele actuale de finanțare a serviciilor de paliatie au încurajat dezvoltarea treptată de noi servicii, mai ales ca unități cu paturi de internare. În prezent serviciile de îngrijiri paliative sunt oferite prin diferiți furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate în cadrul sistemului național de asigurări sociale de sănătate, ori cu Ministerul Muncii și Justiției Sociale sau autoritățile locale pentru componenta socială a serviciilor de îngrijiri paliative. Îngrijirile paliative la domiciliu sunt încă doar inițiative locale, iar finanțarea acestora prin sistemul de asigurări de sănătate este redusă, deși în România peste 70% din decese se înregistrează la domiciliu și majoritatea pacienților își exprimă dorința de a beneficia de îngrijiri la domiciliu la finalul vieții. ⁽³⁾

În Europa și în alte țări dezvoltate populația este în permanent proces de îmbătrânire, iar persoanele suferind de boli cronice grave trăiesc până la vârste mai înaintate, ducând povara suferinței la sfârșitul vieții. Prin tradiție, serviciile de îngrijiri paliative erau destinate bolnavilor oncologici, dar în prezent beneficiază de servicii tot mai mulți pacienți cu o gamă largă de boli cronice progresive grave. La nivel global, persoanele care au nevoie de îngrijiri paliative suferă de boli cronice cum ar fi: boli cardiovasculare (38,5%), cancer (34%), boli respiratorii cronice (10,3%), SIDA (5,7%) și diabet (4,6%). Multe alte patologii impun intervenția prin îngrijiri paliative: insuficiența renală, bolile cronice hepatice, unele boli neurologice, malformații congenitale, tuberculoza multidrog-rezistentă. Se estimează că la nivel global aproximativ 20 milioane de persoane au nevoie anual de îngrijiri paliative la sfârșitul vieții; estimarea ar crește spre 40 milioane de persoane, dacă s-ar lua în considerare toți pacienții care ar avea nevoie de îngrijiri paliative încă din stadii precoce ale bolilor cronice progresive grave.⁽⁴⁾

Secțiunea 2. Contextul național

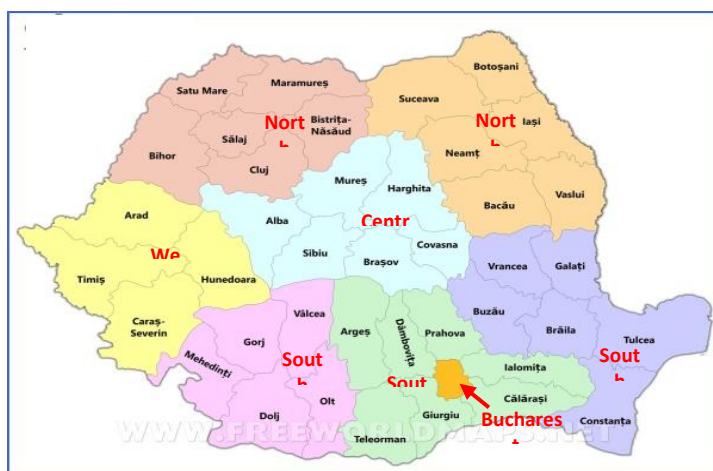
Profilul de țară

România este situată în partea de sud-est a Europei Centrale. Are o suprafață de 238,391km² și se învecinează cu Marea Neagră, Bulgaria, Serbia, Ungaria, Ucraina și Republica Moldova. Istoria României independente începe la 1878, după obținerea independenței față de Imperiul Otoman. Timp de 40 de ani, până în anul 1989, România a fost sub regim comunist. În urma referendumului din 1991 a fost adoptată o nouă Constituție, revizuită în anul 2003, care declară România ca republică. Președintele țării este ales prin alegeri generale, o dată la 5 ani. Primul Ministru este numit de Președinte, iar puterea legislativă este administrată prin Parlament bi-cameral (Camera Deputaților și Senat). România a aderat la NATO în anul 2004 și a devenit stat membru al Uniunii Europene în anul 2007.⁽⁵⁾

Din punct de vedere administrativ România este compusă din 42 de județe, inclusiv Municipiul București, 320 de municipii, 2.861 de comune și 12.957 de sate.⁽⁶⁾ Fiecare județ este administrat de un consiliu județean, responsabil cu dezvoltarea locală și administrarea problemelor naționale la nivel local.

În 1998, a fost propusă divizarea teritoriului în opt regiuni de dezvoltare, pentru o mai eficientă coordonare a dezvoltării regionale a țării (Figura 1). Scopul creării regiunilor a fost de accesare și alocare mai judicioasă a fondurilor de dezvoltare regională puse la dispoziție de Uniunea Europeană, precum și pentru colectarea de date statistice regionale. Aceste regiuni de dezvoltare nu sunt entități administrative și nu au statut juridic.

Figura 1 – Cele 8 regiuni de dezvoltare



În privința populației, România este a șaptea țară din UE ca număr de locuitori, cu o populație de aproape 20 milioane locuitori. Conform recensământului din 2011 populația era compusă din români (83.4%), maghiari (6.1%), rroma (3.1%), alte naționalități nespecificate (0.7%). De remarcat că populația rromă este de obicei subestimată în statisticile oficiale și ar putea reprezenta 5-11% din populație.⁽⁷⁾

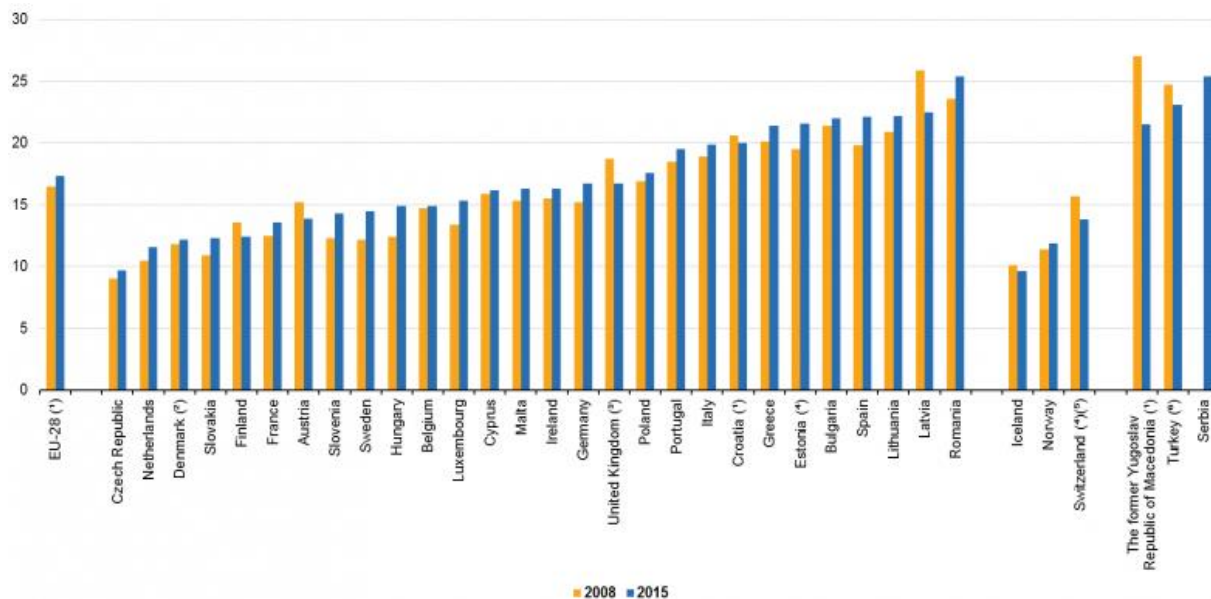
Limba oficială este limba română. La recensământul din 2011, 81.9% din populație se declara ortodoxă, 6.4% protestantă (diferite denominații, inclusiv reformați și pentecostali), 4.3% romano-catolici, 0.9% alte religii (inclusiv musulmani), 0.2% atești și 6.3% neprecizat.⁽⁶⁾

România este considerată o țară în curs de dezvoltare cu nivel mediu ridicat, cu un produs intern brut (PIB) per capita de peste 10.000 USD. După aderarea la UE, creșterea economică a contribuit

semnificativ la reducerea sărăciei. Totuși, în privința ratei sărăciei România se plasează încă pe locul al doilea în UE și este pe locul al cincilea în ce privește inegalitățile în materie de venituri între țările UE. Deși rata absolută a sărăciei a scăzut de la 44% în 2006 la 33% în 2008, aproape o treime din populația României trăiește în sărăcie. Scăderea sărăciei absolute în această perioadă s-a observat atât în zonele rurale (între 60% to 47%), cât și în cele urbane (între 24% to 17%).⁽⁷⁾

Figura 2 prezintă creșterea procentului populației României supusă riscului de sărăcie, după primirea transferurilor sociale (inclusiv beneficii de stat) de la 22.1% în 2008 la 25.3% în 2015.⁽⁸⁾

Figura 2 - Persoane supuse riscului de sărăcie după alocarea transferurilor sociale, pe județe (2008–2015)



Sursa: Persoane cu risc de sărăcie și excluziune socială, Eurostat Statistics Explained (2016)

Indicele dezvoltării umane (IDU), ca măsură comparativă a trei indicatori de dezvoltare (speranța de viață, alfabetizarea și venitul per capita), arată un scor în creștere al României de la 0,69 în 1996 la 0,8 în 2015, situând România pe locul 50 între cele 188 state ale lumii. La nivel european, România se situează pe locul 34 din 46 în privința IDU.⁽⁹⁾

Cel mai recent studiu al calității vieții, realizat de Institutul Național de Statistică în anul 2012, relevă faptul că 31,4% din gospodăriile sunt compuse din persoane fără un loc de muncă, rata șomajului fiind mai ridicată în zonele rurale decât în cele urbane (35% against 28.7%).⁽¹⁰⁾ Sărăcia și excluziunea socială sunt mai accentuate în unele comunități etnice, cu aproximativ 75% din populația romă trăind în sărăcie. Se estimează că doar 51% din populația romă beneficiază de acoperire prin asigurările sociale de sănătate, față de 85% din populația de alte etnii. Un studiu al Băncii Mondiale efectuat în anul 2014 a relevat faptul că, între copiii României de astăzi, cei de etnie romă prezintă un risc de trei ori mai mare de a se naște în sărăcie și de a trăi în locuințe supraaglomerate și insalubre, decât ceilalți copii; aceștia nu vor absolvi o școală sau nu vor găsi un loc de muncă, și vor avea o speranță de viață mai redusă decât restul populației României.⁽¹¹⁾

Sistemul de sănătate din România

Sistemul de sănătate din România este organizat pe două niveluri principale, cel național și cel local. Este un sistem foarte centralizat, cu Ministerul Sănătății ca principală autoritate centrală administrativă responsabilă de coordonarea sistemului, de asigurarea cadrului de reglementare și de stabilire a strategiei în sănătate. Unele funcții, cum ar fi cele de acreditare a furnizorilor de servicii de sănătate și de monitorizare a standardelor de calitate, au fost atribuite Autorității Naționale pentru Managementul Calității în Sănătate (ANMCS), instituție înființată în anul 2015. Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) este o instituție publică autonomă care administrează sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Aceasta alocă resursele și stabilește Cocontractul Cadru general de acordare a asistenței medicale și Normele de aplicare ale acestuia, definește pachetele de servicii la nivel național și administrează mecanismele de plată a furnizorilor de servicii de sănătate.⁽¹²⁾

La nivel județean, Direcțiile de Sănătate Publică sunt responsabile de furnizarea serviciilor în acord cu reglementările stabilite la nivel național, iar casele județene de asigurări de sănătate stabilesc relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, monitorizează practica personalului medical și compliancea acestuia cu cerințele educaționale și de acreditare.⁽¹²⁾

România alocă în prezent sub 6% din PIB pentru sănătate, comparativ cu media europeană de 9,8%.⁽¹³⁾ Sistemul național de asigurări sociale de sănătate acordă populației un "pachet de servicii de bază" comprehensiv. Deși asigurările de sănătate sunt în principiu obligatorii, în practică doar aproximativ 86% din populație este asigurată. Persoanele neasurate au dreptul la un "pachet minimal de servicii", care acoperă doar urgențele, bolile cu potențial epidemic, asistența în timpul sarcinii și perinatală.⁽¹²⁾

Serviciile de sănătate din România sunt caracterizate printr-o supradimensionare a asistenței specializate în regim de internare și de o sub-utilizare a asistenței primare și comunitare. Deși se consideră că există suficienți medici de familie pentru a acoperi nevoile generale ale populației, aceștia sunt repartizați neuniform între mediul rural și cel urban, ceea ce face ca accesul populației din zonele rurale la medic să fie dificil. Există disparități în asigurarea serviciilor de sănătate în România, atât în privința asistenței primare cât și secundare, precum și între diferitele Reguni de dezvoltare și județe, sau între zonele rurale și urbane.⁽¹³⁾

Multe clădiri spitalicești sunt învechite și necesită reparații consistente, lipsesc echipamente specifice și facilități adaptate nevoilor pacienților. Numărul redus de servicii în ambulator face ca asistența medicală să fie acordată în principal în regim spitalicesc. Lipsa serviciilor de reabilitare, de îngrijire pe termen lung și îngrijire paliativă pe teritoriul țării este acută, cu exacerbare îndeosebi în zonele rurale. România are una dintre ratele de acoperire cu personal medical cele mai scăzute la 1000 locuitori, cu 2,5 medici și 5,8 asistenți medicali 1000 locuitori, comparativ cu media europeană de 3,4 medici și 8,0 asistenți medicali la 1000 locuitori. Lipsa personalului medical este accentuată și de rata ridicată de emigrare a medicilor și asistenților medicali.⁽¹²⁾

Contextul strategic al serviciilor de sănătate

Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 este un document programatic care stabilește viziunea și direcțiile de dezvoltare a serviciilor de sănătate în România. Intre pricipiile fundamentale ale strategiei se numără asigurarea "accesului echitabil la servicii de bază și abordarea cost-eficientă bazată pe dovezi".⁽¹⁴⁾

În martie 2014 Banca Mondială a aprobat un împrumut de 250 milioane euro pentru îmbunătățirea sistemului de sănătate din România, '*Reforma sectorului de sănătate – Proiect de îmbunătățire a calității și eficienței sistemului public de sănătate din România*'.⁽¹⁵⁾

Proiectul include următoarele componente:

- i) Raționalizarea și consolidarea rețelei de spitale de boli acute și dezvoltarea de spitale regionale, care vor deveni coloana vertebrală a rețelelor de spitale.
- ii) Consolidarea îngrijirilor ambulatorii, înființarea de centre ambulatorii de diagnostic și tratament, consolidarea asistenței primare și la nivel comunitar și dezvoltarea de noi capacități de îngrijire pe termen lung și îngrijiri paliative.
- iii) Îmbunătățirea guvernantei și administrării sectorului sanitar.
- iv) Asigurarea suportului pentru managementul, monitorizarea și evaluarea proiectului.

În cadrul componentei de '*consolidare a asistenței în ambulator*', unul dintre obiective este cel referitor la îmbunătățirea serviciilor de îngrijiri paliative în România.

În anul 2014, Asociația Națională de Îngrijiri Paliative (ANIP)⁽¹⁶⁾ estimează că, prin serviciile existente, nevoia de îngrijiri paliative este acoperită doar în proporție de 7.9%. Strategia Națională de Sănătate 2014 – 2020 stabilește un obiectiv strategic ambițios, de atingere a unui grad de acoperire a nevoii de paliative de 60% până în anul 2020.⁽¹⁴⁾

În cadrul programului Băncii Mondiale '*Reforma sectorului de sănătate – Proiect de îmbunătățire a calității și eficienței sistemului public de sănătate din România*' sunt incluse ca obiective înființarea a 29 de secții de îngrijiri paliative în spitale publice, 90 de ambulatorii de îngrijiri paliative și 90 de echipe de îngrijiri paliative la domiciliu în România, în scopul apropierii de obiectivul propus, de acoperire a 60% din nevoia de îngrijiri paliative până în 2020.

Următoarele secțiuni ale Raportului prezintă în detaliu nevoia de servicii de îngrijiri paliative din România.

Secțiunea 3. Profilul demografic și epidemiologic

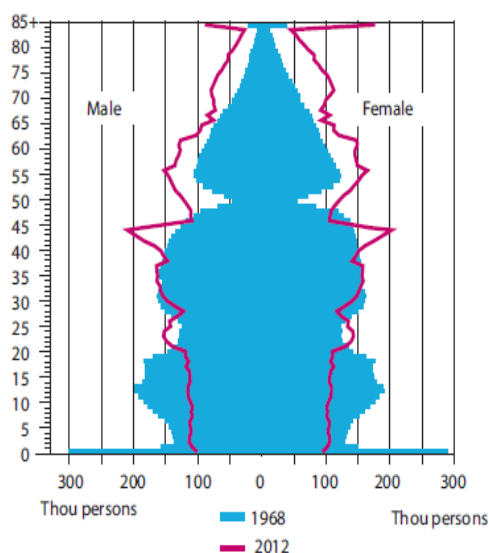
Metoda utilizată pentru evaluarea nevoii de îngrijiri paliative este cea propusă de Peter Tebbit și combină date demografice, epidemiologice într-o analiză comparativă. ⁽¹⁷⁾ Utilizarea de metode combinate permite includerea mai multor elemente care influențează nevoia de servicii de îngrijiri paliative. În acest capitol vom analiza influența profilului demografic și epidemiologic al României asupra nevoii de servicii de îngrijiri paliative.

Profilul Demografic

În ianuarie 2017, populația rezidentă în România era de 19.638.000 locuitori. Proporția populației după sexe era de 51.1% femei și 48.9% bărbați. ⁽¹⁸⁾

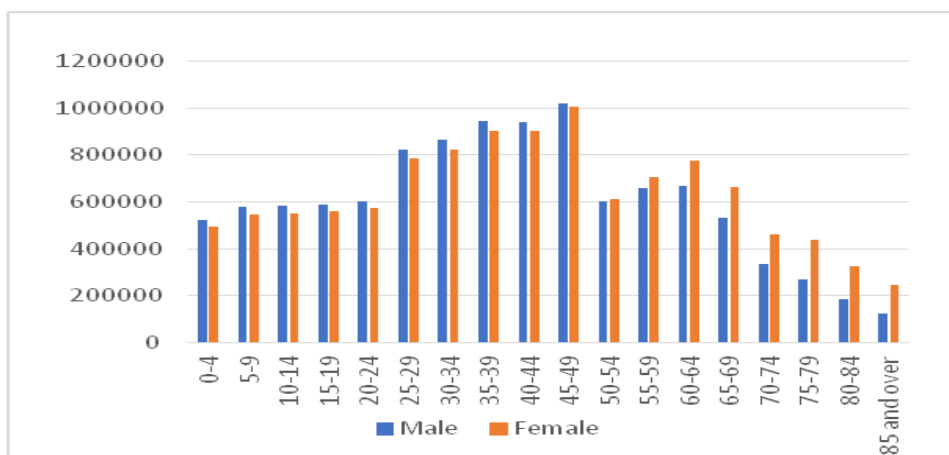
În ultimele trei decenii populația României a înregistrat o scădere semnificativă, datorită sporului natural negativ al populației și al migrației internaționale. Îmbătrânirea demografică a devenit mai accentuată, creând o breșă tot mai accentuată între populația vârstnică de peste 65 de ani, și cea tânără între 0-14 ani. În anul 2016, grupa de vârstă cea mai mare a fost cea a persoanelor între 45-49 ani (9.1%). Grupa de vârstă de 0-4 ani reprezenta 4.6%, cea între 5-9 ani și respectiv 10 – 14 ani erau ambele de 5.1%. Vârsta medie a populației era de 41.2 ani. ⁽¹⁹⁾

Figura 3 – Modificarea profilului vârstei (1968 – 2012)



Sursa: Date demografice România, *Institutul Național de Statistică* (2015)

Figura 4 – Populația pe grupe de vârstă și sex (2017)



Sursa: Date demografice România, *Institutul Național de Statistică din România, Comunicat de presă, octombrie 2017*

Populația României pe Regiuni

Populația României este distribuită pe regiuni de dezvoltare, fiecare regiune având o populație între 1.8 milioane și 3.4 milioane locuitori. ⁽²⁰⁾

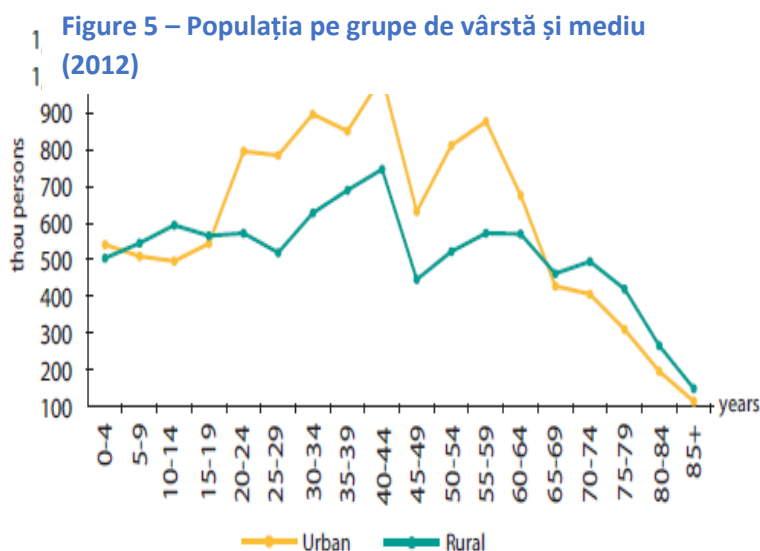
Tabelul 1 – Populația pe regiuni

Regiunea de dezvoltare	Suprafața (km ²)	Număr de județe	Populația pe regiuni (iulie 2015)
Nord-Vest	34.159	6	2.581.768
u	34.082	6	2.346.562
Nord-Est	36.850	6	3.263.564
Sud-Est	35.762	6	2.481.684
Sud - Muntenia	34.489	7	3.047.055
București - Ilfov	1.811	1 + Bucharest	2.286.524
Sud-Vest Oltenia	29.212	5	2.005.253
Vest	32.028	4	1.807.287
TOTAL	238.393	41 + București	19.819.697

Sursa: Institutul Național de Statistică, România (iulie 2017)

Cea mai mare concentrare a populației este în zonele urbane. În anul 2017, populația rezidentă în zone urbane era de 10.5 milioane locuitori, adică 53% din populația României. Între cele 302 municipalități și orașe, 85.6% aveau populații de peste 50.000 locuitori și cuprindeau 18,1% din populația țării. Marile orașe, cu peste 100.000 locuitori cuprindeau 30,9% din populația țării.

În anul 2017, 9,1 milioane locuitori trăiau în zone rurale, reprezentând 47% din populația țării. Comunele cu populație între 1000 și 5000 locuitori reprezintă 79,9% din totalul comunelor. Densitatea cea mai mare de populație romă este în județele Mureș (8.8%), Călărași (8.1%), Sălaj (6.9%) și Bihor (6.1%). ⁽¹⁸⁾ Acest profil demografic este important pentru planificarea serviciilor de sănătate, având în vedere că populația romă are rate ale natalității și mortalității mai ridicate și speranță de viață mai redusă decât restul populației României și că peste jumătate din populația adultă de etnie romă de peste 45 de ani suferă de dizabilități sau boli cronice. ⁽¹¹⁾ Structura populației pe vârste arată faptul că majoritatea persoanelor aflate la vârstă activă (între 20-65 ani) trăiesc în mediul urban.

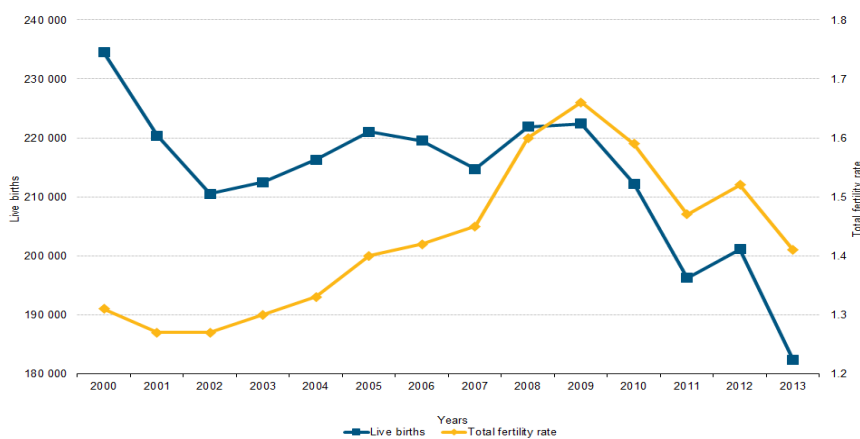


Sursa: Institutul Național de Statistică din România, Date demografice 2013

Rata natalității

Rata brută a natalității indică numărul născuților vii înregistrați pe parcursul unui an, la 1000 locuitori. Rata natalității a fost în scădere constantă din anul 2007. În 2015 rata natalității a fost de 9,3 la 1000 locuitori. La începutul decadei s-a observat o creștere a ratei fertilității, aceasta ajungând la un maxim de 1,66 copii per femeie în anul 2009, pentru ca în următorii ani să scadă accentuat.

Figura 6 – Rata născuților vii și a fertilității (2000 – 2013)

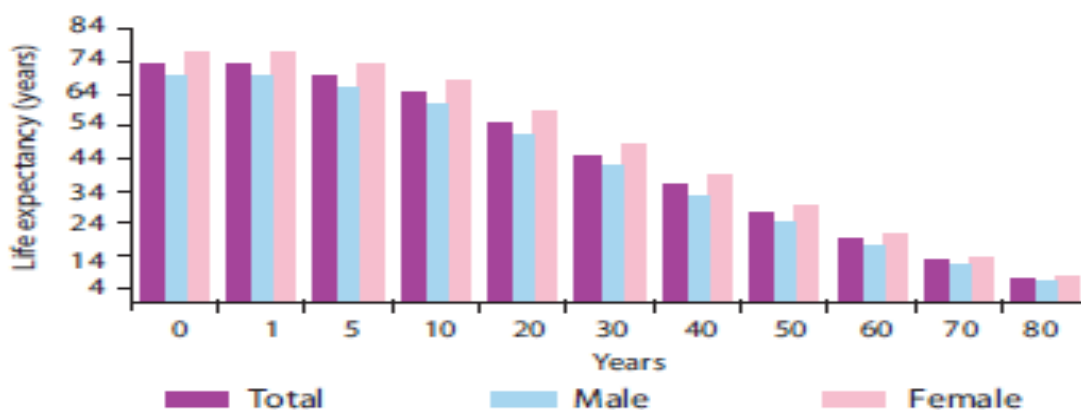


Sursa: Organizația Națiunilor Unite, Departamentul Relații Economice și Sociale, Divizia populație (2015)

Speranța de viață

În ultimele decenii speranța de viață în România a fost în creștere permanentă atât la bărbați, cât și la femei, deși România se situează între ultimele cinci din cele 28 de țări ale UE la acest capitol. Speranța medie de viață în 2013 a fost de 74,5 ani. În medie femeile au o speranță de viață mai ridicată decât bărbații, respectiv de 79 ani, față de 71. ⁽²¹⁾

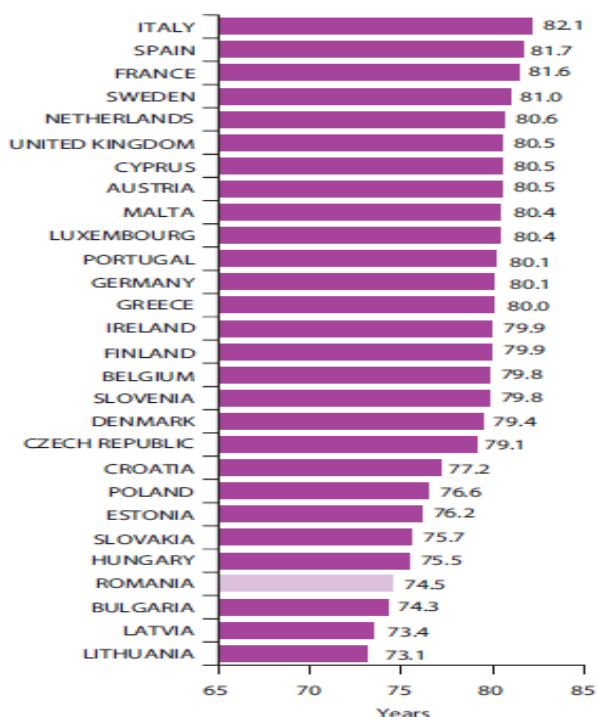
Figura 7 – Speranța de viață la diferite vârste (2013)



Sursa: Speranța de viață, Institutul Național de Statistică, România (2013)

Deși speranța generală de viață este în creștere, aceasta nu se aplică tuturor românilor. Condițiile socio-economice ale populației de etnie romă o fac mai expusă la riscuri asupra stării de sănătate în comparație cu restul populației. Problemele de sănătate cauzate de condițiile precare de viață și de nutriție sunt exacerbate de lipsa accesului la servicii de sănătate și tratament. În plus, 42% din populația romă nu apelează la serviciile de sănătate pentru că nu și le pot permite, ceea ce afectează starea de sănătate și implicit speranța de viață, care e cu 5 ani mai mică decât pentru persoanele de alte etnii. ⁽²²⁾

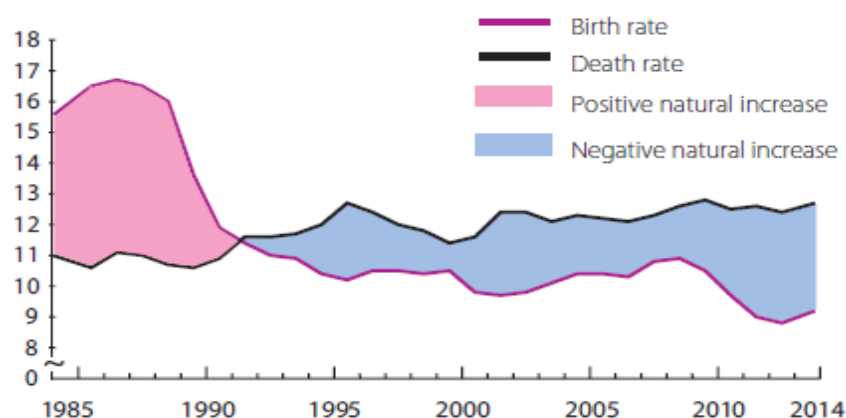
Figura 8 – Speranța de viață în cele 28 de țări ale UE (2011)



Sursa: Speranța de viață, Institutul Național de Statistică (2013)

Sporul natural al populației este în creștere (diferența dintre numărul nașterilor și cel al deceselor, exclusiv migrația) a atins cote negative în 1990 și s-a accentuat de atunci.

Figure 9 – Rata natalității, mortalității și sportul natural al populației



Sursa: Romania în cifre, Institutul Național de Statistică (2015)

- **Emigrația:** Între anii 2000 - 2015 România s-a confruntat cu o creștere rapidă a numărului persoanelor care trăiesc în străinătate, cifrele ajungând în 2015 la 3.400.000.⁽²³⁾ În 2015, valul de emigrație a crescut pentru al doilea an consecutiv cu 8%, ajungând la 187,500 persoane/an, majoritatea cu vârste cuprinse între 20 și 50 ani. Principalele motive ale migrației sunt cele de natură economică. Problema migrației accentuează sporul negativ al populației.
- **Nupțialitatea:** Rata căsătoriilor este un factor decisiv care contribuie la rata natalității. În anul 2014, numărul căsătoriilor a fost de 118.000. Comparativ cu anul 2011, numărul căsătoriilor a scăzut cu 12.500. Vârsta medie la prima căsătorie a crescut de asemenea la ambele sexe. În 2012 aceasta a fost de 29 ani la bărbați și 27 ani la femei. Odată cu creșterea vârstei la căsătorie a crescut și vârsta la care se nasc copiii. Deși familia este încă o celulă socială de bază în România iar uniunile consensuale nu sunt atât de frecvente ca în alte țări ale UE, există de asemenea o ușoară creștere a numărului de nașteri în afara căsătoriei (de la 29% în 2006 la 30.1% în 2011).
- **Divorțialitatea:** În 2013, numărul divorțurilor era de 28.507, adică o rată a divorțurilor de 1,4 la 1000 locuitori. Numărul divorțurilor a scăzut, comparativ cu perioada 2011-2012, după o perioadă ascendentă între 2004-2011.⁽⁶⁾ Uniunile consensuale și căsătoriile între persoane de același sex nu sunt recunoscute legal în România.
- **Rata avorturilor:** Rata avorturilor a scăzut în ultimele decenii în România; totuși, conform OMS (2017), în România aceasta se situează la cote foarte ridicate, comparativ cu alte țări din UE.
- **Stilul de viață:**⁽⁸⁾
 - **Fumatul** – Un sfert din populația rezidentă în România cu vârsta peste 15 ani este populație fumătoare (39,2% bărbați și 21,4% femei). Dintre celelalte persoane fumătoare, 19,6% fumează zilnic o medie de 13 țigări.
 - **Obezitatea** – 46.4% din populația rezidentă în România cu vârsta peste 18 ani este supraponderală (54,1% bărbați și 39,2% femei). 9.3% suferă de obezitate (9.0% bărbați și 9.7% femei). Persoanele suferind de obezitate sunt mai numeroase în zonele urbane (10%), față de 8,5% în zonele rurale.
 - **Consumul de alcool** – Procentul bărbaților consumatori de alcool în populația peste 15 ani este semnificativ mai mare în rândul bărbaților (72,6%), comparativ cu cel al femeilor (41,8%). Majoritatea bărbaților consumatori de alcool au vârsta cuprinsă între 45-54 ani (83,9%). În rândul populației de peste 15 ani, 18,7% sunt consumatori frecvenți de alcool (cel puțin o dată pe săptămână).

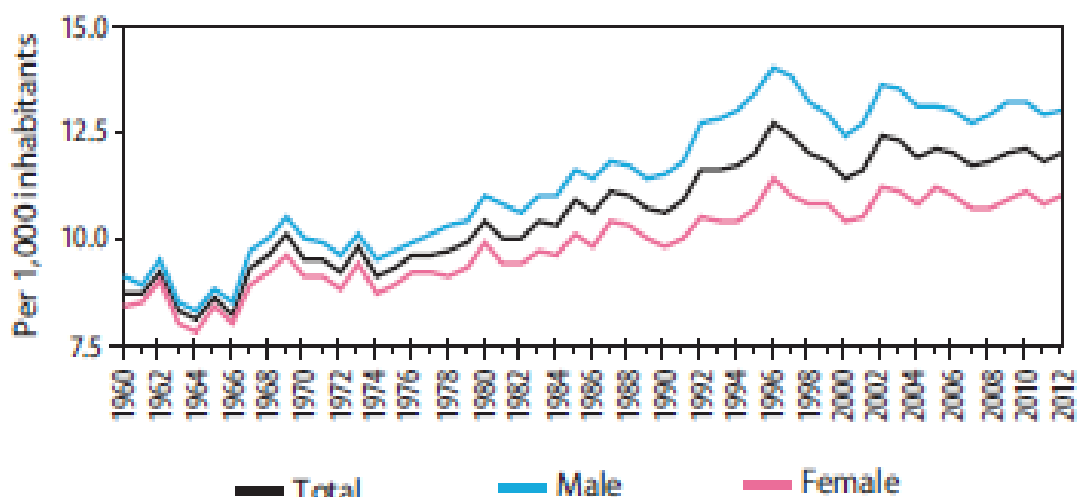
Profilul Epidemiologic

În planificarea serviciilor de îngrijiri paliative, datele de mortalitate sunt cele mai semnificative, deoarece indică nevoia cea mai intensă de îngrijire palativă pentru persoanele cu boli amenințătoare de viață, în perioada ultimilor ani de viață. Rata mortalității brute indică numărul de decese înregistrate anual la 1000 locuitori.

Rata mortalității

În România rata mortalității a crescut de la 8,2 la 1000 locuitori în anul 2003 la 13,2 în 2015. ⁽²⁴⁾ În ultimele două decenii rata mortalității a fost în creștere atât în rândul bărbaților, cât și al femeilor. Acest indicator este afectat ca distribuție pe vârste; deși mortalitatea generală pe toate vârstele a fost în declin în majoritatea țărilor, se observă o creștere a mortalității generale, datorită scăderii natalității și fertilității, precum și datorită îmbătrânirii populației.

Figura 10 - Rata mortalității pe sexe (1960 – 2013)

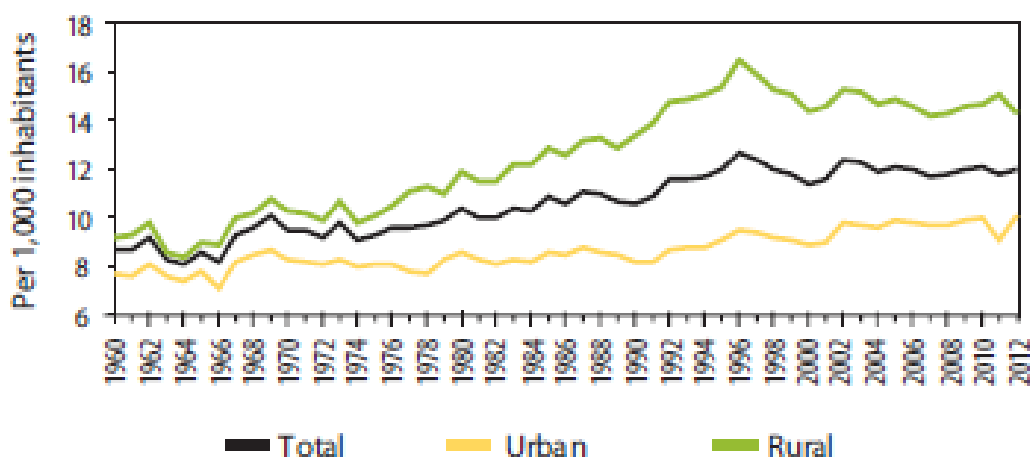


Sursa: *Speranța de viață*, Institutul Național de Statistică al României (2013)

Rata mortalității este diferită în funcție de regiunile geografice (mai ridicată în Regiunea Sud). De asemenea, rata mortalității este semnificativ diferită în rândul populației din zonele urbane și rurale. În anul 2014, mortalitatea urbană a fost de 9,4% iar cea rurală de 13,9% ⁽¹²⁾

Rata crescută a mortalității în mediul rural e influențată de o serie de factori, printre care statutul socio-economic al persoanelor cu rezidență în mediul rural, lipsa/deficitul de servicii de sănătate, îndeosebi a medicilor de familie, precum și distanțele considerabile pe care populația trebuie să le parcurgă pentru a accesa servicii de sănătate. Într-un studiu desfășurat la nivel național, lipsa mijloacelor de transport a fost a treia cauză importantă de declarare a accesului limitat la servicii specializate de sănătate pentru populația din zonele rurale, după lipsa resurselor financiare și neglijarea nevoilor de sănătate. ^{(12) (13)}

Figura 11 – Rata mortalității în mediul urban și rural (1960 – 2012)



Sursa: *Speranța de viață*, Institutul Național de Statistică al României (2013)

Speranța de viață în România diferă în funcție de locație. Bucureștiul are populația cu cea mai ridicată speranță de viață, în medie 77,8 ani, cu 2,4 ani peste media națională. Alte județe cu speranță de viață ridicată sunt Vâlcea (77,5 ani), Cluj (76,7 ani), Brașov (76,6 ani) și Sibiu (76,2 ani).

Județele Satu Mare și Călărași au cea mai scăzută speranță de viață de 73,2 ani, cu 2,2 ani sub media anuală și cu 5 ani sub media municipiului București. Alte județe cu speranță de viață scăzută sunt Giurgiu și Tulcea, ambele cu 73,5 ani. ⁽¹²⁾

În anul 2012, mortalitatea infantilă a fost de 9,6 decese la 1.000 născuți vii, ceea ce situează România pe locul întâi în Uniunea Europeană, cu cea mai ridicată rată a mortalității infantile. Principalele cauze ale mortalității infantile sunt afecțiunile perinatale (34%), urmate de bolile respiratorii (29%) și patologiiile congenitale (25%). Mortalitatea sub vârsta de 5 ani este de asemenea cea mai ridicată între țările din Uniunea Europeană, de 11,3 la 1000 nașteri. ⁽¹⁹⁾

Principalele cauze de mortalitate

În cursul ultimelor două decenii povara bolii în România s-a schimbat de la un model dominat de patologii maternale, pediatrie și boli transmisibile la unul cu dominanță a bolilor cronice progresive. Deși în ultima decadă s-a observat o scădere a ponderii bolilor infecțioase, e posibil ca aceasta să nu fie dominantă următorilor ani, având în vedere trendul descendent al imunizărilor; rata vaccinării împotriva difteriei, tetanosului, pertussis și poliomielitei au scăzut de la 99% în 2000 la 89% în 2013. ⁽¹²⁾

Cauzele deceselor din România urmează, în linii generale, modelul prevalent din Uniunea Europeană. În 2012 acestea au fost bolile circulatorii (41%), urmate de tumorile maligne (15%), bolile cardiace ischemice (14%), afecțiunile cerebro-vasculare (13%) și digestive (5%). Atât la bărbați cât și la femei au dominat bolile circulatorii. La femei a doua cauză de deces a fost cea a bolilor cerebro-vasculare, în timp ce la bărbați a doua cauză de deces au reprezentat-o neoplazmele maligne.

Tabelul 2 - Principalele cauze de deces în România (la 100,000 locuitori), pe ani selectați

	1980	1990	1995	2000	2005	2010	2012	2013	2014
<i>Communicable diseases</i>									
All infectious and parasitic diseases (A00–B99)	10.8	12.5	15.2	14.5	11.6	10.3	9.7	10.6 ^f	12.0 ^f
Tuberculosis (A15–A19)	4.1	7.4	11.8	9.5	7.9	6.3	5.1	5.1 ^f	5.0 ^f
Sexually transmitted infections (A50–A64) ^a	0.1	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	n/a	n/a
HIV/AIDS (B20–B24) ^b	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	0.8	0.8	n/a
<i>Noncommunicable diseases</i>									
Circulatory diseases (I00–I99)	768.9	705.7	747.7	667.6	645.4	539.7	507.8	659.3 ^f	667.6 ^f
Malignant neoplasms (C00–C97)	149.4	147.8	162.5	170.8	179.5	180.1	182.2	222.3 ^f	226.6 ^f
Colon cancer (C18)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	15.7 ^f
Cancer of trachea, bronchus and lung (C32–C34)	25.8	29.4	34.3	35.6	37.2	37.8	38.3	44.6 ^f	45.6 ^f
Breast cancer (C50)	16.6	20.5	22.2	23.0	23.5	21.7	21.2	15.3 ^f	14.8 ^f
Cervical cancer (C53)	11.4	13.4	13.3	14.6	14.2	13.1	12.0	7.7 ^f	7.5 ^f
Diabetes (E10–E14)	5.7	9.6	7.9	7.4	8.0	8.6	7.9	9.9 ^f	10.0 ^f
Mental and behavioural disorders (F00–F99)	13.3	15.7	18.8	12.9	11.4	10.8	12.0	15.5 ^f	17.1 ^f
Ischaemic heart diseases (I20–I25)	152.3	202.2	248.4	230.5	217.8	187.1	173.5	136.4 ^f	139.7 ^f
Cerebrovascular diseases (I60–I69)	182.1	185.3	243.3	215.5	215.1	167.0	154.7	206.5 ^f	200.1 ^f
Chronic respiratory diseases (J00–J99)	71.7	27.2	13.3	27.2	24.5	20.5	19.6	56.7 ^f	60.0 ^f
Digestive diseases (K00–K93)	50.8	53.0	68.9	61.4	60.8	66.0	55.8	62.8 ^f	65.2 ^f
<i>External causes</i>									
Transport accidents (V01–V99)	n/a	27.8	21.1	15.8	15.4	12.3	10.9	n/a	9.8 ^f
Suicide (X60–X84)	n/a	9.3	12.5	12.4	11.4	11.9	10.7	n/a	9.9 ^f
Ill-defined and unknown causes of mortality (R95–R99)	0.7	0.4	4.6	1.4	3.0	8.6	8.3	n/a	n/a

Sursa: European Observatory on Health Systems & Policy, *Health Systems in Transition, Romania, Vol. 18. No. 4.* (sursa originală a datelor: Biroul Regional European al OMS/WHO Regional Office for Europe 2016/NIPH database 2015 for years 2013/14)

În anul 2012, mortalitatea prin cancer la nivel global a fost de 8 milioane de decese.⁽²⁵⁾ În același an, în Europa se înregistrau 1.263.000 decese prin cancer.⁽²⁶⁾ În România în anul 2015 au fost 51.334 decese cauzate de cancer.⁽²⁷⁾ Se estimează că în Europa, inclusiv România, situația se va deteriora în următorul deceniu, odată cu îmbătrânirea populației. Acest fapt, corelat cu creșterea numărului de persoane suferind de boli cronice, face ca nevoia de servicii de îngrijiri paliative să fie și mai acută. Raportul Serviciilor Regionale de Sănătate (2016) identifică disparități în privința impactului serviciilor de sănătate în diferitele regiuni ale țării. Se observă că județele Dolj, Mehedinți și Olt au cea mai ridicată mortalitate atât în mediul rural cât și în cel urban. Raportul evidențiază și județe în care impactul serviciilor de sănătate este relativ redus comparativ cu restul țării; între acestea se numără județele Constanța și Galați din regiunea Sud-Est, Călărași, Giurgiu și Teleorman din Regiunea Sud și județul Sălaj din Regiunea Nord-Vest.

Concluziile analizei profilurilor demografice și epidemiologice de țară, și implicațiile asupra planificării serviciilor

- i. **Populația** – Populația României a fost în scădere an de an. Rata în scădere a natalității și fertilității, speranța de viață și creșterea migrației au dus la schimbarea profilului de vârstă la nivel de țară, cu o populație de copii și tineri în scădere și o populație vârstnică în continuă creștere. Se estimează că acest trend demografic va continua și, în timp, va putea avea un impact negativ asupra pieței muncii din România, a economiei și fondurilor de finanțare a serviciilor publice, inclusiv a serviciilor de sănătate.
- ii. **Profilul de vârstă și stilul de viață:** O combinație a factorilor legați de creșterea speranței de viață și a stilului de viață (fumat, obezitate și consum de alcool) va duce la creșterea în viitor a cererii de servicii de sănătate, mai ales din partea persoanelor suferind de boli cronice progresive. Această povară a bolii cauzată de creșterea vârstei persoanelor care trăiesc cu o boală cronică progresivă sau cu cancer va duce la creșterea generală a nevoii de servicii de sănătate, și în mod special a celor de îngrijiri paliative specializate.
- iii. **Distribuția populației** – Peste jumătate din populația României trăiește în mediul urban, densitatea mai mare fiind a populației din orașele mari cu peste 100.000 locuitori. Totuși, peste 43% din populație încă trăiește în zone rurale, în comune cu peste 500-1000 locuitori. Deși volumul populației din mediul rural este mai mic, mortalitatea este mai ridicată și rezultatele intervențiilor pentru sănătate mai scăzute. Serviciile de sănătate sunt mai puțin accesibile în zonele rurale, iar populația este nevoită să parcurgă distanțe mai mari, să folosească sisteme inadecvate de transport, pentru a ajunge la servicii de sănătate. De asemenea, personalul medical este mai redus ca număr în zonele rurale, iar unele persoane nu au acces la un medic de familie sau la servicii specializate de sănătate. Răspândirea geografică a populației României este o provocare în încercarea de planificare a tuturor serviciilor de sănătate din România, inclusiv a celor de îngrijiri paliative.
- iv. **Poziția socio-economică** – Rata sărăciei plasează România încă pe penultima poziție în UE și pe locul al cincilea în privința inegalității veniturilor populației. Aproximativ 40% din populație este la risc de sărăcie și excluziune socială, mai ales în comunitățile de etnie romă. Sărăcia este un factor prezent atât în mediul urban cât și în cel rural. Sărăcia are impact direct asupra stării de sănătate și generează o nevoie crescută de servicii de sănătate, care să fie accesibile întregii populații, indiferent de poziția socială sau economică.
- v. **Structura Socială** – Creșterea vârstei de căsătorie, începerea târzie a vieții de familie și numărul redus de copii sunt factori care contribuie la schimbarea structurii sociale a familiilor din România, ca și în celelalte țări europene. Acest aspect, corelat cu creșterea accentuată a migrației externe a forței de muncă, duce la creșterea populației vârstnice care trăiește singură, fără sprijinul altor membri ai familiei. Pe măsură ce unitatea de familie scade, vor fi mai puțini membri de familie care să poată asigura îngrijirea rudelor suferinde,

și implicit se va resimți o cerere în creștere de servicii de îngrijire pe termen lung și servicii de îngrijiri paliative.

vi. **Cauze de deces:** Principalele cauze de deces în România sunt bolile circulatorii, urmate de tumorile maligne, afecțiunile cardiace ischemice și cerebro-vasculare. Atât la bărbați cât și la femei pe primul loc în cauzele de deces se află bolile circulatorii. Neoplasmale maligne reprezintă a doua cauză a mortalității, observându-se o creștere atât a prevalenței cât și a mortalității cauzate de cancer la ambele sexe. Acești factori indică faptul că nevoia de îngrijiri paliative pentru pacienții cu cancer va fi în continuă creștere în România.

vii. **Forța de muncă:** Scăderea constantă a numărului populației active și a personalului profesionist din serviciile de sănătate (medici, asistenți medicali) care părăsește țara vor avea un impact considerabil asupra pieței muncii și a personalului disponibil în serviciile de sănătate. Această situație va rămâne o provocare pentru toate specialitățile medicale, inclusiv pentru îngrijirile paliative.

viii. **Serviciile de sănătate** – Cu toate schimbările introduse în ultima perioadă în sistemul de sănătate din România, majoritatea serviciilor sunt încă acordate în regim de spitalizare. Serviciile de sănătate din ambulatoriu, asistență primară și comunitară sunt subdezvoltate, la fel și programele de screening pentru prevenția cancerului. Există mari disparități în privința serviciilor de sănătate asigurate și a lipsei de personal din serviciile de sănătate la nivel de țară. Pentru a asigura acces egal a tuturor persoanelor, inclusiv al celor din zonele rurale îndepărtate, la servicii de sănătate, este nevoie de dezvoltarea unor modele noi de servicii, de investiții (atât financiare cât și în domeniul instruirii personalului), de dezvoltarea asistenței primare și comunitare, precum și a serviciilor de îngrijiri paliative în toate județele țării.

Următoarele secțiuni ale acestui Raport vor prezenta în mod specific nevoia de servicii de îngrijiri paliative din România.

Secțiunea 4. Evaluarea nevoii de îngrijire paliativă

Metodologia și nivelul de îngrijire paliativă

Pentru determinarea nevoii de îngrijire paliativă se folosesc diferite metode. Stjernsward⁽²⁸⁾ consideră că 66% din pacienții care decedează anual au nevoie de îngrijiri paliative. Irene Higginson⁽²⁹⁾ propune o metodă alternativă de determinare a nevoii de îngrijire paliativă. Aceasta recomandă luarea în calcul ca având nevoie de îngrijire paliativă în ultimul an de viață a tuturor deceselor cauzate de boala oncologică și a două treimi din totalul deceselor din alte cauze.

Pentru determinarea numărului de pacienți care au nevoie anual de îngrijire paliativă în România s-au utilizat datele populaționale din **2015**, respectiv **19.819.697 locuitori**, și datele de mortalitate și cauze de deces din același an.

Am identificat că în anul 2015 în România s-a înregistrat un număr de total de 261.697 decese, dintre care 53% au fost în mediul rural și 47% în mediul urban.

Din totalul deceselor, **191,609** (73%) au avut cauze non-oncologice, **51,334** (20%) cauze oncologice și **18,754**, (7%) cauze acute (accidente sau suicid).

Decesele din cauze acute au fost excluse din calculul nevoii de îngrijire paliativă.

Pentru grupul deceselor din cauze non-oncologice am estimat că 66% ar avea nevoie de îngrijire paliativă, iar din grupul deceselor din cauze oncologice am considerat că 90% necesită îngrijire paliativă. Folosind această metodologie am identificat următoarele:

- 66% din 191,609 decese (total decese non-oncologice, excluzând decesele acute) =
= **126,462 pacienți au nevoie anual de îngrijire paliativă**
- 90% din 51,334 decese (total decese oncologice) =
= **46,201 pacienți necesită îngrijire paliativă**

TOTAL NEVOIE DE ÎNGRIJIRE PALIATIVĂ = 172,663 pacienți anual

- **Județe cu nevoie ridicată de îngrijire paliativă**

Județele cu cea mai ridicată nevoie de îngrijire paliativă (peste 6000 persoane pe an) sunt Prahova în Regiunea Sud, Dolj în regiunea Sud-Vest și capitala București. Alte județe cu nevoie ridicată (peste 5000 persoane anual) sunt Constanța în Regiunea Sud-Est, Iași, Suceava și Bacău în Regiunea Nord-Est, și Bihor și Cluj în Regiunea Nord-Vest.

- **Diferențierea după mediul Rural – Urban**

Totalul persoanelor care au nevoie anual de îngrijire paliativă se diferențiază după reședință ca fiind 81,121 în mediul urban și 91,541 în mediul rural. Nevoia mai ridicată de îngrijire paliativă în mediul rural reflectă constatările studiului demografic, care prezenta o mortalitate mai ridicată în unele zone rurale. Observația este importantă în contextul planificării serviciilor de îngrijire paliativă, pentru stabilirea modelelor corespunzătoare care pot veni în întâmpinarea nevoii persoanelor cu domiciliul în zone îndepărtate și cu acces limitat la servicii de sănătate și la personal medical profesionist.

Această metodologie a fost utilizată pentru calcularea nevoii de servicii de îngrijire paliativă în fiecare județ. Rezultatele sunt prezentate în Tabelul de mai jos și sintetizate în harta de la pag. 27.

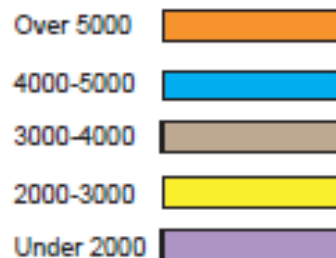
Regiuni/ Județe	Mortalitate după domiciliu					Mortalitatea după cauza decesului			Nevoia de IP				
	TOTAL decese	Decese Urban	% Urban	Decese Rural	% Rural	Total decese non- oncologice	Total decese cancer	Alte decese	Total non- oncologice cu nevoie de IP	Total oncologice cu nevoie de IP	Total nevoie IP	Nevoie IP in Urban Need	Nevoie IP in Rural
TOTAL	261,697	122952	46.98	138745	53.02	191,609	51,334	18,754	126,462	46,201	172,663	81,121	91,541
NORD-VEST	32524	14595	44.87	17929	55.13	24,150	6,444	1,930	15,939	5,800	21,739	9,755	11,984
Bihor	7,542	3181	42.18	4361	57.82	5,754	1,467	321	3,798	1,320	5,118	2,159	2,959
Bistrita-Nasaud	3,415	915	26.79	2500	73.21	2,593	590	232	1,711	531	2,242	601	1,642
Cluj	8,216	4702	57.23	3514	42.77	5,894	1,850	472	3,890	1,665	5,555	3,179	2,376
Maramures	5,801	3051	52.59	2750	47.41	4,356	1,022	423	2,875	920	3,795	1,996	1,799
Satu Mare	4,458	1948	43.70	2510	56.30	3,226	957	275	2,129	861	2,990	1,307	1,684
Salaj	3,092	798	25.81	2294	74.19	2,327	558	207	1,536	502	2,038	526	1,512
CENTRU	28,936	15482	53.50	13454	46.50	20,434	6,002	2,500	13,486	5,402	18,888	10,106	8,782
Alba	4,621	2265	49.02	2356	50.98	3,384	776	463	2,233	698	2,932	1,437	1,495
Brasov	6,280	4443	70.75	1837	29.25	4,335	1,521	423	2,861	1,369	4,230	2,993	1,237
Covasna	2,450	1073	43.80	1377	56.20	1,767	493	190	1,166	444	1,610	705	905
Harghita	3,684	1410	38.27	2274	61.73	2,690	683	312	1,775	615	2,390	915	1,475
Mures	7,219	3257	45.12	3962	54.88	4,894	1,553	772	3,230	1,398	4,628	2,088	2,540
Sibiu	4,682	3034	64.80	1648	35.20	3,364	976	340	2,220	878	3,099	2,008	1,091

Regiuni/ Județe	TOTAL decese	Decese Urban	% Urban	Decese Rural	% Rural	Total decese non- oncologice	Total decese cancer	Alte decese	Total non- oncologice cu nevoie de IP	Total oncologice cu nevoie de IP	Total nevoie IP	Nevoie IP in Urban Need	Nevoie IP in Rural
NORD-EST	43,891	15454	35.21	28437	64.79	31,941	8,378	3,572	21,081	7,540	28,621	10,078	18,544
Bacau	8,569	3260	38.04	5309	61.96	6,266	1,546	757	4,136	1,391	5,527	2,103	3,424
Botosani	5,860	1726	29.45	4134	70.55	4,337	1,052	471	2,862	947	3,809	1,122	2,687
Iasi	9,066	3575	39.43	5491	60.57	6,252	2,001	813	4,126	1,801	5,927	2,337	3,590
Neamt	6,965	2204	31.64	4761	68.36	5,126	1,382	458	3,383	1,244	4,627	1,464	3,163
Suceava	7,933	2982	37.59	4951	62.41	5,878	1,418	637	3,879	1,276	5,156	1,938	3,218
Vaslui	5,498	1707	31.05	3791	68.95	4,082	979	436	2,694	881	3,575	1,110	2,465
SUD-EST	34,157	15841	46.38	18316	53.62	24,775	6,744	2,638	16,352	6,070	22,421	10,398	12,023
Braila	4,841	2759	56.99	2082	43.01	3,492	964	385	2,305	868	3,172	1,808	1,364
Buzau	6,676	2008	30.08	4668	69.92	5,026	1,234	416	3,317	1,111	4,428	1,332	3,096
Constanta	7,879	5332	67.67	2547	32.33	5,496	1,776	607	3,627	1,598	5,226	3,536	1,689
Galati	6,870	3364	48.97	3506	51.03	5,042	1,314	514	3,328	1,183	4,510	2,209	2,302
Tulcea	3,042	1165	38.30	1877	61.70	2,103	699	240	1,388	629	2,017	772	1,245
Vrancea	4,849	1213	25.02	3636	74.98	3,616	757	476	2,387	681	3,068	767	2,300
BUCURESTI - ILFOV	26,029	23653	90.87	2376	9.13	18,241	6,167	1,621	12,039	5,550	17,589	15,984	1,606
Ilfov	3,784	1408	37.21	2376	62.79	2,718	806	260	1,794	725	2,519	937	1,582
Municipiul Bucuresti	22,245	22245	100.00		0.00	15,523	5,361	1,361	10,245	4,825	15,070	15,070	0

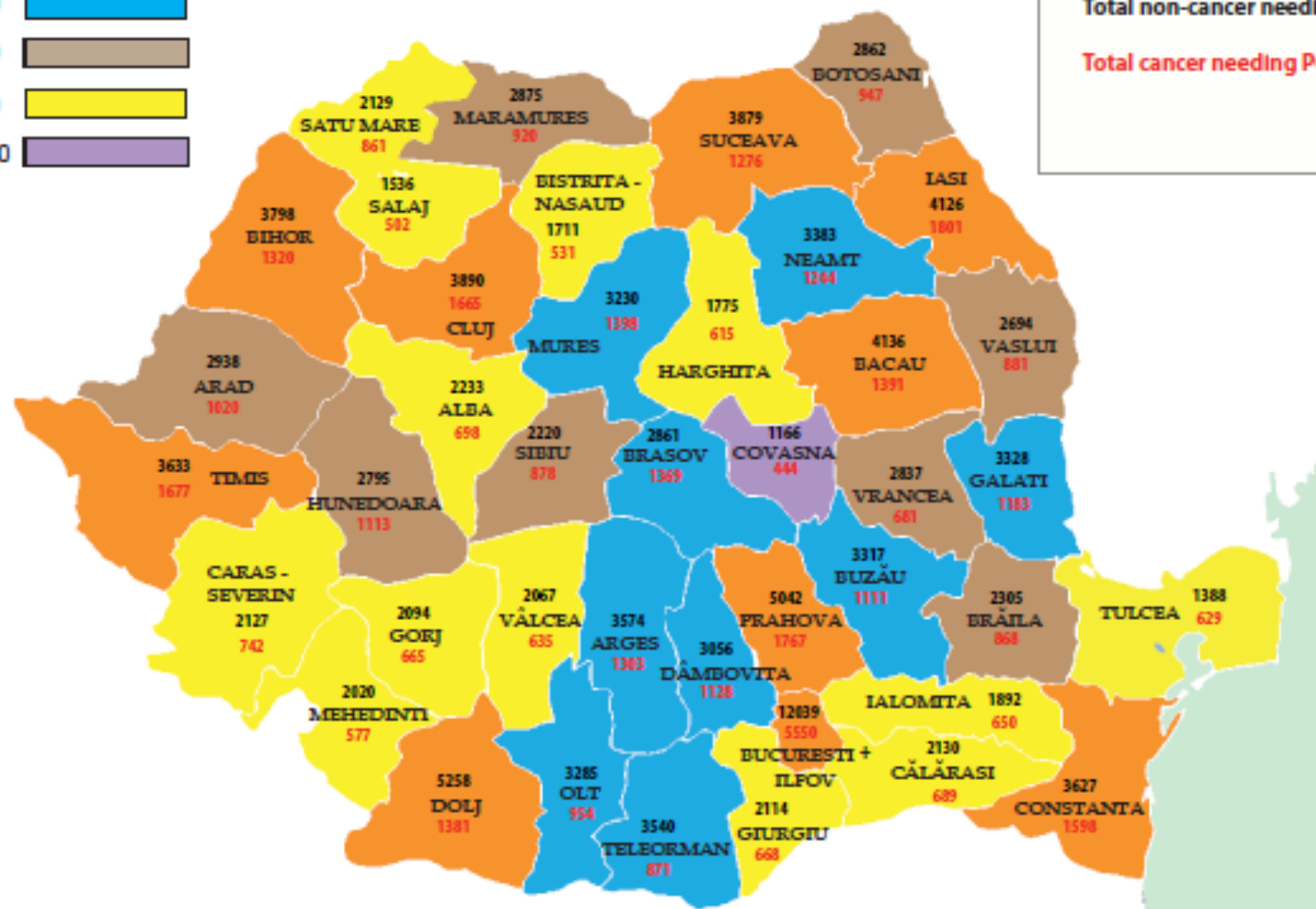
Regiuni/ Județe	TOTAL decese	Decese Urban	% Urban	Decese Rural	% Rural	Total decese non- oncologice	Total decese cancer	Alte decese	Total non- oncologice cu nevoie de IP	Total oncologice cu nevoie de IP	Total nevoie IP	Nevoie IP in Urban Need	Nevoie IP in Rural
SOUTH	43,260	13944	32.23	29316	67.77	32,345	7,862	3,053	21,348	7,076	28,424	9,162	19,262
Arges	7,509	2637	35.12	4872	64.88	5,415	1,448	646	3,574	1,303	4,877	1,713	3,164
Calarasi	4,447	1301	29.26	3146	70.74	3,227	766	454	2,130	689	2,819	825	1,994
Dambovita	6,311	1519	24.07	4792	75.93	4,631	1,253	427	3,056	1,128	4,184	1,007	3,177
Giurgiu	4,167	951	22.82	3216	77.18	3,203	742	222	2,114	668	2,782	635	2,147
Ialomita	3,822	1297	33.94	2525	66.06	2,867	722	233	1,892	650	2,542	863	1,679
Prahova	10,371	4867	46.93	5504	53.07	7,639	1,963	769	5,042	1,767	6,808	3,195	3,613
Teleorman	6,633	1372	20.68	5261	79.32	5,363	968	302	3,540	871	4,411	912	3,498
SUD-VEST	28,572	10061	35.21	18511	67.79	22,308	4,680	1,584	14,723	4,212	18,935	6,668	12,268
Dolj	9,990	3937	39.41	6053	60.59	7,966	1,534	490	5,258	1,381	6,638	2,616	4,022
Gorj	4,200	1418	33.76	2782	66.24	3,172	739	289	2,094	665	2,759	931	1,827
Mehedinti	3,912	1390	35.53	2522	64.47	3,060	641	211	2,020	577	2,597	923	1,674
Olt	6,349	1668	26.27	4681	73.73	4,978	1,060	311	3,285	954	4,239	1,114	3,126
Valcea	4,121	1648	39.99	2473	60.01	3,132	706	283	2,067	635	2,703	1,081	1,622
VEST	24,328	13922	57.23	10406	42.77	17,415	5,057	1,856	11,494	4,551	16,045	9,182	6,863
Arad	6,108	3161	51.75	2947	48.25	4,452	1,133	523	2,938	1,020	3,958	2,048	1,910
Caras-Severin	4,323	2096	48.48	2227	51.52	3,223	824	276	2,127	742	2,869	1,391	1,478
Hunedoara	5,862	4083	69.65	1779	30.35	4,235	1,237	390	2,795	1,113	3,908	2,722	1,186
Timis	8,035	4582	57.03	3453	42.97	5,505	1,863	667	3,633	1,677	5,310	3,028	2,282

Harta nevoii de îngrijire paliativă pentru pacienți oncologici și non-oncologici pe județe.

THE NEED OF PALLIATIVE CARE
(by counties)



Total non-cancer needing PC
Total cancer needing PC



Servicii de Îngrijire Paliativă existente

Următoarele tabele prezintă serviciile de îngrijire paliativă existente. Informațiile au fost obținute în urma unui studiu al furnizorilor de îngrijire paliativă întreprins în anul 2015 și al Catalogului Serviciilor de Îngrijire Paliativă (2016).⁽³⁰⁾ Tabelele prezintă numărul de servicii în funcție de tipul de furnizor (public, ONG sau privat) și distribuția furnizorilor în funcție de locație.

Tabelul 3 – Paturi de îngrijire paliativă existente și servicii, după tipul de furnizor, pe județe - 2016

Regiune/ Județ	Paturi de IP în sistem public	Paturi de IP în ONG	Paturi de IP în sistem privat	Total nr. Paturi de IP (2016)	Total Unități cu paturi de IP	PUBLIC	ONG	PRIVAT	Total Echipa de IP la domiciliu	ONG	Total Centre de Zi de IP	ONG	Total Ambulatorii de IP	ONG	Total Echipa mobile de IP în spitale	ONG
NORD- EST																
Bacău	40	0	29	69	6	6			2	2						
Botoșani	0	0	0	0	0											
Iași	327	30	213	570	10	5	1	4								
Neamț	26	0	40	66	3	2		1								
Suceava	22	0	88	110	4	2		2								
Vaslui	0	0	0	0	0											
Total NE	415	30	370	815	23	15	1	7	2	2	0	0	0	0	0	0
NORD- VEST																
Bihor	26	0	0	26	3	3			1	1						
Bistrița- Năsăud	5	0	0	5	1	1										
Cluj	18	30	55	103	4	2	1	1	1	1						
Maramureș	20	0	40	60	3	2		1								
Sălaj	10	0	20	30	2	1		1								
Satu Mare	12	0	0	12	1	1										
Total NV	91	30	115	236	14	10	1	3	2	2	0	0	0	0	0	0
SUD-VEST																
Dolj	0	22	0	22	1		1				1	1				
Gorj	0	0	0	0												
Mehedinți	0	0	0	0												
Olt	0	0	0	0												
Vâlcea	0	0	0	0												
Total SV	0	22	0	22	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0
SUD																
Argeș	25	0	0	25	1	1					1	1				
Călărași	0	0	0	0												
Dâmbovița	0	0	0	0												
Giurgiu	0	0	24	24	1			1	1	1						
Ialomița	0	0	0	0												
Prahova	10	0	29	39	3	1		2								
Teleorman	0	0	0	0												
Total S	35	0	53	88	5	2	0	3	1	1	1	1	0	0	0	0

Paturi de îngrijire paliativă existente și servicii, după tipul de furnizor, pe județe - 2016 (Cont.)

Regiune/ Județ	Paturi de IP în sistem public	Paturi de IP în ONG	Paturi de IP în sistem privat	Total nr. Paturi de IP (2016)	Total Unități cu paturi de IP	PUBLIC	ONG	PRIVAT	Total Echipe de IP la domiciliu	ONG	Total Centre de Zi de IP	ONG	Total Ambulatorii de IP	ONG	Total Echipe mobile de IP în spitale	ONG
SUD-EST																
Brăila	0	0	34	34	1			1								
Buzău	30	0	42	72	4	2		2								
Constanța	0	15	0	15	1		1									
Galați	10	0	0	10	1	1										
Tulcea	0	0	0	0												
Vancea	0	0	0	0												
Total SE	40	15	76	131	7	3	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0
CENTRU																
Alba	6	0	0	6	1	1			1	1						
Brașov	20	19	30	69	3	1	2		3	3	2	2	2	2	2	2
Covasna	0	0	0	0					1	1						
Harghita	0	0	10	10					1	1						
Mureș	22	0	10	32	4	3		1	1	1						
Sibiu	16	29	0	45	4	2	2									
Total C	64	48	50	162	12	7	4	1	7	7	2	2	2	2	2	2
VEST																
Arad	30	0	78	108	5	4		1								
Caraș- Severin	0	0	0	0												
Hunedoara	52	0	0	52	4	4										
Timiș	20	30	0	50	4	2	2									
Total V	102	30	78	210	13	10	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
BUCUREȘTI -ILFOV																
Mun. București	19	59	0	78	7	4	3	0	1	1	1	1	1	1	1	1
Ilfov	37	0	0	37	1		1	0								
Total Buc-Ilf.	56	59	0	115	8	4	4	0	1	1	1	1	1	1	1	1
TOTAL GENERAL	803 *	234 *	74 2	1779	83	51	14	18	13	13	5	5	3	3	3	3

Număr total de paturi în sistem Public și ONG (non-profit) = *1,037

Sumar al serviciilor de îngrijiri paliative existente

Catalogul serviciilor de îngrijiri paliative din 2016 ⁽³⁰⁾ și datele Studiului privind furnizorii de îngrijiri paliative (2015) ⁽³¹⁾ identifică următoarele servicii de îngrijire paliativă în cele opt regiuni:

Paturi de Îngrijire Paliativă și Internări:

Paturile de îngrijire paliativă se înregistrează în diferite medii, de la spitalele publice, la organizațiile neguvernamentale sau spitalele private. În prezent există 83 de furnizori de îngrijire paliativă în regim de internare, dintre care 61% în spitale publice, 22% în sistem privat (cu plată) și 18% în ONG-uri (fără plată).

Numărul paturilor de îngrijire paliativă la nivel de țară este de **1,779** paturi. Dintre acestea **1,037 (59%)** sunt paturi non-profit în sistemul public sau ONG. Cele mai multe paturi de îngrijire paliativă (45%) sunt în Regiunea Nord-Est (815 paturi). De remarcat însă că aproape jumătate din aceste paturi (370) funcționează în spitale private, în sistem cu plată, deci nu sunt accesibile întregii populații.

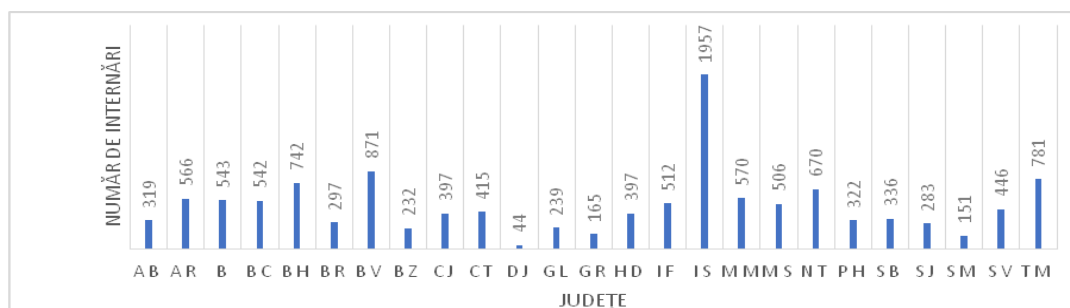
Există **17 județe** în țară care nu au deloc paturi de îngrijire paliativă în sistem public sau non-profit. Zona sudică a țării se prezintă cel mai deficitar în privința numărului de paturi de paliatie. Regiunea Sud-Vest are doar 1% din totalul paturilor de paliatie la nivel de țară (22 paturi în județul Dolj) și patru județe fără paturi de paliatie. În regiunea Sud sunt doar 5% din totalul paturilor (88 paturi în județele Argeș, Giurgiu și Prahova) și patru județe fără paturi de paliatie.

Se observă disparități evidente în privința distribuției paturilor de paliatie chiar între județele aceleiași regiuni. Spre exemplu, județul Iași are cea mai mare concentrare de paturi de paliatie din Regiunea Nord-Est (69,9%), în timp ce alte două județe din aceeași regiune (Botoșani și Vaslui) nu au de loc paturi de paliatie. Este posibil ca paturile din județul Iași să deservească și populația județelor Botoșani și Vaslui. Județul Brașov are 42% din paturile de paliatie din Regiunea Centru, în timp ce județul Covasna nu are deloc paturi dedicate îngrijirilor paliative. Același tipar de distribuție neuniformă a paturilor de paliatie se regăsește în toate regiunile.

Studiul furnizorilor de îngrijiri paliative din 2015 a evidențiat faptul că județele Iași și Brașov au cel mai mare număr de internări pentru îngrijiri paliative în regiunile respective, ceea ce concordă cu numărul mare de paturi de paliatie.

The 2015 survey of palliative care providers shows that Iași and Brașov have the highest number of palliative care admissions per district. This is not surprising as both these counties have the highest number of beds in the country

Figura 12 – Numărul de internări pentru îngrijiri paliative pe județe



Sursa: Studiul furnizorilor de

Echipe de Îngrijiri Paliative la Domiciliu:

Numărul de echipe de îngrijiri paliative la domiciliu este extrem de redus la nivel de țară, în **total 13 echipe**. Regiunea Centru are cel mai mare număr de echipe de îngrijiri paliative la domiciliu, cu 7 echipe, dintre care 3 în județul Brașov și câte una în celelalte județe. Regiunea Nord-Est 2 echipe în județul Bacău; Regiunea Nord-Vest are 2 echipe, câte una în județele Bihor și Cluj; Regiunea Sud o singură echipă, iar București tot o singură echipă.

Regiunile Vest, Sud-Vest și Sud-Est nu au echipe de îngrijiri paliative la domiciliu. Toate serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu sunt furnizate de organizații neguvernamentale.

Ambulatorii de Îngrijiri Paliative:

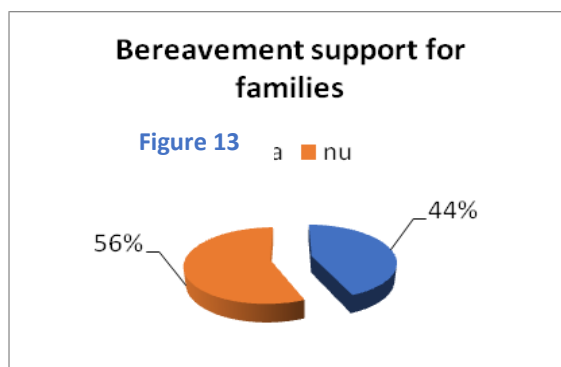
Romania este foarte slab reprezentată de serviciile de îngrijiri paliative în ambulatoriu; există doar 3 ambulatorii de îngrijire paliativă, 2 în județul Brașov și 1 în București. Aceste servicii sunt furnizate doar de ONG.

Centre de Zi pentru Îngrijiri Paliative:

Există în **total 5** centre de zi de îngrijiri paliative: 1 în județul Arges, 1 în Dolj, 2 în Brașov și 1 în București. Toate centrele de zi funcționează în cadrul unor organizații neguvernamentale.

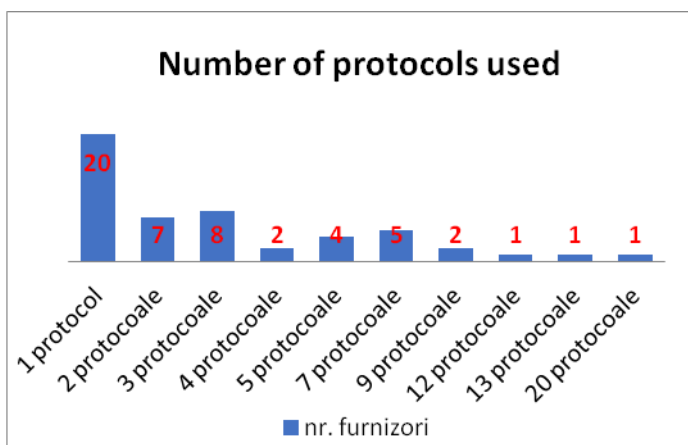
Servicii de suport în perioada de doliu:

Serviciile de "bereavement" – suport în perioada de doliu pentru familii, după decesul unui membru al familiei – sunt recunoscute la nivel internațional ca fiind esențiale ca parte a unor îngrijiri paliative de bună calitate. Datele studiului din 2015⁽³¹⁾ arată că doar 56% dintre furnizorii de îngrijire paliativă din



România asigură servicii de suport în perioada de doliu pentru familii; posibil ca situația să se

datoreze faptului că acest suport nu beneficiază de finanțare în cadrul serviciilor de îngrijire paliativă.



Protocole Clinice – În ultimul deceniu protocoalele clinice au devenit o parte integrantă a practicii clinice în îngrijirile paliative la nivel internațional. Protocoalele clinice reprezintă ghiduri bazate pe evidențe pentru diferite simptome și stări. Woolf et al⁽³²⁾ consideră că utilizarea protocoalelor

clinice are scopul "de a îmbunătăți calitatea deciziilor clinice și de a asigura consecvența în

îngrijirea oferită pacienților de către medici în întregul sistem de sănătate”. Protocoalele sunt de asemenea utile în menținerea cub control a costurilor, asigurând intervenții bazate pe cercetare și practică. Studiul din 2015 a evidențiat că peste 80% din furnizori implementează protocoale în practica clinică; totuși se observă că un singur furnizor aplică 20 de protocoale clinice, iar 68% dintre furnizori aplică trei sau mai puține protocoale.

Normarea serviciilor de îngrijiri paliative și a personalului

Normarea serviciilor pentru determinarea necesarului de paturi, de servicii în ambulatoriu și de echipe de îngrijiri paliative la domiciliu a fost stabilită de Ministerul Sănătății în Planurile Regionale de Servicii (2016) ⁽¹³⁾

De asemenea, normativul de personal pentru serviciile de îngrijiri paliative în ambulatoriu și de domiciliu a fost stabilit în regulamentul de Organizare, Funcționare și Autorizare a Serviciilor de Îngrijiri Paliative.

Normativul pentru unitățile cu paturi de îngrijiri paliative a fost reglementat de Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate și este utilizat asigurarea personalului în unitățile cu paturi din întreaga țară.

Tabelul 3 – Serviciile de Îngrijiri Paliative și Normativul de Personal

Număr de paturi de îngrijire paliativă raportat la populație	Număr de ambulatorii de îngrijiri paliative raportat la populație	Număr de echipe de îngrijiri paliative la domiciliu per populație
25 paturi de IP la o populație de 125.000 locuitori	1 ambulatoriu de IP la o populație de 60.000 locuitori	1 echipă de IP la domiciliu la o populație de 40.000 locuitori
Normativ de personal pentru sectii/compartimente de IP	Normativ de personal pentru ambulatorii de IP	Normativ de personal pentru echipe de îngrijiri paliative la domiciliu
<ul style="list-style-type: none"> • 1 medic cu competența în IP la 12 paturi; • 1 asistent medical cu specializare în IP la 8 paturi pe tură; • 1 infirmieră la 8 paturi pe tură; • 1 asistent social la 25 paturi; • 0,5 psiholog la 12 paturi; • 4 alt personal cu norme parțiale (fizioterapeut, consilier spiritual) 	<p>1 echipă de IP în ambulatoriu este formată din:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 medic cu competența în IP • 1 asistent medical cu specializare în IP • 0,5 asistent social • 2 alt personal cu norme parțiale (fizioterapeut, consilier spiritual) 	<p>1 echipă de IP la domiciliu este formată din:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 medici cu competența în IP • 4 asistente cu specializare în IP medicale • 1 psiholog • 0.5 fizioterapeut

Pornind de la aceste normative de personal și avînd în vedere datele populaționale din 2015, am putut estima numărul de servicii și personalul necesar pentru a întruni nevoia de îngrijire paliativă în rîndul populației.

Tabelele următoare prezintă diferența pe regiuni și județe dintre serviciile de îngrijiri paliative existente în acest moment și nevoia estimată de servicii.

Notă: La estimarea numărului necesar de paturi de îngrijiri paliative au fost excluse din calcul paturile existente în sistemul privat (cu plată) de sănătate, dat fiind gradul redus de accesibilitate al populației la aceste servicii.

Necesarul de **personal** va fi abordat mai tîrziu în cadrul acestui raport.

Serviciile de Îngrijiri Paliative – Analiza decalajului dintre serviciile existente și nevoie

Următoarele pagini prezintă diferența dintre serviciile de îngrijire paliativă funcționale **în prezent** și serviciile **necesare** pentru a acoperi nevoia în rândul populației. Diferența este detaliată în următoarele opt tabele, care prezintă disparitățile pe tipuri de servicii pe regiuni și județe.

Regiunea Nord Est – Servicii de Îngrijire Paliativă – Prezent, Necesari și Analiza Disparităților

Nord- Est	Populație (2015)	Număr curent de paturi de IP pe tipuri de furnizori de servicii			Necesar de paturi 25 paturi la 125,000 locuitori	Diferența (exclusiv paturi private)	Număr curent de ambulatorii de IP pe tipuri de furnizori			Necesar de ambulatorii de IP 1 cabinet la 60,000 locuitori	Diferența (exclusiv servicii private)	Număr curent de echipe de IP la domiciliu pe tipuri de furnizori			Necesar de echipe de IP la domiciliu 1 echipă la 40,000 locuitori	Diferența (exclusiv Servicii private)
		P	ONG	C			P	ONG	C			P	ONG	C		
P = Public ONG = caritabil C = companie privată		P	ONG	C			P	ONG	C			P	ONG	C		
Bacau	602.399	40	0	29	120	80	0	0	0	10	10	0	2	0	15	13
Botosani	397.151	0	0	0	80	80	0	0	0	7	7	0	0	0	10	10
Iasi	787.671	327	30	213	157	-200	0	0	0	13	13	0	0	0	20	20
Neamt	457.606	26	0	40	92	66	0	0	0	8	8	0	0	0	11	11
Suceava	630.365	22	0	88	126	104	0	0	0	10	10	0	0	0	16	16
Vaslui	388.372	0	0	0	78	78	0	0	0	6	6	0	0	0	10	10
Total NE	3.263.564	415	30	370	653	208	0	0	0	54	54	0	2	0	82	80

Sursa datelor populaționale: Institutul Național de Statistică 2017 (date populaționale pentru iulie 2015)

Regiunea Nord-Vest - Servicii de Îngrijire Paliativă – Present, Necesară și Analiza Disparităților

Nord-Vest	Populație (2015)	Număr curent de paturi de IP pe tipuri de furnizori de servicii			Necesar de paturi 25 paturi la 125,000 locuitori	Diferența (exclusiv paturi private)	Număr curent de ambulatorii de IP pe tipuri de furnizori			Necesar de ambulatorii de IP 1 cabinet la 60,000 locuitori	Diferența (exclusiv servicii private)	Număr curent de echipe de IP la domiciliu pe tipuri de furnizori			Necesar de echipe de IP la domiciliu 1 echipă la 40,000 locuitori	Diferența (exclusiv Servicii private)
		P	ONG	C			P	ONG	C			P	ONG	C		
P = Public ONG = caritabil C = companie privată		P	ONG	C			P	ONG	C			P	ONG	C		
Bihor	570.539	26	0	0	114	88	0	0	0	9	9	0	0	0	14	14
Bistrița-Năsăud	282.964	5	0	0	56	51	0	0	0	5	5	0	0	0	7	7
Cluj	701.109	18	30	55	140	92	0	0	0	11	11	0	0	0	18	18
Maramureș	469.657	20	0	40	94	74	0	0	0	8	8	0	0	0	12	12
Satu Mare	339.201	12	0	0	68	56	0	0	0	6	6	0	0	0	8	8
Sălaj	218.298	10	0	20	44	34	0	0	0	4	4	0	0	0	5	5
Total NV	2.581.768	91	30	115	516	395	0	0	0	43	43	0	0	0	64	64

Sursa datelor populaționale: Institutul Național de Statistică 2017 (date populaționale pentru iulie 2015)

Regiunea Sud Vest - Servicii de Îngrijire Paliativă – Prezent, Necesar și Analiza Disparităților

Sud- Vest	Populație (2015)	Număr curent de paturi de IP pe tipuri de furnizori de servicii			Necesar de paturi 25 paturi la 125,000 locuitori	Diferența (exclusiv paturi private)	Număr curent de ambulatorii de IP pe tipuri de furnizori			Necesar de ambulatorii de IP 1 cabinet la 60,000 locuitori	Diferența (exclusiv servicii private)	Număr curent de echipe de IP la domiciliu pe tipuri de furnizori			Necesar de echipe de IP la domiciliu 1 echipă la 40,000 locuitori	Diferența (exclusiv Servicii private)
		P	ONG	C			P	ONG	C			P	ONG	C		
P = Public ONG = caritabil C = companie privată		P	ONG	C			P	ONG	C			P	ONG	C		
Dolj	643.884	0	22	0	129	107	0	0	0	11	11	0	0	0	16	16
Gorj	329.593	0	0	0	66	66	0	0	0	5	5	0	0	0	8	8
Mehedinți	254.528	0	0	0	51	51	0	0	0	4	4	0	0	0	6	6
Olt	415.572	0	0	0	83	83	0	0	0	7	7	0	0	0	11	11
Vâlcea	361.676	0	0	0	72	72	0	0	0	6	6	0	0	0	9	9
Total SV	2.005.253	0	22	0	401	379	0	0	0	33	33	0	0	0	50	50

Sursa datelor populaționale: Institutul Național de Statistică 2017 (date populaționale pentru iulie 2015)

Regiunea Sud - Servicii de Îngrijire Paliativă – Prezent, Necesar și Analiza Disparităților

Sud	Populație (2015)	Număr curent de paturi de IP pe tipuri de furnizori de servicii			Necesar de paturi 25 beds per 125,000 Population	Diferența (exclusiv paturi private)	Număr curent de ambulatorii de IP pe tipuri de furnizori			Necesar de ambulatorii de IP 1 clinic per 60,000 Population	Diferența (exclusiv servicii private)	Număr curent de echipe de IP la domiciliu pe tipuri de furnizori			Necesar de echipe de IP la domiciliu 1 home care team Per 40,000 population	Diferența (exclusiv Servicii private)
		P	NGO	C			P	NGO	C			P	NGO	C		
P = Public NGO = Charity C = Private Company		P	NGO	C	25 beds per 125,000 Population	Diferența (exclusiv paturi private)	P	NGO	C	1 clinic per 60,000 Population	Diferența (exclusiv servicii private)	P	NGO	C	1 home care team Per 40,000 population	Diferența (exclusiv Servicii private)
Argeș	598.130	25	0	0	120	95	0	0	0	10	10	0	0	0	15	15
Călărași	297.199	0	0	0	59	59	0	0	0	5	5	0	0	0	7	7
Dâmbovița	507.475	0	0	0	101	101	0	0	0	8	8	0	0	0	13	13
Giurgiu	275.713	0	0	0	55	55	0	0	0	5	5	0	0	0	7	7
Ialomița	265.947	0	0	24	53	53	0	0	0	4	4	0	0	0	7	7
Prahova	744.119	10	0	29	149	139	0	0	0	12	12	0	0	0	18	18
Teleorman	358.472	0	0	0	72	72	0	0	0	6	6	0	0	0	9	9
Total	3.047.055	35	0	53	609	574	0	0	0	50	50	0	0	0	76	76

Sursa datelor populaționale: Institutul Național de Statistică 2017 (date populaționale pentru iulie 2015)

Regiunea Sud Est - Servicii de Îngrijire Paliativă – Prezent, Necesar și Analiza Disparităților

Sud- Est	Populație (2015)	Număr curent de paturi de IP pe tipuri de furnizori de servicii			Necesar de paturi 25 beds per 125,000 Population	Diferența (exclusiv paturi private)	Număr curent de ambulatorii de IP pe tipuri de furnizori			Necesar de ambulatorii de IP 1 clinic per 60,000 Population	Diferența (exclusiv servicii private)	Număr curent de echipe de IP la domiciliu pe tipuri de furnizori			Necesar de echipe de IP la domiciliu 1 home care team Per 40,000 population	Diferența (exclusiv Servicii private)
		P	NGO	C			P	NGO	C			P	NGO	C		
P = Public NGO = Charity C = Private Company		P	NGO	C			P	NGO	C			P	NGO	C		
Brăila	305.989	0	0	34	61	61	0	0	0	5	5	0	0	0	8	8
Buzău	433.838	30	0	42	87	57	0	0	0	7	7	0	0	0	11	11
Constanța	682.375	0	15	0	136	121	0	0	0	11	11	0	0	0	17	17
Galați	522.258	10	0	0	104	94	0	0	0	9	9	0	0	0	13	13
Tulcea	204.688	0	0	0	41	41	0	0	0	4	4	0	0	0	5	5
Vrancea	332.536	0	0	0	67	67	0	0	0	5	5	0	0	0	8	8
Total	2.481.684	40	15	76	496	441	0	0	0	41	41	0	0	0	62	62

Sursa datelor populaționale: Institutul Național de Statistică 2017 (date populaționale pentru iulie 2015)

Regiunea Centru - Servicii de Îngrijire Paliativă – Prezent, Necesară și Analiza Disparităților

Centru	Populație (2015)	Număr curent de paturi de IP pe tipuri de furnizori de servicii			Necesar de paturi 25 beds per 125,000 Population	Diferența (exclusiv paturi private)	Număr curent de ambulatorii de IP pe tipuri de furnizori			Necesar de ambulatorii de IP 1 clinic per 60,000 Population	Diferența (exclusiv servicii private)	Număr curent de echipe de IP la domiciliu pe tipuri de furnizori			Necesar de echipe de IP la domiciliu 1 home care team Per 40,000 population	Diferența (exclusiv Servicii private)
		P	NGO	C			P	NGO	C			P	NGO	C		
P = Public NGO = Charity C = Private Company		P	NGO	C			P	NGO	C			P	NGO	C		
Alba	334.769	6	0	0	67	61	0	0	0	6	6	0	0	0	8	8
Brașov	550.981	20	19	30	110	71	0	2	0	9	7	0	2	0	14	12
Covasna	207.055	0	0	0	41	41	0	0	0	3	3	0	0	0	5	5
Harghita	308.453	0	0	10	62	62	0	0	0	5	5	0	0	0	8	8
Mureș	545.168	22	0	10	109	87	0	0	0	9	9	0	0	0	14	14
Sibiu	400.136	16	29	0	80	35	0	0	0	7	7	0	0	0	10	10
Total	2.346.562	64	48	50	469	357	0	2	0	39	37	0	2	0	59	57

Sursa datelor populaționale: Institutul Național de Statistică 2017 (date populaționale pentru iulie 2015)

Regiunea Vest - Servicii de Îngrijire Paliativă – Prezent, Necesar și Analiza Disparităților

Vest	Populație (2015)	Număr curent de paturi de IP pe tipuri de furnizori de servicii			Necesar de paturi 25 beds per 125,000 Population	Diferența (exclusiv paturi private)	Număr curent de ambulatorii de IP pe tipuri de furnizori			Necesar de ambulatorii de IP 1 clinic per 60,000 Population	Diferența (exclusiv servicii private)	Număr curent de echipe de IP la domiciliu pe tipuri de furnizori			Necesar de echipe de IP la domiciliu 1 home care team Per 40,000 population	Diferența (exclusiv Servicii private)
		P	NGO	C			P	NGO	C			P	NGO	C		
P = Public NGO = Charity C = Private Company		P	NGO	C			P	NGO	C			P	NGO	C		
Arad	425.348	30	0	78	85	55	0	0	0	7	7	0	0	0	11	11
Caraș-Severin	284.400	0	0	0	57	57	0	0	0	5	5	0	0	0	7	7
Hunedoara	401.336	52	0	0	80	28	0	0	0	7	7	0	0	0	10	10
Timiș	696.203	20	30	0	139	89	0	0	0	11	11	0	0	0	17	17
Total	1.807.287	102	30	78	361	229	0	0	0	30	30	0	0	0	45	45

Sursa datelor populaționale: Institutul Național de Statistică 2017 (date populaționale pentru iulie 2015)

Regiunea București-Ilfov - Servicii de Îngrijire Paliativă – Prezent, Necesară și Analiza Disparităților

București Ilfov	Populație (2015)	Număr curent de paturi de IP pe tipuri de furnizori de servicii			Necesară de paturi 25 beds per 125,000 Population	Diferența (exclusiv paturi private)	Număr curent de ambulatorii de IP pe tipuri de furnizori			Necesară de ambulatorii de IP 1 clinic per 60,000 Population	Diferența (exclusiv servicii private)	Număr curent de echipe de IP la domiciliu pe tipuri de furnizori			Necesară de echipe de IP la domiciliu 1 home care team Per 40,000 population	Diferența (exclusiv Servicii private)
		P	NGO	C			P	NGO	C			P	NGO	C		
P = Public NGO = Charity C = Private Company		P	NGO	C	25 beds per 125,000 Population		P	NGO	C	1 clinic per 60,000 Population		P	NGO	C	1 home care team Per 40,000 population	
Mun. București	1.848.912	19	59	0	370	292	0	1	0	31	30	0	1	0	46	45
Ilfov	437.612	37	0	0	87	50	0	0	0	7	7	0	0	0	11	11
Total	2,286.524	56	59	0	457	342	0	1	0	38	37	0	1	0	57	56

Sursa datelor populaționale: Institutul Național de Statistică 2017 (date populaționale pentru iulie 2015)

REZUMAT AL ANALIZEI DISPARITĂȚILOR ÎN SERVICIILE DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE

Pe baza datelor populaționale din 2015, a normării paturilor de îngrijiri paliative, a ambulatoriilor și a echipelor de îngrijiri paliative la domiciliu, raportat la serviciile existente la momentul analizei, prin analiza disparităților am identificat nevoia următoarelor servicii **suplimentare** de îngrijiri paliative:

- **2,925 paturi de îngrijiri paliative suplimentare**
- **325 ambulatorii de îngrijiri paliative suplimentare**
- **490 echipe de îngrijiri paliative la domiciliu suplimentare**

Situația curentă a personalului cu pregătire în îngrijiri paliative

Următorul tabel prezintă situația **curentă** a profesioniștilor cu pregătire în domeniul îngrijirilor paliative la momentul analizei. Situația medicilor cu competență este prezentată în două coloane: prima prezintă **totalul** medicilor cu competență în îngrijiri paliative, iar cea de-a doua medici cu competență care lucrează **efectiv** în servicii de îngrijire paliativă.

Regiunea	Medici cu competență în IP (total)	Medici cu competență în IP (lucrează în servicii de IP)	Asistenți medicali	Asistenți sociali	Medici de familie cu pregătire de bază în IP
Total BUC-IFOV	85	13	45	3	85
ILFOV	4	1			4
BUCHAREST	81	12	45	3	81
Total Nord-Vest	91	17	73	1	33
BIHOR	28	3	14		
BISTRITA NASAUD	5	1			
CLUJ	44	7	28	1	33
MARAMURES	8	3	18		
SALAJ	3	2	9		
SATU MARE	3	1	4		
Total Nord-Est	91	33	105	1	47
BACAU	18	4	20		
BOTOSANI	2				
IASI	48	16	66	1	47
NEAMT	13	4	13		
SUCEAVA	7	9	6		
VASLUI	3				
Total Centru	95	13	66	4	69
ALBA	13	1			29
BRASOV	52	4	26	2	40
COVASNA	2				
HARGHITA	3				
MURES	13	5	25	2	
SIBIU	12	3	15		
Total Sud	33	8	16	2	
ARGES	10	3	7	1	
CALARASI					
DAMBOVITA	6				
GIURGIU	1	1	7	1	
IALOMITA	3				
PRAHOVA	10	4	2		
TELEORMAN	3				
Total Sud-Est	36	7	52	0	
BRAILA	5	1	2		
BUZAU	7	4	31		
CONSTANTA	19	1	8		
GALATI	3	1	11		
TULCEA	1				
VRANCEA	1				

Regiunea	Medici cu competență în IP (total)	Medici cu competență în IP (lucrează în servicii de IP)	Asistenți medicali	Asistenți sociali	Medici de familie cu pregătire de bază în IP
Total Sud-Vest	8	2	0	0	
DOLJ	7	2			
GORJ	0				
MEHEDINTI	0				
OLT	0				
VALCEA	1				
Total Vest	41	15	33	1	0
ARAD	15	5	15		
CARAS SEVERIN	1			1	
HUNEDOARA	11	5	9		
TIMIS	14	5	9		
Total general	480	108	390	12	234

Sumar al situației profesioniștilor în sănătate

Medici cu pregătire în îngrijiri paliative – 480 de medici au obținut competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, dintre care doar 23% (108) au raportat că lucrează în servicii de îngrijiri paliative. Nu există date în legătură cu motivul pentru care ceilalți 77% nu sunt implicați și nu lucrează în această specialitate. Dintre medicii care lucrează în prezent în servicii de îngrijiri paliative 46% sunt în Regiunea Nord-Est și Nord-Vest, 13% în Regiunea Vest și 12% în Regiunea Centru și București-Ilfov. Partea sudică a țării este cel mai slab reprezentată în privința medicilor cu competență în paliative, cu doar 15% medici în cele 3 regiuni din sud.

Asistente medicale cu pregătire în îngrijiri paliative – La nivelul țării sunt 390 de asistente medicale care lucrează în servicii de îngrijiri paliative. 178 (46%) sunt concentrate în două regiuni – Nord-Est și Nord-Vest. În Regiunile Sud și Sud-Vest sunt doar 4% asistente medicale în servicii de paliative. În majoritatea regiunilor sunt județe fără asistente pregătite în domeniu. Se remarcă Regiunea Sud-Vest, în care sunt doar 7 medici și nici o asistentă medicală cu pregătire în domeniu. Patru județe nu au nici medici și nici asistente medicale cu pregătire: județul Călărași în Regiunea Sud și județele Gorj, Mehedinți și Olt în Regiunea Sud-Vest.

Medici de familie - Planurile Regional privind Serviciile de Sănătate prezintă faptul că în anul 2013 în România erau 12,736 medici de familie repartizați neuniform la nivel de țară. În 2014 s-a desfășurat un proiect pilot de instruire a medicilor de familie prin cursuri de bază în îngrijiri paliative. În cadrul proiectului au fost instruiți 234 de medici de familie din patru județe: Iași, Cluj, Brașov, București, instruirea fiind la nivel de îngrijire paliativă de bază.

Totuși, aceasta reprezintă un procent de sub 2% medici de familie cu instruire de bază în îngrijiri paliative din totalul medicilor de familie din țară. Se estimează că sunt, de asemenea, medici de familie care au urmat alte cursuri de bază în îngrijiri paliative, dar numărul lor este extrem de redus, în condițiile în care peste 70% din pacienții din România decedează acasă, cu sprijin redus sau fără sprijin din partea serviciilor specializate de îngrijiri paliative. Această situație subliniază nevoia urgentă de creare a unui plan național de instruire comprehensivă și dezvoltare a implicării medicilor de familie asistența și sprijinul pacienților în stadii terminale.

Personal instruit în îngrijiri paliative – Personal necesar și Analiza Disparităților

Necesarul de personal pentru cele trei tipuri de servicii a fost determinat folosind normativele detaliate în Secțiunea 4.3 a acestui raport. Prezentăm în continuare aceste date, pentru o mai bună înțelegere a metodelor utilizate în determinarea personalului necesar.

Normativul de asistenți medicali pentru unitățile cu paturi – A fost luat în calcul numărul de ore lucrate anual de un asistent medical, pentru a stabili necesarul de asistente pentru unitățile cu paturi de paliative. Ipotezele de calcul și metodologia sunt prezentate în **Anexa 2**. Ipotezele pot fi modificate, cu aplicarea aceleiași metodologii.

Normativul de personal și Analiza disparităților – Numărul necesar de profesioniști calificați în îngrijiri paliative a fost estimat la nivel de Regiuni, permițând comparația situația existentă și necesarul estimat. Pentru unele ipoteze nu am avut suficiente date despre toate grupurile profesionale și despre locul unde profesioniștii își desfășoară activitatea. În tabelele următoare este prezentat necesarul de personal, stabilit în parte pentru fiecare dintre cele trei tipuri de servicii, iar la sfârșitul secțiunii se prezintă și analiza disparităților.

Unități cu paturi de îngrijiri paliative – Necesarul de personal pe Regiuni

Necesarul de personal pentru unitățile cu paturi de paliatie se bazează pe următoarele rapoarte:

25 paturi de îngrijiri paliative la o populație de 125,000 locuitori	
Necesarul de persoal pentru unități cu paturi de paliatie	
<ul style="list-style-type: none"> • 1 medic cu astetat în IP la 12 paturi • 1 asistentă medicală cu pregătire în IP la 8 paturi pe tură (40 ore/săptămână, 47 săptămâni/an) • 1 infirmieră la 8 paturi pe tură (40 ore/săptămână, 47 săptămâni/an) • 1 asistent social la 25 paturi • 0.5 psiholog la 12 paturi • 4 norme parțiale alt personal (fizioterapeut, consilier spiritual)* 	

	Populație	Paturi	Medici	Asistenți medicali	Infirmiere	Asistenți sociali	Psihologi
Nord Vest	2.581.768	516	43	301	301	21	22
Nord Est	3.263.564	653	54	380	380	26	27
Centru	2.346.562	469	39	273	273	19	20
Sud Est	2.481.684	496	41	289	289	20	21
Sud	3.047.055	609	51	355	355	24	25
Sud Vest	2.005.253	401	33	234	234	16	17
vest	1.807.287	361	30	211	211	14	15
Bucuresti Ilfov	2.286.524	457	38	266	266	18	19
Total	19.819.697	3962	329	2309	2309	158	166

*Notă – Nu a fost posibilă estimarea numărului necesar de alt personal, deși sunt membri importanți ai echipei interdisciplinare și trebuie luați în considerare în dezvoltarea și planificarea serviciilor de îngrijiri paliative.

Ambulatorii de îngrijiri paliative – Necesarul de personal pe Regiuni

Necesarul de personal pentru ambulatoriile de îngrijiri paliative se bazează pe următoarele rapoarte:

1 ambulatoriu de îngrijiri paliative la o populație de 60,000 locuitori
Necesarul de personal pentru ambulatorii de îngrijiri paliative
<ul style="list-style-type: none"> • 1 medic • 1 asistent medical • 0.5 asistent social • Personal cu normă parțială (fizioterapeut, consilier spiritual)

	Populația	Nr.ambulatorii de IP	Medici	Asistenți medicali	Asistenți sociali
Nord Vest	2.581.768	43	43	43	21.5
Nord Est	3.263.564	54	54	54	27.0
Centru	2.346562	39	39	39	19.5
Sud Est	2.481.684	41	41	41	20.5
Sud	3.047.055	50	50	50	25.0
Sud Vest	2.005.253	33	33	33	16.5
vest	1.807.287	30	30	30	15.0
Bucuresti Ilfov	2.286.524	38	38	38	19.0
Total	19.819.697	328	328	328	164

Echipe de Îngrijiri Paliative la domiciliu – Necesarul de personal pe Regiuni

Necesarul de personal pentru unitățile cu paturi de paliativ se bazează pe următoarele rapoarte:

1 Echipă de IP la domiciliu pentru o populație de 40,000 locuitori
Necesarul de personal pentru o echipă de IP la domiciliu
<ul style="list-style-type: none"> • 2 medici • 4 asistenți medicali • 1 psiholog • 0.5 fizioterapeut

	Populație	Nr. echipe	Medici	Asistenți medicali	Psiholog	Fizioterapeut
Nord Vest	2.581.768	64	128	256	64	32.0
Nord Est	3.263.564	82	164	328	82	41.0
Centru	2.346.562	59	118	236	59	29.5
Sud Est	2.481.684	62	124	248	62	31.0
Sud	3.047.055	76	152	304	76	38.0
Sud Vest	2.005.253	50	100	200	50	25.0
vest	1.807.287	45	90	180	45	22.5
Bucuresti Ilfov	2.286.524	57	114	228	57	28.5
Total	19.819.697	495	990	1980	495	247.5

Rezumat al situației personalului din serviciile de îngrijiri paliative – Analiza Disparităților pe Regiuni

Următorul tabel prezintă numărul profesioniștilor implicați în îngrijirile paliative, personalul necesar și diferența dintre cele două. Prezentăm situația pentru fiecare grup profesional pe fiecare dintre cele trei tipuri de servicii.

După cum am arătat în Secțiunea 4.2 (Servicii de Îngrijire Paliativă existente) a prezentului raport, numeroși medici instruiți în îngrijire paliativă nu profesază în prezent în acest domeniu. Motivele acestei situații pot fi numeroase. Cu toate acestea, în scopul acestei analize am pornit de la ipoteza că toți medicii cu competență în îngrijiri paliative vor lucra în viitor în domeniu.

	Medici cu competență în IP în prezent*	NECESAR medici cu competență în IP (pentru Unități cu Paturi, ambulatorii, domiciliu)	Diferența	Asistente medicale în prezent	NECESAR asistente medicale cu studii de IP (pentru Unități cu Paturi, ambulatorii, domiciliu)	Diferența	Asistența sociali în prezent	NECESAR asistenți sociali (pentru Unități cu Paturi, domiciliu)	Diferența
Nord Vest	91	214	123	73	600	527	1	42.5	41.5
Nord East	91	272	181	105	762	657	1	53	52
Centru	95	196	101	66	548	482	4	38.5	34.5
Sud East	36	206	170	52	578	526	0	40.5	40.5
Sud	33	253	220	16	709	693	2	49	47
Sud Vest	8	166	158	0	467	467	0	32.5	32.5
Vest	41	150	109	33	421	388	1	29	28
București - Ilfov	85	190	105	45	532	487	3	37	34
Total	480	1647	1167	390	4617	4227	12	322	310

*Notă: Au fost incluși toți medicii cu competență în îngrijiri paliative

REZUMAT AL ANALIZEI DISPARITĂȚILOR ÎN PRIVINȚA PERSONALULUI DIN SERVICIILE DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE

Pe baza datelor populaționale din anul 2015, a normativelor de personal pentru serviciile de îngrijiri paliative și a numărului personalului profesioniștilor cu pregătire în domeniul îngrijirilor paliative, am identificat nevoia **suplimentării** următoarelor categorii de personal:

- **1,167 medici cu competență în îngrijiri paliative suplimentar**
- **4,227 asistenți medicali cu studii în îngrijiri paliative suplimentar**
- **310 asistenți sociali pentru servicii de îngrijiri paliative suplimentar**
- **Alt personal (psihologi, fizioterapeuți) necesar pentru care nu s-a putut face o estimare a numărului necesar**

4.7 Concluzii ale Analizei disparităților și nevoii de servicii de îngrijiri paliative

Evaluarea nevoii de îngrijire paliativă a identificat că aproximativ 172,663 persoane au nevoie anual de îngrijiri paliative în România. Majoritatea acestora (73%) sunt pacienți cu boli cronice, non-oncologice, iar 20% au afecțiuni oncologice. Distribuția acestor pacienți este în general în toate județele, cu o nevoie mai mare de servicii în județele Prahova, Constanța, Iași și Suceava. De asemenea, unele zone rurale prezintă o nevoie mai ridicată de servicii, ceea ce a reprezentat o provocare pentru stabilirea serviciilor în aceste zone.

În prezent există **1,779** paturi de îngrijiri paliative în țară, dintre care **1,037** paturi (**59%**) cu acces fără plată în sistemul public sau prin furnizori ONG de servicii. Există diferențe majore între numărul de servicii existente în diferite Regiuni și județe. Județele din partea sudică a țării sunt mai slab deservite atât în privința disponibilității de paturi de îngrijiri paliative cât și a personalului calificat în acest domeniu. În țară există doar 3 servicii de îngrijiri paliative în ambulator și 13 echipe de îngrijiri paliative la domiciliu, acestea din urmă fiind în totalitate asigurate prin organizații neguvernamentale. La nivel de țară se observă un deficit major de servicii specializate de îngrijiri și de profesioniști instruiți în domeniu, în vederea asigurării serviciilor necesare acoperirii nevoii estimate. Sub 2% din medicii de familie au instruire de bază în îngrijiri paliative, ceea ce denotă o subdezvoltare accentuată a îngrijirii paliative la nivel de asistență primară.

Tabelul de mai jos prezintă un sumar al serviciilor **suplimentare** necesare de îngrijiri paliative și al profesioniștilor (exclusiv terapeuți și psihologi) necesari a fi instruiți la nivel regional pentru a acoperi nevoia populațională.

Servicii suplimentare si personal calificat suplimentar necesar pentru îngrijirile paliative

Regiunea	Populația Regiunii (2015)	Paturi de IP suplimentare necesare	Ambulatorii suplimentare de IP necesare	Echipe de suplimentare de IP la domiciliu necesare	Medici cu competență de IP necesari suplimentar	Asistenți medicali cu competență de IP necesari suplimentar	Asistenți sociali necesari suplimentar
Nord-Vest	2.581.768	395	43	64	123	527	41.5
Nord-Est	3.263.564	208	54	80	181	657	52
u	2.346.562	357	37	57	101	482	34.5
Sud-Est	2.481.684	441	41	62	170	526	40.5
Sud	3.047.055	574	50	76	220	693	47
Sud-Vest	2.005.253	379	33	50	158	467	32.5
Vest	1.807.287	229	30	45	109	388	28
București - Ilfov	2.286.524	342	37	56	105	487	34
TOTAL	19.819.697	2925	325	490	1167	4227	310

Secțiunea 5. Provocări în dezvoltarea serviciilor de îngrijiri paliative

Considerăm importantă recunoașterea numeroaselor succese obținute în dezvoltarea și evoluția serviciilor de îngrijiri paliative din România în ultimele două decenii. Dintre reperele aceste evoluții se cuvine să amintim:

- 1992 – Înființarea primului serviciu de îngrijiri paliative la domiciliu în Brașov
- 1997 – Înființarea la Brașov a primului centru de educație în îngrijiri paliative
- 1998 – Înființarea Asociației Naționale de Îngrijiri Paliative (ANIP)
- 1999 – Recunoașterea îngrijirii paliative ca supraspecializare (ulterior competență/astetat de studii complementare) și inițierea unui program național de instruire a medicilor în domeniu
- 2001- Introducerea morfinei orale pentru controlul durerii
- 2002 – Inaugurarea primului Hospice (unitate de paturi) de îngrijiri paliative la Brașov
- 2002 – Elaborarea primelor standarde naționale pentru îngrijirile paliative
- 2003 - Hospice Casa Speranței Brașov este recunoscut ca unul dintre cele 5 centre de excelență din Europa Centrală și de Est
- 2005-2007 – Adoptarea noii legi a opioidelor, care permite medicilor prescrierea medicației adecvate pentru controlul durerii.
- 2005 – Introducerea în Contractul cadru a serviciilor de internare în unități cu paturi de paliative, prin contractare pe tarif pe zi de spitalizare (negociat între furnizor și casele de asigurări jutețene).
- 2007 – primele ramursari pentru servicii de internare în unități cu paturi de paliative
- 2007-2008 – Campanie națională de conștientizare asupra îngrijirii paliative
- 2007 – Înființarea primelor compartimente/secții de îngrijiri paliative în spitale publice (Pascani, IS and Stefanesti, AG)
- 2008 – Parteneriat între Ministerul Sănătății, HOSPICE Casa Speranței și Federația Asociațiilor Bolnavilor de Cancer, pentru realizarea unui program național de paliative
- 2008 - 2010 – Proiect de stabilire a costurilor îngrijirii paliative la domiciliu și în unități cu paturi, cu impact național asupra mecanismelor de finanțare a serviciilor de paliative
- 2009 – Introducerea îngrijirii paliative în curricula de instruire de bază a asistenților medicali
- 2010 – Recunoașterea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu (diferite de serviciile medicale la domiciliu)
- 2010 – Primul program de studii masterale în îngrijiri paliative din țară, la Facultatea de Medicină a Universității Transilvania din Brașov.
- 2010 – Revizuirea standardelor naționale de îngrijiri paliative
- 2011- Introducerea îngrijirii paliative în programa de bază a studenților la cinci facultăți de medicină din România

- 2012 – Propunere s de Strategie Națională de îngrijiri paliative propusă Ministerului Sănătății
- 2013-2016 – Proiect pilot de dezvoltare a îngrijirii paliative în medicina primară și comunitară
- 2014-2020 – Proiectul Băncii Mondiale de reformă a sistemului de sănătate include o componentă de paliatie
- 2017 – Recunoașterea îngrijirii paliative ca specialitate pentru asistenții medicali

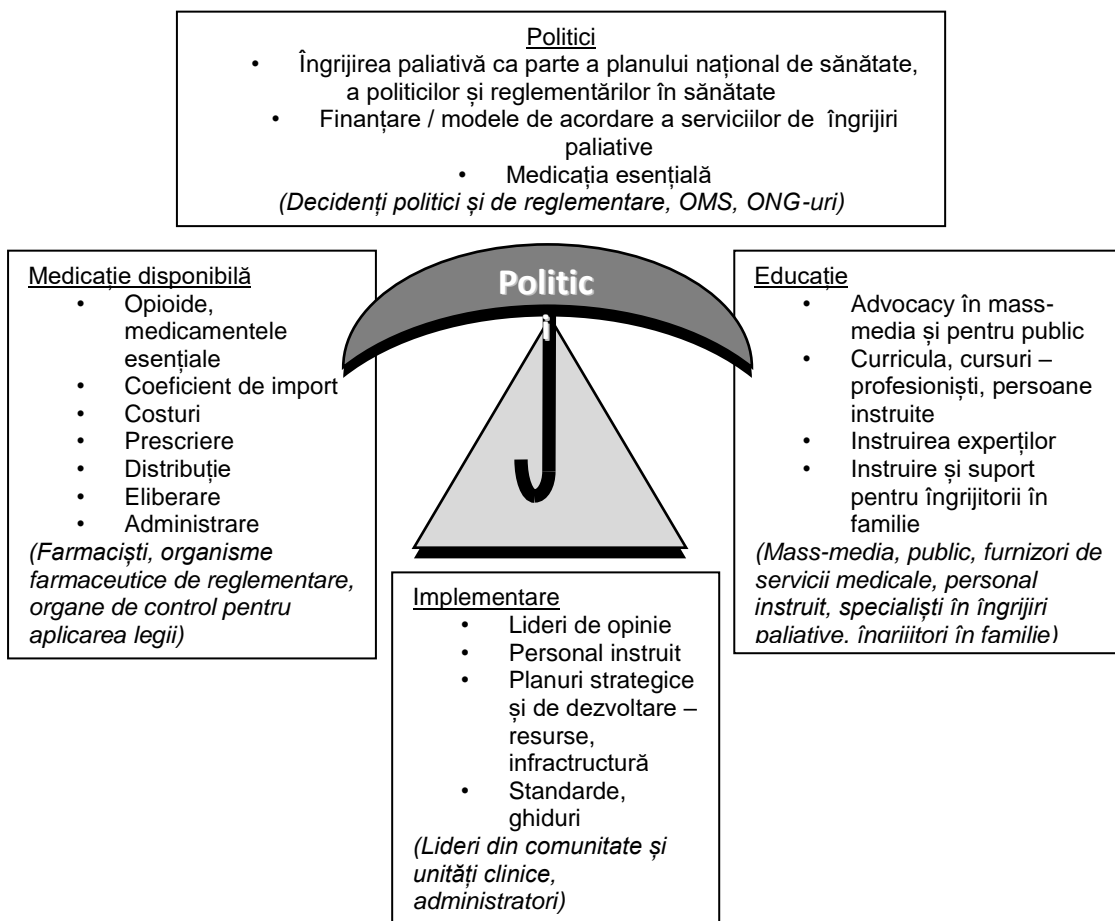
Aceste inițiative majore au contribuit la dezvoltarea îngrijirilor paliative în România și au pus bazele înființării se noi servicii. Cu toate acestea, se remarcă faptul că majoritatea inițiativelor s-au dezvoltat lent de-a lungul anilor, nu au avut finanțări guvernamentale și nu au fost integrate în strategia națională a serviciilor de sănătate. Multe dintre aceste inițiative s-au bazat în principal de surse caritabile de finațare sau provenite din granturi. Ele au fost susținute prin pasiunea și dăruirea unor persoane care au avut tenacitatea de a susține schimbarea sistemului, pentru a contribui astfel la îmbunătățirea calității vieții pacienților terminal sau suferind de boli cu specanță de viață limitată.

Acum cînd îngrijirea paliativă este parte a Strategiei Naționale de Sănătate a Guvernului și beneficiază de suport prin programul Băncii Mondiale de reformă a sistemului de sănătate, se deschide oportunitatea ca paliatia să devină o componentă integrată a sistemului de sănătate din România. Va fin însă nevoie de alocarea unor resurse adecvate și planificate, penrtu ca aceste modificări să aducă beneficii maxime tuturor perosanelor care au nevoie de îngrijire palativă. În anii care vin, România va trebui să facă față numeroaselor provocări în calea dezvoltării serviciilor de îngrijiri paliative. În analiza nevoii de îngrijire am identificat trei astfel de provocări majore:

- Nevoia neacopertă de servicii de îngrijiri paliative la nivel de țară
- Disponibilitatea de profesioniști formați în domeniul îngrijirii paliative
- Dispponibilitatea fondurilor suficiente pentru a susține sericiile existente si pe cele în dezvoltare în viitor

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a dezvoltat un model de evaluare a principalelor provocări în dezvoltarea serviciilor de îngrijiri paliative. Acest model identifică patru domenii care, după Stjernsward et al (2007) ⁽³³⁾ trebuie identificate și abordate pentru *”integrarea îngrijirilor paliative în asistența medicală curentă”*. uggests all need to be addressed for *‘palliative care to become part of mainstream healthcare’*. De asemenea, Stjernsward susține că cele patru componente ale îngrijirii paliative trebuie privite în contextul cultural, demografic, socio-economic și al sistemelor de sănătate specifice fiecărei țări.

Figura 15 – Modelul Organizației Mondiale a Sănătății



Pentru a rezuma provocările pe care sistemului de sănătate din România le-ar putea întâmpina în următorii ani în privința extinderii serviciilor de îngrijirilor paliative, am încorporat, în Tabelul de mai jos, modelul propus de OMS într-o analiză SWOT a contextului dezvoltării acestor servicii.

Analiza SWOT a dezvoltării serviciilor de îngrijiri paliative în România

Puncte tari	Puncte slabe
<p>Poltici</p> <ul style="list-style-type: none"> • In prezent îngrijirea paliativă este inclusă în strategia națională de sănătate și unele servicii de îngrijiri paliative sunt finanțate prin sistemul asigurărilor sociale de sănătate <p>Medicamente disponibile</p> <ul style="list-style-type: none"> • Există reglementări în privința facilitării accesului la medicație, de ex. Reglementări privind accesul la medicația opioidă <p>Implementare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • In unele zone la țării există cunoștințe și experiență și modele de implementarea serviciilor de îngrijiri paliative, care pot fi aplicate în dezvoltarea serviciilor și în alte județe • La nivel național există expertiză și leadership, atât în rândul personalului cît și prin Asociația Națională de Îngrijiri Paliative, care pot susține dezvoltarea serviciilor de îngrijiri paliative în România. • Există standarde și protocoale pentru îngrijirile paliative <p>Educație</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centrul național de educație de la Brașov oferă o gamă lărgă de programe de educație în îngrijiri paliative • Cinci facultăți de medicină din România au introdus îngrijirile paliative în programa de instruire de bază • A fost recunoscut atestatul de studii complementare de îngrijiri paliative pentru medici • A fost recunoscută îngrijirea paliativă ca specializare pentru asistenții medicali 	<p>Poltici</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subfinanțare a sistemului de sănătate în România • Competiție în privința cererii de finanțare în sănătate și nevoie de îmbunătățire a finanțării • Lipsă de flexibilitate și finanțare publică depășită, care face ca dezvoltarea de noi modele să fie dificilă • Birocrație politică la toate nivelurile, care prelungeste sau împiedică implementarea schimbărilor <p>Medicamente disponibile</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costul medicației • Reglementări necesare pentru utilizarea medicatiei specifice îngrijirilor paliative • Accesul la unele medicamente <p>Implementare</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nevoie acută de servicii de îngrijiri paliative, față de nivelul curent scăzut de acoperire cu servicii • Număr limitat de profesioniști cu pregătire în domeniul îngrijirilor paliative • Planuri limitate, la nivel local și național, de implementare de noi servicii • Infrastructura sistemului de sănătate (asistența primara, comunitară și ambulatorie subdezvoltate) <p>Educație</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gradul de înțelegere a principiilor și beneficiilor îngrijirii paliative de către actorii politici cu putere de decizie, profesioniști și public • Număr limitat de medici de familie cu pregătire de bază în îngrijiri paliative • Finanțare și disponibilitate de instruire specializată în îngrijire paliativă pentru medici și alți profesioniști din sănătate
Oportunități	Amenințări
<p>Poltici</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proiectul Băncii Mondiale include o subcomponentă de paliatie, cu obiective bine definite • Strategia Națională de Sănătate sprijină dezvoltarea îngrijirii paliative în asistența primară, ambulatorie, comunitară și de specialitate. • S-au făcut modificări lente în privința politicilor și finanțării serviciilor, care vor sprijini dezvoltarea serviciilor la nivel național 	<p>Poltici</p> <ul style="list-style-type: none"> • Măsuri de îmbunătățire a altor domenii ale asistenței medicale, prioritare față de îngrijirile paliative. • Componenta spitalelor de acuți din cadrul programului Băncii Mondiale necesită mai multe fonduri decât s-a agreat inițial, iar dezvoltarea asistenței primare, comunitare și îngrijirilor paliative sunt subfinanțate • Nu sunt prevăzute fonduri pentru susținerea curentă a serviciilor de îngrijiri paliative

<p>Implementare: Numărul profesioniștilor implicați în programe de îngrijiri paliative este în creștere</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oportunitate de inițiere a unor servicii noi de îngrijiri paliative în 2018-2019 <p>Educație:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rețele profesionale existente – numeroși profesioniști la nivel internațional dispuși să împărtășească modele de bune practici. • Oportunitate de specializare pentru asistenții medicali, după recunoașterea specialității 	<p>Medicamente disponibile</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costul medicamentelor în creștere • Reglementări în legislația medicamentelor neadoptate <p>Implementare</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schimbările demografice accentuează nevoia de servicii de îngrijiri paliative • Emigrarea profesioniștilor din sistemul de sănătate din Romania <p>Educație</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programele de educație în domeniul îngrijirilor paliative nu sunt finanțate sau nu fac față cererii de instruire din partea profesioniștilor din sănătate • Personal instruit insuficient pentru dezvoltarea programelor îngrijiri paliative
--	--

Secțiunea 6. Rezumat și propuneri pentru viitor

Populația Europei, și implicit a României, este într-un proces de îmbătrânire. Tot mai multe persoane trăiesc mai mult și resimt efectele unor boli cronice în ultimii ani de viață. Îngrijirea paliativă are ca scop alinarea suferinței și îmbunătățirea calității vieții persoanelor care afectate de boli cu speranță de viață limitată. Este o abordare holistică a suferinței pacienților și familiilor acestora, concentrându-se asupra nevoilor fizice, psihosociale și spirituale asociate cu boala amenințătoare de viață. În mod tradițional îngrijirea paliativă se adresa doar pacienților cu cancer în stadii avansate, dar astăzi se recunosc beneficiile acordării îngrijirilor paliative în multe patologii grave. Organizația Mondială a Sănătății consideră că accesul la îngrijire paliativă și alinarea durerii reprezintă un *”drept elementar al omului la sănătate”*.

Această analiză a nevoii de îngrijire paliativă în România a identificat că peste 170.000 persoane ar putea beneficia anual de îngrijire paliativă în România, dacă ar fi disponibile servicii de îngrijiri paliative și profesioniști instruiți în domeniu. Aceasta evaluare a situației curente a serviciilor de îngrijiri paliative și a necesarului de servicii și personal instruit în domeniu a identificat un deficit considerabil de servicii și de personal în toate Regiunile și județele României, cu precădere în județele din sudul țării și în general în zonele rurale.

Strategia Națională de Sănătate a României 2014-2020 își propune un obiectiv strategic ambițios de acoperire a nevoii de îngrijire paliativă de 60% până în anul 2020. Proiectul Băncii Mondiale de *”Reformă a Sectorului Sanitar – Îmbunătățirea calității și eficienței sistemului de sănătate”* are ca obiectiv înființarea a 29 de secții de îngrijiri paliative în spitale, 90 de ambulatorii de specialitate de îngrijiri paliative și 90 de echipe de îngrijiri paliative la domiciliu în toate regiunile și județele țării.

Pentru stabilirea celei mai adecvate abordări pentru implementarea de noi servicii de îngrijiri paliative în România au fost luați în considerare o serie de factori, între care identificarea zonelor cu cea mai acută nevoie de îngrijiri paliative, a celor cu cele mai puține servicii de îngrijiri paliative și stabilirea zonelor cu medici interesați în deschiderea de noi servicii. Pe baza acestor criterii Grupul Tehnic de Lucru pentru Îngrijiri Paliative (GTL-IP) a stabilit că, pe baza resurselor financiare și umane existente în acest moment, acoperirea cea mai rapidă a nevoii de servicii se poate face, într-o primă fază, prin înființarea de servicii de îngrijiri paliative în ambulator și a unor echipe de îngrijiri paliative la domiciliu, mai mult decât prin deschiderea de noi secții de îngrijiri paliative, pentru care costurile ar fi mult mai ridicate și timpul de înființare mai lung.

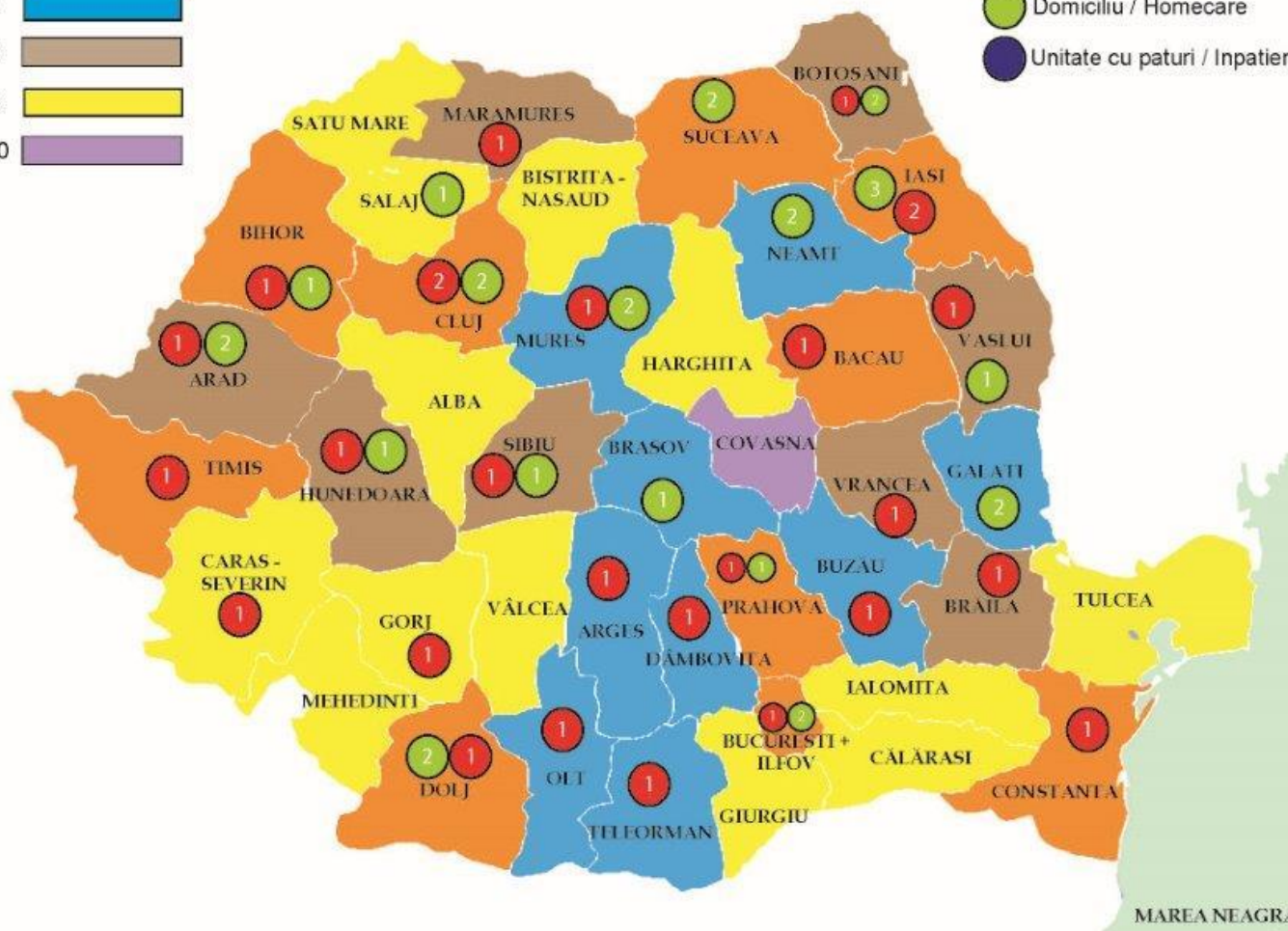
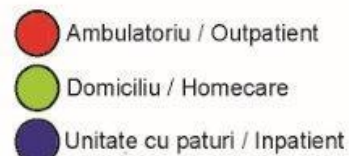
Prin această analiză, coroborată cu analiza medicilor cu competență în îngrijiri paliative, am identificat județele cu cea mai mare nevoie de îngrijiri paliative și în care există resursele umane profesionale pregătite să înființeze ambulatorii și echipe de îngrijiri paliative la

domiciliu. Au fost stabilite 27 de locații pentru noi ambulatorii de îngrijiri paliative și 28 de locații pentru noi echipe de îngrijiri paliative la domiciliu. Harta prezentată pe pagina următoare prezintă locațiile propuse pentru înființarea acestor ambulatorii și echipe de domiciliu în perioada 2018-2019. În continuare va fi nevoie de elaborarea unor planuri pe termen lung pentru extinderea serviciilor de paliatie în România.

**THE NEED OF PALLIATIVE CARE
(by counties)**



**PROPUNERE DE DEZVOLTARE
SERVICII DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE
ÎN PERIOADA 2018-2019**



Anexa 1. Definiția îngrijirilor paliative dată de Organizația Mondială a Sănătății

Îngrijirea paliativă:

- Oferă controlul durerii și al altor simptomelor neplăcute;
- Susține viața și consideră moartea ca pe un proces firesc;
- intends neither to hasten or postpone death;
- Integrează în îngrijirea pacientului aspectele psiho-emoționale, sociale, spirituale și culturale;
- Oferă un sistem de suport care să permită pacientului să ducă o viață cât mai activă posibil de-a lungul evoluției bolii, până la final;
- Oferă sprijin familiei pentru a face față problemelor pe parcursul bolii pacientului și după decesul acestuia;
- Asigură o abordare în echipă interdisciplinară a nevoilor complexe ale pacientului și familiei, inclusiv consiliere în perioada de doliu, dacă e cazul;
- Îmbunătățește calitatea vieții și implicit cursul și evoluția bolii;
- Este aplicabilă încă din primele stadii ale bolii, în corelație cu alte terapii de prelungire a vieții (chimioterapia sau radioterapia) și include investigații necesare înțelegerii și controlului complicațiilor clinice în evoluția bolii.

Sursa: Organizația Mondială a Sănătății (2002)

Îngrijirea paliativă pediatrică reprezintă o categorie aparte, distinctă de îngrijirile paliative adresate adulților. Definiția Organizației Mondiale a Sănătății pentru îngrijirile paliative pediatrice este prezentată mai jos:

- Îngrijirea Paliatică pediatrică este îngrijirea activă și totală a corpului, minții și spiritului copilului bolnav și suportul acordat familiei copilului;
- IPP începe din momentul diagnosticului bolii și continuă pe tot parcursul acesteia, indiferent dacă pacientul primește sau nu tratamentul cu intenție curativă al bolii;
- IPP urmărește evaluarea și alinarea suferinței fizice, psihologice și sociale a copilului;
- IPP eficientă se realizează de către o echipă interdisciplinară care include, pe lângă profesioniști, familia copilului bolnav și care se bazează pe utilizare eficientă a tuturor resurselor disponibile;
- IPP se acordă în diferite medii: la domiciliul copilului, în centre rezidențiale pentru copii în sistemul de protecție socială, în unități independente de îngrijiri paliative sau secții/compartimente de paliative din spitale.

Sursa: Organizația Mondială a Sănătății (2002)

Anexa 2. Ipoteze și metode de calcul pentru necesarul de asistenți medicali în unitățile cu paturi

Normativ de personal pentru asistenții medicali:

- 1 asistentă medicală cu specializare în îngrijiri paliative la 8 paturi pe tură
- 1 infirmieră la 8 paturi pe tură

Ipoteză:

- 1 asistentă medicală/infirmieră lucrează 40 ore pe săptămână, 47 de săptămâni pe an (5 săptămâni concediu de odihnă/medical/studiu:
47 săptămâni x 40 ore – 1880 ore de lucru per asistent medical/infirmieră
- Turele se organizează în sistem de 8 ore pe zi

Exemplu: Metodologie bazată pe un număr de 516 paturi pe Regiune:

- $516 \text{ (paturi)} : 8 \text{ (1 asistentă medicală la 8 paturi)} = 64.5 \text{ asistente medicale pe tură la 516 paturi}$
- $64.5 \text{ (asistente medicale)} \times 24 \text{ (ore)} = 1548 \text{ ore pe zi}$
- $1548 \text{ (ore)} \times 365 \text{ (zile pe an)} = 565.020 \text{ ore de lucru pe an}$
- $565.020 \text{ (ore de lucru pe an)} : 1880 \text{ (Ore per asistent medical)} = 301 \text{ asistente medicale}$

Total 301 asistente medicale necesare pentru a acoperi asistența la 516 paturi (7 zile pe săptămână, 365 zile pe an)

Referințe:

1. WHO Definition of Palliative Care, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
2. WHO Factsheet on Palliative Care, August 2017, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>.
3. Dumitrescu, M & Poroch, V, The National Association for Palliative Care: Quality assurance for palliative care in Romania, *European Journal of Palliative Care* 2016; 23(6)
4. Global Atlas Identifies Unmet Need for Palliative Care, January 28, 2014, <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/palliative-care-20140128/en/>.
5. World Atlas <http://www.worldatlas.com/articles/what-type-of-government-does-romania-have.html>
6. Romania in Figures, Institute of National Statistics, 2015
7. World Bank, Country partnership strategy for Romania for the period 2014-2017 (April 2014) <http://documents.worldbank.org/curated/en/801961468095641262/Romania-Country-partnership-strategy-for-the-period-FY2014-2017>
8. People at risk of poverty or social exclusion, http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/People_at_risk_of_poverty_or_social_exclusion
9. Human Development Index <http://hdr.undp.org/en/composite/HDI>
10. Romania National Institute of Statistics, Demographics of Romania, 2013, http://www.insse.ro/cms/files/publicatii/pliante%20statistice/12_Brosura%20Demo%20eng.pdf
11. Breaking the Cycle of Exclusion for Roma in Romania <http://www.worldbank.org/en/news/feature/2014/04/07/breaking-the-cycle-of-exclusion-for-roma-in-romania>
12. European Observatory on Health Systems and Policy, Health System in Transition, Romania Health System Review, Vol 18 No. 4 1016
13. Romanian Ministry of Health, Regional Health Services Plans, November 2016
14. Romanian Ministry of Health, National Health Strategy 2014 – 2020
15. World Bank, <http://www.worldbank.org/en/country/romania/overview>
16. Romanian National Association for Palliative Care (2014), Palliative Care Services Register.
17. Peter Tebbit Population Based Needs Assessment for Palliative Care. National Council for Palliative Care Services, May 2004
18. National Institute of Statistics Press Communication August 2017, http://www.insse.ro/cms/sites/default/files/com_presa/com_pdf/poprez_ian2017e.pdf
19. Romania Institute of National Statistics, Press Release, October 2017 http://www.insse.ro/cms/sites/default/files/com_presa/com_pdf/popdom1iul2017e_0.pdf
20. Romanian Institute of National Statistics (July 2017)
21. Life Expectancy, Romania National Institute of Statistics (2013)
22. Vasile V, Dobre A, Overview of demographic evolution in Romania, *RRS*, 2015; 4: 27–45.
23. OECD (2017), "Romania", in *International Migration Outlook 2017*, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/migr_outlook-2017-35-en
24. Mortality Rates, <https://knoema.com/atlas/Romania/Death-rate>
25. *Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. <http://globocan.iarc.fr>, accessed on

26. Ferlay J., Steliarova-Foucher E., Lortet-Tieulent J., Rosso S., Coebergh J.W.W., Comber H., Forman D., Bray F., *Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012*, Eur. J. Cancer, 2013, 49(6), 1374-1403.
27. Romanian Institute of National Statistics (2016)
28. Stjernsward J in Doyle D. at all, Oxford Textbook of Palliative Care, Oxford Univ. Press ed. 2005
29. Higginson I. Health care needs assessment: palliative and terminal care. In: Stevens A, Raftery J, editors. Health care needs assessment. Oxford: Radcliffe Medical Press; 1997. p. 1–28.
30. Romania Directory of Palliative Care Services (2016), Association of Palliative Care in Association with Hospice Casa Sperantei
31. Survey of Palliative Care Providers in Romania, (2016) undertaken by the Palliative Care Technical Group
32. Woolf S.H, Gro R., Hutchinson, H., Eccles, M. and Grimshaw, J. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines, BMJ. 1999 Feb 20; 318(7182): 527–530
33. Stjernward, J, Foley K.M., & Ferris D. The Public Health Strategy for Palliative Care, Journal of Pain and Symptom Management, Vol 33 No. 5 May 2007