**A7.2 Studiu de evaluare a acoperirii cu servicii de îngrijire de lungă durată și** **evaluarea capacității instituționale a furnizorilor de servicii**

Cuprins:

[Situația existentă 4](#_Toc84875695)

[Definiția ”îngrijirilor la domiciliu de lungă durată” 4](#_Toc84875696)

[Definiția operațională pentru îngrijirea la domiciliu de lungă durată propusă în proiect 5](#_Toc84875698)

[Sistemul de evaluare 6](#_Toc84875699)

[Concluzii privind utilizarea unei singure grile de evaluare 6](#_Toc84875700)

[Mecanismul de finanțare și raportare 8](#_Toc84875701)

[Sistemul de asistență și îngrijire medicală 8](#_Toc84875702)

[Situația existentă 10](#_Toc84875703)

[Raportul CNAS 10](#_Toc84875704)

[Regiunea Centru 11](#_Toc84875705)

[Regiunea Sud Est 11](#_Toc84875706)

[Regiunea Muntenia Sud 11](#_Toc84875707)

[Regiunea Nord Vest 11](#_Toc84875708)

[Regiunea Vest 11](#_Toc84875709)

[Regiunea Nord Est 11](#_Toc84875710)

[Regiunea Sud Vest 11](#_Toc84875711)

[Regiunea București Ilfov 11](#_Toc84875712)

[Concluzii 11](#_Toc84875713)

[Recomandări 12](#_Toc84875714)

[Studiul de caz făcut în România pentru județul Harghita 13](#_Toc84875715)

[Consecințele mecanismului de plată pe vizită 14](#_Toc84875716)

[România – numărul persoanelor care au nevoie de îngrijire la domiciliu de lungă durată și gradul de acoperire cu servicii în anul 2020 15](#_Toc84875717)

[Tabel sinoptic România privind evaluarea nevoilor de îngrijire 15](#_Toc84875718)

[Sistemul de asistență socială 17](#_Toc84875719)

[Regiunea Centru 20](#_Toc84875720)

[Regiunea Sud Est 21](#_Toc84875721)

[Regiunea Muntenia Sud 21](#_Toc84875722)

[Regiunea Nord Vest 22](#_Toc84875723)

[Regiunea Vest 23](#_Toc84875724)

[Regiunea Nord Est 23](#_Toc84875725)

[Regiunea Sud Vest 24](#_Toc84875726)

[Regiunea București Ilfov 24](#_Toc84875727)

[Tabel sintetic cu numărul de cazuri îngrijite de sistemul de asistență socială pe județe și regiuni 25](#_Toc84875728)

[Concluzii și recomandări 25](#_Toc84875729)

[Recomandări Error! Bookmark not defined.](#_Toc84875730)

[TABELE FINALE PRIVIND ACOPERIREA NEVOILOR DE îNGRIJIRE PENTRU PERSOANELE îN VâRSTă DEPENDENTE 27](#_Toc84875731)

[Regiunea Centru 27](#_Toc84875732)

[Regiunea Sud Est 27](#_Toc84875733)

[Regiunea Muntenia Sud 28](#_Toc84875734)

[Regiunea Nord Vest 29](#_Toc84875735)

[Regiunea Sud Vest Oltenia 30](#_Toc84875736)

[Regiunea VEST 30](#_Toc84875737)

[Regiunea NORD EST 31](#_Toc84875738)

[Regiunea BUCURESTI ILFOV 31](#_Toc84875739)

[RECOMANDĂRI Error! Bookmark not defined.](#_Toc84875740)

# **Situația existentă**

## Definiția ”îngrijirilor la domiciliu de lungă durată”

În Raportul de țară OECD din 2020 privind România[[1]](#footnote-1) este prezentată situația serviciilor de îngrijire de lungă durată:

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

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

Este important să avem un **reper comun** când discutăm despre termenul de ”îngrijire la domiciliu de lungă durată”. Aceasta definiție odată agreată va duce la o înțelegere comună a conceptului și astfel a politicilor care ar trebui puse în practică. Nu în ultimul rând, **o definiție va duce la o înțelegere comună a termenului de către finanțatori, furnizori de servicii și beneficiari ai acestora.**

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

1. Toate definițiile au subliniat faptul că **îngrijirile la domiciliu de lungă durată sunt servicii integrate formate din servicii medicale și sociale,** care ar trebui să fie oferite într-o modalitate coerentă în funcție de **nevoile** pacientului.
2. **Îngrijirile medicale la domiciliu** includ: servicii medicale, administrarea de medicație și aplicarea de dispozitive medicale, servicii de kinetoterapie etc;
3. Serviciile sociale de îngrijire la domiciliu sunt servicii de suport pentru:

a) **activităţi de bază ale vieţii zilnice**, în principal: asigurarea igienei corporale, îmbrăcare şi dezbrăcare, hrănire şi hidratare, asigurarea igienei eliminărilor, transfer şi mobilizare, deplasare în interior, comunicare;

b) **activităţi instrumentale ale vieţii zilnice**, în principal: prepararea hranei, efectuarea de cumpărături, activităţi de menaj şi spălătorie, facilitarea deplasării în exterior şi însoţire, activităţi de administrare şi gestionare a bunurilor, acompaniere şi socializa

4. Serviciile de îngrijire au nevoie să fie **continue,** **fără întreruperi**, de la o lună la alta sau chiar peste week-end.

5. Cui sunt oferite serviciile: persoanelor în vârstă dependente, persoanelor cu dizabilități

6. Perioada de furnizare a serviciilor: pentru România: serviciile sociale definesc ILD drept serviciile care se oferă mai mult de 60 zile; serviciile de sănătate/CNAS nu definesc serviciile de îngrijire de lungă durata, dar serviciile prevăzute pentru cazurile de îngrijire medicală la domiciliu se acordă pentru o durată maxim 90 zile în ultimele 11 luni.

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

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

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

Astfel, aceste servicii se caracterizează prin următoarele atribute principale:

* Serviciile atât medicale, cât și sociale sunt oferite în mod integrat prin asigurarea continuității îngrijirilor și maximizării oportunităților pentru asigurarea unui echilibru optim al îngrijirilor;
* Serviciile medicale la domiciliu vor fi acordate beneficiarului fără limitare în timp, în funcție de nevoile specifice ale acestuia;
* Serviciile pot fi organizate în diverse tipuri de servicii integrate, cu un pachet de bază minim având atât componentă medicală, cât și componentă socială;
* Serviciile sunt oferite la domiciliul persoanei sau locația desemnată de pacient drept “locul de furnizare a serviciilor de ILDD” menținând beneficiarul în cadrul personal familiar;

*Notă: Pe parcursul documentului prin termenul de “domiciliu” se înțelege inclusiv locația desemnată de pacient drept “locul de furnizare a serviciilor de ILDD”.*

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

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

- servicii **medicale de îngrijire** cum ar fi tratarea escarelor, pansamente, tratamente injectabile recomandate, tratarea durerii, asigurarea medicației și aplicarea dispozitivelor medicale, monitorizarea sănătății, prevenția terțiară, servicii **conexe actului medical** cum ar fi serviciile de kinetoterapie etc.;

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

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

**b) Facilitățile** se referă la sprijinul și îndrumarea pentru obținerea de **beneficii** și /sau **ajutoare pentru îngrijire** sau ajutoare pentru îngrijire în locuință având în vedere faptul că pacienții rareori cunosc traseul necesar a fi urmat pentru a avea acces la servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale sau servicii sociale.

# Sistemul de evaluare

Este important ca la evaluare să se aplice aceleași criterii de evaluare, fie că este vorba despre furnizarea de servicii medicale de îngrijire la domiciliu, fie că este vorba despre furnizarea de servicii sociale.

Se va avea în vedere ca la nivelul pacientului/beneficiarului și a nevoii acestuia de îngrijire să nu se separe serviciile; același pacient sau beneficiar are nevoie atât de servicii medicale, cât și de servicii sociale.

Aceeași grilă de evaluare trebuie să fie folosită atât de sistemul medical, cât și de cel social; întreaga evaluare trebuie să fie într-un singur document, fără a fi divizată între diferitele instituții finanțatoare, cum ar fi Ministerul Muncii, autoritățile locale și/sau Casele de Asigurări de Sănătate.

## Concluzii privind utilizarea unei singure grile de evaluare

În cadrul activității precedente au fost prezentate cele două grile folosite în prezent, și anume:

* **Grila Națională de Evaluare a Persoanelor Vârstnice folosită de Ministerul Muncii și Autoritățile locale**

și

* **Grila ECOG** și modul în care aceste grile pot fi unificate și avut o singură grilă comună de evaluare.

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

* La externarea din spital sau în cadrul consultației medicale la nivelul asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru speialitățile clinice respectiv la nivelul medicului de familie, pacienții primesc recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu folosindu-se statusul de performanţă (pentru uşurinţa expunerii vom folosi în continuare termenul generic de „grilă”) ECOG 3 și ECOG 4;
* De multe ori, aceste persoane au nevoi complexe și au nevoie de ajutor pe o perioadă mai mare decât maximumul de 90 zile în ultimele 11 luni, pe care îl poate deconta Casa de Asigurări de Sănătate, astfel că pot solicita și servicii din partea Autorităților Publice Locale, unde evaluarea este făcută cu grila de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice (HG nr. 886/2000).
* Astfel o **validare a corespondenței acestor grile este făcută zilnic** pe sutele de cazuri existente la nivelul furnizorilor de servicii de îngrijire de lungă durată.
* Utilizarea unei grile comune este importantă pentru a facilita un demers comun, integrat din punct de vedere social și medical față de un pacient
* Utilizarea unei grile comune este importantă și pentru a debirocratiza serviciile de Îngrijiri la Domiciliu de Lungă Durată (de exemplu, există furnizori atât de îngrijiri medicale la domiciliu cât și de servicii sociale care în prezent folosesc ambele grile)
* Deși este denumită Grila de Evaluare a Nevoilor Persoanelor Vârstnice pentru ca a fost implementată ca urmare a punerii în aplicare a prevederilor Legii nr. 17/2000 privind protecția persoanelor vârstnice, grila este aplicabilă și adulților tineri, fie că sunt externați din spital sau sunt îngrijiți la domiciliu;
* Se propune utilizarea pentru această grilă comună ce va fi utilizată atât în sistemul medical cât și în sistemul social a termenului operațional: ”Grila de Evaluare a Dependenței” (GED);
* Grila pentru Evaluarea Nevoilor Persoanelor Vârstnice nu urmărește neapărat partea “socială” la fel cum ECOG nu urmărește neapărat partea “medicală”. **Ambele urmăresc să descrie cât mai exact gradul de dependență a persoanei în cauză;**
* Grila de Evaluare a Nevoilor Persoanelor Vârstnice este complexă și practic include și toate elementele aparținând Grilei ECOG;
* Într-un studiu comparativ între Grila de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice și Noua Grila de evaluare a dependenței din Germania folosită pentru îngrijirea de lungă durată, s-a demonstrat ca aceste grile sunt asemănătoare conținând aceleași elemente de bază în evaluarea dependenței, putând fi folosite pentru evaluarea persoanelor cu diferite grade de dependență, putând fi cuantificate pe baza unor criterii și note.

Așadar rezultă următoarele:

* Grila de Evaluare a Nevoilor Persoanelor Vârstnice (adulților) este o grilă care este similară altor grile de la nivel European, **o grilă de evaluare a dependenței**, **care poate fi folosită și la nivelul sistemului de sănătate**, **putând înlocui/substitui Grila de status ECOG, întrucât o cuprinde în cadrul criteriilor sale.**

Este posibil ca unele dificultăți în acceptarea acestei grile ca o grilă unică să fie determinate de aparenta ei complexitate față de grila ECOG. Acest fapt face mai evidentă necesitatea dezvoltării unui program de training privind grila și criteriile de evaluare îngrijire de lungă durată în cadrul unui program mai larg de îngrijire la domiciliu de lungă durată.

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

* Contractul-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate (aprobat prin Hotărâre a Guvernului) precum și în Normele sale de aplicare (aprobate prin Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate)
* Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, și a normelor metodologice privind implementarea acestora
* Anexele nr. 1-11 la Ordinul ministrului sănătății nr. 253/2018 pentru aprobarea Regulamentului de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative din 23.02.2018
* Anexele nr. 1-20 la Ordinul ministrului sănătății nr. 219/2021 privind aprobarea ghidurilor de practică medicală pentru specialitatea hematologie, din 23.02.2021 - Ministerul Sănătății
* Anexele nr. 1 și 2 la Ordinul nr. 564/499/2021 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, și a normelor metodologice privind implementarea acestoraGhidul de tratament al carcinoamelor colorectale din 02.09.2009
* Ordinul nr. 1524/2009 privind aprobarea ghidurilor clinice pentru obstetrică-ginecologie
* Anexa la Hotărârea Guvernului nr. 155/2011 pentru aprobarea criteriilor și normelor de diagnostic clinic, diagnostic funcțional și de evaluare a capacității de muncă pe baza cărora se face încadrarea în gradele I, II și III de invaliditate - Guvernul României
* Criteriile și norme de diagnostic clinic, diagnostic funcțional și de evaluare a capacității de muncă pe baza cărora se stabilește aptitudinea și încadrarea în grade de invaliditate pentru cadrele militare, soldații și gradații voluntari, polițiștii și funcționarii publici cu statut special din sistemul administrației penitenciare din 25.01.2012 - Guvernul României.

Astfel, În funcţie de statusul de performanţă ECOG, bolnavul poate fi:

 a) incapabil să desfăşoare activităţi casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă şi/sau alimentaţie şi/sau mobilizare) - statusul de performanţă ECOG 3;

 b) complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentaţie, mobilizare) - statusul de performanţă ECOG 4.

## Sistemul de asistenta și îngrijire medicală

* Bugetul alocat pentru îngrijiri medicale la domiciliu variază de la o Casă județeană de sănătate la alta. Iata de exemplu creditele de angajament alocate CAS, conform ultimei file de buget în 2021:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | *mii lei* |  |  |  |
| **NR. CRT** |  | **CASA DE ASIGURARI DE SANATATE** | **CREDITE DE ANGAJAMENT ALOCATE AN 2021** | **NR. CRT** | **CASA DE ASIGURARI DE SANATATE** | **CREDITE DE ANGAJAMENT ALOCATE AN 2021** |
| 1 |  | ALBA | 1,428.00 | 23 | IALOMITA | 376.00 |
| 2 |  | ARAD | 778.00 | 24 | IASI | 5,277.00 |
| 3 |  | ARGES | 500.00 | 25 | MARAMURES | 3,361.00 |
| 4 |  | BACAU | 962.00 | 26 | MEHEDINTI | 117.00 |
| 5 |  | BIHOR | 879.00 | 27 | MURES | 551.00 |
| 6 |  | BISTRITA | 742.00 | 28 | NEAMT | 355.00 |
| 7 |  | BOTOSANI | 0.00 | 29 | OLT | 773.00 |
| 8 |  | BRASOV | 703.00 | 30 | PRAHOVA | 1,020.00 |
| 9 |  | BRAILA | 1,139.00 | 31 | SATU - MARE | 552.00 |
| 10 |  | BUZAU | 539.00 | 32 | SALAJ | 34.00 |
| 11 |  | CARAS  | 0.00 | 33 | SIBIU | 403.00 |
| 12 |  | CALARASI | 1,364.00 | 34 | SUCEAVA | 306.00 |
| 13 |  | CLUJ | 1,649.00 | 35 | TELEORMAN | 0.00 |
| 14 |  | CONSTANTA | 36.00 | 36 | TIMIS | 702.00 |
| 15 |  | COVASNA | 140.00 | 37 | TULCEA | 0.00 |
| 16 |  | DAMBOVITA | 1,462.00 | 38 | VASLUI | 708.00 |
| 17 |  | DOLJ | 623.00 | 39 | VALCEA | 376.00 |
| 18 |  | GALATI | 2,296.00 | 40 | VRANCEA | 109.00 |
| 19 |  | GIURGIU | 0.00 | 41 | BUCURESTI | 6,114.00 |
| 20 |  | GORJ | 430.00 | 42 | ILFOV | 1,222.00 |
| 21 |  | HARGHITA | 1,804.00 | 43 | AOPSNAJ | 151.71 |
| 22 |  | HUNEDOARA | 56.00 | 44 | CNAS | 0.00 |
| 23 |  |  |  | 45 | RETINERE | 0.00 |
|  |  |  |  |  | TOTAL GENERAL | 40,037.71 |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Îngrijiri medicale la domiciliu bugete alocate 2021**

*NB*

*În aceeaşi sumă sunt cuprinse atât îngrijirile medicale la domiciliu, cât şi îngrijirile paliative la domiciliu. La nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate în funcţie de tipul furnizorilor de servicii medicale care intenţionează să încheie contract cu casa de asigurari de sănătate şi nevoia de servicii pe fiecare tip identificată se împarte bugetul pentru îngrijiri medicale la domiciliu respective pentru îngrijiri paliative la domiciliu.*

* Evaluarea cazurilor se face utilizând Statusul de performanță ECOG sau Grila ECOG și sunt finanțate cazurile care sunt cuantificate în grila de evaluare la nivelul ECOG 3 sau ECOG 4.
* La nivelul sistemului de sanătate, serviciile de îngrijiri la domiciliu sunt contractate de către Casele de Asigurări de Sănătate cu Furnizori/echipe de profesioniști, valoarea de contract fiind calculată în funcție de capacitatea fiecărui furnizor de a furniza servicii de îngrijiri medicale la domiciliu pe baza programului personalului care își desfășoară activitatea la furnizor, precum și în funcție de bugetul alocat la nivelul Casei de Asigurări de Sănătate pentru acest segment de asistență, iar decontarea serviciilor de către CAS pentru serviciile acordate pacientului se face pentru episodul de îngrijiri (un episod putând avea 15 sau 30 de zile) a cărui unitate o reprezintă ziua de îngrjiri, care în majoritatea cazurilor este reprezentată de o “vizită”.
* Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire medicală la domiciliu se obţine înmulţind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire cu tariful pe o zi de îngrijire. Tariful maximal pe o zi de îngrijiri medicale la domiciliu este de 60 lei (pentru mediul urban), respectiv 75 de lei (pentru mediul rural - peste 15 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate) pentru îngrijirile acordate asiguraţilor cu status de performanţă ECOG 4 şi tariful maximal pentru o zi de îngrijire acordat asiguraţilor cu status de performanţă ECOG 3 este de 55 lei (pentru mediul urban), respectiv 70 de lei (pentru mediul rural - peste 15 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate). În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor necesare pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu, precum şi costurile de transport la adresa declarată de asigurat unde se acordă serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu. Prin o zi de îngrijire se înţelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu conform recomandării, pentru un asigurat.

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

 Număr servicii recomandate / număr minim de servicii (4) x tariful pe zi de îngrijire

corespunzător statusului de performanţă ECOG.

* Un alt element important este faptul ca un pacient poate beneficia de un număr de maximum 90 zile (vizite) pe durata a 11 luni în mai multe etape (episoade de îngrijire). Un episod de îngrijire este de maximum 15 zile de îngrijiri, respectiv maximum 30 de zile pentru situaţiile justificate medical de către medicul care face recomandarea. Fiecare episod de îngrijire se recomandă utilizând un nou formular de recomandare. În situaţia în care, conform recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile/în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile. Un asigurat poate beneficia de 90 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu şi de 90 de zile de îngrijiri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni; numărul total de zile de îngrijiri medicale şi îngrijiri paliative la domiciliu nu poate fi mai mare de 180 de zile în ultimele 11 luni.
* Contractul si raportarea se face pe baza numărului de norme de muncă a personalului care prestează serviciile/ a numărului de zile de îngrijiri și a gradului de dependență a pacienților (ECOG 3 sau 4).

Un alt element important de menționat este faptul că în prezent, deși furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nu poate funcționa fără medic, furnizorul acordă serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu conform recomandării. În situaţia în care starea de sănătate a acestuia impune întreruperea furnizării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu, furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu nu poate face acest lucru decât cu avizul medicului care a emis recomandarea comunicat cu semnătură electronică extinsă/calificată, furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu.

## Situația existentă

### Raportul CNAS

* Rapoartele prezentate sub forma acestor tabele păstrează trasabilitatea și originea modelului de contractare și finanțare.

Mai jos, tabelele pe regiuni privind serviciile furnizate și numărul de pacienți cărora li s-au acordat servicii de îngrijire la domiciliu, conform informațiilor transmise de Casele de Asigurări de Sănătate și centralizate la nivelul CNAS:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SUD EST** | Vârsta  | **PERIOADA DE ÎNGRIJIRE** | Nr. Total de asigurați care au primit ID în 2019 |
| **BRAILA** | Până la 15 zile | 16-30 zile | 31-60 zile | * 60 zile
 |  | Procent >65 aniProcent femei (..) |
|  | ECOG 3 | ECOG 4 | ECOG 3 | ECOG 4 | ECOG 3 | ECOG 4 | ECOG 3 | ECOG 4 |  |  |
| <30  | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |  |
| 30-65 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 | 59 | 4 | 19 | 93 |  |
| >65 ani | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 | 128 | 168  | **64,12 (%>65 ani)** |
|  | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 | 59 | 44 | 147 | **262 (106)** | 40,45 (femei) |
| **BUZAU** | <30  | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |
| 30-65 | 15 | 11 | 16 | 12 | 13 | 2 | 6 | 2 | 77 |  |
| >65 ani | 28 | 34 | 32 | 40 | 15 | 17 | 9 | 6 | 181  | **69,88 (%>65 ani)** |
|  | 43 | 45 | 48 | 52 | 28 | 20 | 15 | 8 | **259 (130)** | 50,19 (femei |
| **CONSTANTA** | <30  | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |
| 30-65 |  | 1 | 1 | 1 |  | 1 | 1 | 0 | 5 |  |
| >65 ani | 5 | 1 | 1 | 4 | 4 | 4 | 1 | 0 | 20  | **80 (%>65 ani)** |
|  | 5 | 2 | 2 | 5 | 4 | 5 | 2 | 0 | **25 (16)** | 64 (femei) |
| **GALATI** | <30  | 0 | 0 | 2 | 6 |  | 2 | 4 | 7 | 22 |  |
| 30-65 | 5 | 3 | 14 | 37 | 9 | 21 | 5 | 25 | 119 |  |
| >65 ani | 49 | 34 | 82 | 157 | 70 | 104 | 46 | 98 | 640  | 82 **(%>65 ani)** |
|  | 54 | 37 | 99 | 200 | 79 | 127 | 55 | 130 | 781 (450) | 57,61(femei) |
| **TULCEA** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 0 | 0 |
| **VRANCEA** | <30  | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |  |
| 30-65 | 6 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 19 |  |
| >65 ani | 11 | 9 | 8 | 6 | 5 | 7 | 0 | 1 | 47  | 61,8**(%>65 ani)** |
|  | 17 | 14 | 10 | 9 | 7 | 9 | 0 | 1 | 76 (38) | 50 femei) |
| **SUBTOTAL****REGIUNE** |  | **117** | **98** | **159** | **266** | **129** | **218** | **116** | **286** | **1394** | **71,56 (%>65ani)****52,45 (femei)** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CENTRU** | Vârsta  | **PERIOADA DE ÎNGRIJIRE** | Nr. Total de asigurați care au primit ID în 2019 |
| **ALBA** | **Până la 15 zile** | **16-30 zile** | **31-60 zile** | * **60 zile**
 |  | Procent >65 aniProcent femei (..) |
|  | ECOG 3 | ECOG 4 | ECOG 3 | ECOG 4 | ECOG 3 | ECOG 4 | ECOG 3 | ECOG 4 |  |  |
| <30  | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 5 |  |
| 30-65 | 7 | 3 | 7 | 18 | 6 | 13 | 5 | 14 | 73 |  |
| >65 ani | 28 | 21 | 40 | 69 | 25 | 54 | 19 | 47 | 303 (79,3) | **79,3** |
|  | 36 | 24 | 47 | 87 | 31 | 69 | 25 | 62 | **382 (230)** | 60,2-femei |
| **SIBIU** | <30  | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |  |
| 30-65 | 28 | 11 | 22 | 6 | 11 | 9 | 4 | 6 | 97 |  |
| >65 ani | 89 | 84 | 54 | 50 | 24 | 26 | 10 | 9 | 346 | **77,92** |
|  | 117 | 95 | 76 | 57 | 35 | 35 | 14 | 15 | **444 (250)** | 56,3 |
| **HARGHITA**  | <30  | 1 | 1 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 |  |
| 30-65 | 45 | 1 | 61 | 24 | 17 | 9 | 15 | 12 | 184 |  |
| >65 ani | 107 | 44 | 150 | 150 | 27 | 36 | 10 | 10 | 524 | **72,77** |
|  | 153 | 46 | 211 | 174 | 44 | 45 | 25 | 22 | **720 (390)** | 54,16 |
| **COVASNA** | <30  | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |
| 30-65 | 1 | 1 | 5 | 7 | 1 | 0 | 1 | 1 | 12 |  |
| >65 ani | 2 | 1 | 8 | 21 | 0 | 6 | 4 | 4 | 46 | **79,3** |
|  | 3 | 2 | 13 | 28 | 1 | 6 | 5 | 5 | **58 (31)** | 53,44 |
| **BRASOV** | <30  | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 3 |  |
| 30-65 | 3 | 3 | 9 | 5 | 3 | 5 | 1 | 1 | 30 |  |
| >65 ani | 11 | 16 | 30 | 36 | 21 | 27 | 7 | 18 | 166 | **83,41** |
|  | 15 | 19 | 39 | 41 | 24 | 33 | 8 | 20 | **199 (123)** | 61,8 |
| **MURES** | <30  | 5 | 9 | 4 | 3 |  | 1 | 1 |  | 23 |  |
| 30-65 | 7 | 7 | 7 | 3 | 10 | 10 |  | 3 | 47 |  |
| >65 ani |  |  |  |  | 12 | 30 | 38 | 179 | 259 | **78,72** |
|  | 12 | 16 | 11 | 6 | 22 | 41 | 39 | 182 | **329 (135)** | 41,03 |
| **SUBTOTAL****REGIUNE** |  | 336 | 202 | 397 | 393 | 157 | 229 | 116 | 306 | **2132** | **78,57>65ani****54,48-femei** |
| **MUNTENIA****SUD** | Vârsta  | **PERIOADA DE ÎNGRIJIRE** | Nr. Total de asigurați care au primit ID în 2019 |
| **ARGES** | Până la 15 zile | 16-30 zile | 31-60 zile | * 60
 |  | Procent > 65aniProcent femei  |
|  | ECOG 3 | ECOG 4 | ECOG 3 | ECOG 4 | ECOG 3 | ECOG 4 | ECOG 3 | ECOG 4 |  |  |
| <30  | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 |  |
| 30-65 | 4 | 5 | 9 | 14 | 3 | 7 | 2 | 2 | 46 |  |
| >65 ani | 10 | 22 | 18 | 56 | 11 | 35 | 2 | 21 | 175 | **78,47 > 65ani** |
|  | 14 | 27 | 27 | 70 | 14 | 43 | 4 | 24 | **223 (106)** | 47,53 (femei |
| **CALARASI** | <30  | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 4 |  |
| 30-65 | 0 | 0 | 45 | 30 | 16 | 15 | 10 | 8 | 124 |  |
| >65 ani | 3 | 0 | 119 | 122 | 35 | 46 | 17 | 41 | 383 | **74,36 >65 ani** |
|  | 3 | 0 | 164 | 155 | 51 | 63 | 29 | 49 | **515 (247)** | 47,99 femei |
| **DAMBOVITA** | <30  | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |
| 30-65 | 4 | 6 | 22 | 33 | 5 | 24 | 10 | 8 | 102 |  |
| >65 ani | 14 | 27 | 79 | 142 | 21 | 102 | 19 | 51 | 455 | **79,68>65 ani** |
|  | 18 | 33 | 101 | 175 | 26 | 126 | 31 | 63 | **571 (340)** | 59,54 femei |
| **GIURGIU** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |
| **IALOMITA** | <30  | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |  |
| 30-65 | 4 | 5 | 0 | 5 | 0 | 4 | 0 | 3 | 21 |  |
| >65 ani | 7 | 20 | 8 | 27 | 6 | 11 | 3 | 11 | 93 | **80,86>65 ani** |
|  | 11 | 25 | 8 | 33 | 6 | 15 | 3 | 14 | **115 (75)** | 65,21 femei |
| **PRAHOVA** | <30  | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 7 | 1 | 6 | 21 |  |
| 30-65 | 20 | 25 | 18 | 29 | 12 | 17 | 7 | 15 | 143 |  |
| >65 ani | 43 | 96 | 42 | 111 | 30 | 56 | 10 | 33 | 421 | **71,96>65 ani** |
|  | 64 | 123 | 61 | 142 | 43 | 80 | 18 | 54 | **585 (290)** | 49,57 (femei) |
| **TELEORMAN** |  | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 0 |  |
| **SUBTOTAL****REGIUNE** |  | **110** | **208** | **361** | **575** | **140** | **327** | **85** | **204** | **2010** | **77,06>65 ani****53,96 femei** |
| **NORD VEST** | Vârsta  | **PERIOADA DE ÎNGRIJIRE** | Nr. Total de asigurați care au primit ID în 2019 |
| **BIHOR** | Până la 15 zile | 16-30 zile | 31-60 zile | * 60 zile
 |  | Procent > 65aniProcent femei  |
|  | ECOG 3 | ECOG 4 | ECOG 3 | ECOG 4 | ECOG 3 | ECOG 4 | ECOG 3 | ECOG 4 |  |  |
| <30  | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 |  |
| 30-65 | 6 | 5 | 8 | 9 | 3 | 6 | 6 | 6 | 49 |  |
| >65 ani | 21 | 14 | 25 | 33 | 12 | 20 | 10 | 21 | 156 | **75** |
|  | 27 | 19 | 34 | 42 | 15 | 28 | 16 | 27 | **208 (124)** | 59,61 |
| **BISTRITA NASAUD** | <30  | 0 | 2 | 1 | 3 | 0 | 4 | 1 | 1 | 15 |  |
| 30-65 | 12 | 10 | 11 | 13 | 7 | 11 | 1 | 5 | 60 |  |
| >65 ani | 23 | 30 | 31 | 59 | 17 | 54 | 12 | 22 | 238 | **73,68** |
|  | 35 | 42 | 43 | 75 | 24 | 59 | 14 | 31 | **323 (165)** | 51,08 |
| **CLUJ** | <30  | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 2 | 0 | 3 | 8 |  |
| 30-65 | 22 | 41 | 10 | 31 | 18 | 20 | 6 | 15 | 163 |  |
| >65 ani | 68 | 147 | 54 | 121 | 34 | 93 | 10 | 57 | 584 | **77,35** |
|  | 90 | 188 | 64 | 154 | 53 | 115 | 16 | 75 | **755 (410)** | 54,30 |
| **MARAMURES** | <30  | 4 | 2 | 4 | 6 | 2 | 11 | 0 | 7 | 36 |  |
| 30-65 | 12 | 12 | 16 | 23 | 14 | 16 | 4 | 15 | 112 |  |
| >65 ani | 74 | 95 | 77 | 119 | 82 | 76 | 46 | 73 | **642** | **74,82** |
|  | 103 | 119 | 104 | 160 | 106 | 110 | 53 | 103 | 858 (483) | 56,29 |
| **SATU MARE** | <30  | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 1 | 5 |  |
| 30-65 | 0 | 3 | 10 | 17 | 2 | 8 | 5 | 8 | 53 |  |
| >65 ani | 12 | 8 | 38 | 51 | 11 | 34 | 11 | 26 | 198 | **77,34** |
|  | 9 | 11 | 48 | 80 | 13 | 44 | 16 | 35 | **256 (161)** | 62,89 |
| **SALAJ** | <30  | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |  |
| 30-65 | 3 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 |  |
| >65 ani | 14 | 10 | 8 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 33 | **82,5** |
|  | 17 | 10 | 10 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | **40 (21)** | 52,5  |
| **SUBTOTAL****REGIUNE** |  | **281** | **389** | **303** | **513** | **211** | **356** | **115** | **271** | **2439** | **76,78 >65ani****61,11 femei** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **VEST** | Vârsta  | **PERIOADA DE ÎNGRIJIRE** | Nr. Total de asigurați care au primit ID în 2019 |  |
| **ARAD** | Până la 15 zile | 16-30 zile | 31-60 zile | * 60 zile
 |  | Procent > 65aniProcent femei |
|  | ECOG 3 | ECOG 4 | ECOG 3 | ECOG 4 | ECOG 3 | ECOG 4 | ECOG 3 | ECOG 4 |  |  |
| <30  | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |  |
| 30-65 | 57 | 28 | 30 | 14 | 9 | 3 | 3 | 1 | 145 |  |
| >65 ani | 205 | 138 | 112 | 67 | 18 | 32 | 3 | 12 | 587 | 79,86 |
|  | 262 | 167 | 142 | 83 | 27 | 35 | 6 | 13 | 735 (374) | 50.88 |
| **CARAS SEVERIN** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 0 | 0 |  |
| **HUNEDOARA** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 0 | 0 |  |
| **TIMIS** | <30  | 0 | 0 | 0 | 3 | 1 | 2 | 2 | 4 | 12 |  |
| 30-65 | 7 | 9 | 10 | 19 | 11 | 9 | 7 | 12 | 63 |  |
| >65 ani | 22 | 16 | 18 | 39 | 16 | 30 | 13 | 27 | 181 | 70,70 |
|  | 29 | 21 | 28 | 61 | 28 | 41 | 22 | 31 | 256 (134) | 52,34 |
| **SUBTOTAL****REGIUNE** |  | **291** | **188** | **170** | **144** | **55** | **76** | **28** | **44** | **991** | **75,28>65 ani****51,61 femei** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NORD EST** | Vârsta  | **PERIOADA DE ÎNGRIJIRE** | Nr. Total de asigurați care au primit ID în 2019 |
| **SUCEAVA** | Până la 15 zile | 16-30 zile | 31-60 zile | * 60 zile
 |  | Procent > 65aniProcent femei |
|  | ECOG 3 | ECOG 4 | ECOG 3 | ECOG 4 | ECOG 3 | ECOG 4 | ECOG 3 | ECOG 4 |  |  |
| <30  | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |  |
| 30-65 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 6 | 11 | 10 | 34 |  |
| >65 ani | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 38 | 84 | 122 | **77,70** |
|  | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 6 | 49 | 94 | **157** (100) | 63,69 |
| **BOTOSANI** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 0 | 0 |  |
| **NEAMT** | <30  | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 8 | 0 | 2 | 12 |  |
| 30-65 | 4 | 4 | 5 | 10 | 1 | 11 | 5 | 8 | 48 |  |
| >65 ani | 6 | 26 | 4 | 21 | 12 | 23 | 4 | 11 | 107 | **64,07** |
|  | 10 | 30 | 9 | 33 | 13 | 42 | 9 | 21 | **167 (86)** | 51,49 |
| **IASI** | <30  | 0 | 15 | 0 | 17 | 0 | 49 | 0 | 26 | 97 |  |
| 30-65 | 22 | 72 | 57 | 129 | 46 | 61 | 24 | 37 | 448 |  |
| >65 ani | 105 | 253 | 84 | 343 | 84 | 273 | 32 | 120 | 1494 | **73,27** |
|  | 127 | 440 | 141 | 589 | 130 | 373 | 56 | 183 | **2039** (807) | 39,57 |
| **BACAU** | <30  | 3 | 0 | 3 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 11 |  |
| 30-65 | 49 | 52 | 16 | 18 | 8 | 10 | 1 | 3 | 157 |  |
| >65 ani | 91 | 80 | 37 | 28 | 24 | 43 | 11 | 16 | 230 | **46,18** |
|  | 143 | 132 | 56 | 48 | 34 | 54 | 12 | 19 | **498 (217)** | 43,57 |
| **VASLUI** | <30  | 0 | 1 | 2 | 3 | 2 | 0 | 1 | 1 | 10 |  |
| 30-65 | 8 | 19 | 6 | 25 | 30 | 50 | 12 | 6 | 165 |  |
| >65 ani | 22 | 17 | 6 | 25 | 31 | 38 | 20 | 8 | 167 | **48,83** |
|  | 30 | 37 | 14 | 53 | 45 | 107 | 37 | 19 | **342 (95)** | 27,77 |
| **SUBTOTAL****REGIUNE** |  | **310** | **639** | **220** | **723** | **230** | **582** | **163** | **336** | **3203** | **62,01>65 ani****49,43 femei** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SUD VEST** | Vârsta  | **PERIOADA DE ÎNGRIJIRE** | Nr. Total de asigurați care au primit ID în 2019 |
| **DOLJ** | Până la 15 zile | 16-30 zile | 31-60 zile | * 60 zile
 |  | Procent > 65aniProcent femei |
|  | ECOG 3 | ECOG 4 | ECOG 3 | ECOG 4 | ECOG 3 | ECOG 4 | ECOG 3 | ECOG 4 |  |  |
| <30  | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 |  |
| 30-65 | 7 | 4 | 8 | 15 | 2 | 5 | 10 | 12 | 69 |  |
| >65 ani | 14 | 25 | 11 | 39 | 9 | 14 | 15 | 26 | 153  | **68**  |
|  | 23 | 29 | 19 | 54 | 11 | 20 | 25 | 41 | **225 (120)** | 53,33 |
| **GORJ** | <30  | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |  |
| 30-65 | 6 | 3 | 38 | 13 | 2 | 4 | 3 | 1 | 70 |  |
| >65 ani | 7 | 8 | 28 | 78 | 3 | 13 | 1 | 4 | 142 | **66,04** |
|  | 13 | 11 | 68 | 92 | 5 | 17 | 4 | 5 | **215 (121)** | 56,27 |
| **MEHEDINTI** | <30  | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |
| 30-65 | 7 | 9 | 1 | 5 | 2 | 4 | 0 | 1 | 29 |  |
| >65 ani | 5 | 27 | 9 | 41 | 3 | 13 | 0 | 8 | 106 | **78,51** |
|  | 12 | 36 | 10 | 46 | 5 | 17 | 0 | 9 | **135 (88)** | 65,18 |
| **OLT** | <30  | 0 | 1 | 1 | 3 | 0 | 6 | 0 | 4 | 15 |  |
| 30-65 | 0 | 1 | 1 | 6 | 0 | 13 | 0 | 7 | 28 |  |
| >65 ani | 2 | 36 | 7 | 78 | 6 | 67 | 3 | 12 | 213 | **83,20** |
|  | 2 | 38 | 9 | 87 | 6 | 86 | 3 | 23 | **256 (155)** | 60,54 |
| **VALCEA** | <30  | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |
| 30-65 | 2 | 0 | 3 | 7 | 1 | 2 | 0 | 2 | 17 |  |
| >65 ani | 2 | 0 | 12 | 27 | 0 | 16 | 1 | 8 | 66 | **79,51** |
|  | 4 | 0 | 15 | 34 | 1 | 18 | 1 | 10 | **83 (45)** | 54,21 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SUBTOTAL****REGIUNE** |  | **54** | **114** | **121** | **313** | **28** | **158** | **33** | **88** | **914** | **75,052>65ani****57,90 femei** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **BUCURESTI****ILFOV** | Vârsta  | **PERIOADA DE ÎNGRIJIRE** | Nr. Total de asigurați care au primit ID în 2019 |
| **BUCURESTI** **CASMB** | Până la 15 zile | 16-30 zile | 31-60 zile | * 60 zile
 |  |  |
|  | ECOG 3 | ECOG 4 | ECOG 3 | ECOG 4 | ECOG 3 | ECOG 4 | ECOG 3 | ECOG 4 |  |  |
| <30  | 1 | 0 | 14 | 9 | 4 | 4 | 4 | 10 | 46 |  |
| 30-65 | 3 | 3 | 190 | 145 | 69 | 42 | 54 | 46 | 552 |  |
| >65 ani | 18 | 22 | 576 | 575 | 369 | 341 | 289 | 271 | 2461 | 80,45 |
|  | 22 | 25 | 780 | 729 | 442 | 387 | 327 | 327 | 3059 (1847) | 60,37 |
| **ILFOV** | <30  | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 5 | 3 | 14 |  |
| 30-65 | 1 | 1 | 23 | 11 | 15 | 8 | 21 | 11 | 91 |  |
| >65 ani | 0 | 1 | 60 | 53 | 43 | 29 | 54 | 66 | 296 | 73,81 |
|  | 1 | 2 | 85 | 66 | 58 | 39 | 80 | 80 | 401 (217) | 54,11 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SUBTOTAL****REGIUNE** |  | **23** | **27** | **865** | **795** | **500** | **426** | **407** | **407** | **3460** | **77,13>65 ani****57,24 femei** |

Notă: Cei 162 de asiguraţi înscrişi la Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti nu au fost incluşi în analiza pe regiuni, având în vedere faptul că asiguraţii acestei case de asigurări de sănătate au domiciliul în diverse judeţe ale României.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OPSNAJ** | Vârsta  | **PERIOADA DE ÎNGRIJIRE** | Nr. Total de asigurați care au primit ID în 2019 |
|  | Până la 15 zile | 16-30 zile | 31-60 zile | * 60 zile
 |  |  |
|  | ECOG 3 | ECOG 4 | ECOG 3 | ECOG 4 | ECOG 3 | ECOG 4 | ECOG 3 | ECOG 4 |  |  |
| **OPSNAJ** | <30  | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |  |
| 30-65 | 2 | 1 | 13 | 15 | 6 | 2 | 3 | 2 | 44 |  |
| >65 ani | 7 | 2 | 19 | 47 | 13 | 17 | 7 | 5 | 117 |  |
|  | **9** | **3** | **32** | **62** | **19** | **20** | **10** | **7** | **162 (84)** | 72,22>65 ani |
| **SUBTOTAL****OPSNAJ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **51,1 femei** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

## Concluzii

-Dezvoltarea serviciilor de îngrijire medicală la domiciliu este inegală la nivelul întregii țări, iar o **planificare a dezvoltării acestor servicii ar trebui sa ia în calcul în primul rând planificarea la nivelul fiecărui județ**.

- Faptul că sunt finanțate doar 90 zile din 11 luni pe an demonstrează faptul că legiuitorul a destinat acest tip de îngrijire unor servicii de îngrijire postspitalicești pe durată limitată în timp. Pentru cazurile care au nevoie de îngrijire de lungă durată, observăm că acestea se limitează la un maxim de 90 zile în 11 luni pe an. Este în același timp un mesaj pentru furnizori să se orienteze către pacienți care ar avea nevoie de servicii de scurtă durată, iar sistemul actual de finanțare îi încurajează în acest sens.

**Sunt județe însă, precum: Tulcea, Giurgiu, Teleorman, Caraș Severin, Hunedoara, Botoșani, care nu au nici un furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu**. Nu ne-am propus o cercetare asupra cauzelor acestui fenomen și putem doar presupune că, fie nu a existat o experiență anterioară în acest sens, fie potențialii furnizori au considerat că nu vor putea face față cheltuielilor cu personalul și materialele și au renunțat la dezvoltarea acestei activități. Pe de altă parte, este interesant de constatat că aceste judete sunt acelea a căror populație are cea mai mare nevoie de servicii de îngrijire de lungă durată, iar eforturile furnizorilor de a dezvolta aceste servicii de îngrijire sunt fie minime, fie absente.

- La polul opus sunt județe cum este Iași, Galați, Harghita, Maramureș cu servicii medicale de îngrijiri la domicliu foarte consistente comparativ cu restul celorlalte județe.

-O întrebare se ridică: care este motivația furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu, succesul lor în dezvoltarea acestor servicii în cazul judetelor enumerate mai sus și lipsa totală a acesteia în alte județe? Care este cheia succesului pentru acești furnizori care sunt atât de bine sustinuți de către Casa Județeană de Asigurări de Sănătate? Aceasta ar putea fi o lecție învățată și pentru alți furnizori de servicii de îngrijire de lungă durată care au personal și infrastructură, dar nu au suficientă finanțare din partea CAS. Care ar fi lecția pe care aceste CAS județene ar trebui să o împărtășească cu celelalte Case de Asigurări de Sănătate din țară, mai ales cu cele care au o bună capacitate privind furnizorii, dar au o finanțare redusă din partea CAS?

- Cazuri în îngrijire de lungă durată. Numărul cazurilor care au primit servicii peste 60 zile din partea serviciilor medicale de îngrijiri la domiciliu este în următorul tabel:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Regiunea** | **Număr persoane care primesc >60 zile îngrijire indiferent de vârstă**  | **Nr. total de asigurați care au primit ID în 2019** |
| SUD EST | 402 | 1394 |
| CENTRU | 422 | 2132 |
| MUNTENIA SUD | 289 | 2010 |
| NORD VEST | 386 | 2439 |
| VEST | 72 | 991 |
| NORD EST | 499 | 3203 |
| SUD VEST | 121 | 914 |
| BUCURESTI ILFOV | 814 | **3460** |
| OPSNAJ | 17 | 162 |

## Recomandări

* Informarea populației, dar și a celorlați furnizori de servicii medicale privind dreptul pacienților de a primi servicii de îngrijiri la domiciliu și criteriile de acordare a acestora;
* *Prin urmare, se impune a se reglementa în actele normative viitoare departajarea îngrijirilor de lungă durată (ce necesită peste 60 de zile de îngrijiri la domiciliu), de îngrijirile de scurtă durată, post-spitalicești.*

*Recomandarea unui episod de 15 zile de îngrijiri la domiciliu este benefică pentru pacienții ce au nevoie de o scurtă perioadă de îngrijire la domiciliu după externarea din spital, în timp ce pacienții cronici cu ECOG 3 sau ECOG 4 au nevoi ce depășesc de obicei cele maxim 90 de zile de îngrijire permise conform reglementărilor actuale.*

* Schimbarea modului de evaluare si monitorizare care să fie realizată de un serviciu independent; astfel va putea fi evitată suspiciunea de fraudă a CAS cu privire la activitatea furnizorilor;
* Schimbarea grilei de evaluare ECOG 3 si ECOG 4 **cu o grilă comună medico-sociala bazată pe grade de dependență (vezi A7.1).** Acest lucru ar duce la o nouă paradigma unde am vorbi despre “număr de pacienți îngrijiți aflați în diferite grade de dependență” și nu “număr de norme” care dau “un număr maxim posibil de vizite”.
* Centralizarea cazurilor la nivelul CAS sa fie facută pe furnizor/pe număr de cazuri/ pe grad de dependență pentru a diferenția clar cazurile de lungă durată de cele de scurtă durată.
* Un sistem de decontare a serviciilor care să urmarească pacientul și nevoile sale; prin actualul sistem de plată care tintește mai ales cazurile de îngrijire de scurtă durata nu putem aprecia cât de folositor este acest serviciu pentru pacienți sau pentru sistemul de sănătate, dacă de exemplu este util pentru că:
	+ - un spital să poată scădea numărul de zile de internare pe anumite secții
		- cei care odată îngrijiți acasă nu mai ocupă un loc în spital
* Este important să se evalueze **care este rolul/impactul serviciilor de îngrijire la domiciliu de lungă durată în sistemul de sănătate**. Cu cât acest fapt va fi mai vizibil și mai clar cu atât va fi mai evidentă pentru decidenții de la nivelul Ministerului Sănătății și al CNAS necesitatea de a sprijini dezvoltarea serviciilor de îngrijire la domiciliu de lungă durată.

Studiul de caz făcut în România pentru județul Harghita*, care în 2016 avea o populație de aproximativ 300.000 persoane dintre care 16% peste 65 de ani, arată că în anul 2016 au fost îngrijite 5100 persoane vârstnice dependente de către o echipă de 150 persone (asistenți medicali, îngrijitori la domiciliu, medici), costurile totale ale serviciilor fiind de 5.700.000 lei;*

*Analiza numărului de internări în spitale a populației peste 65 de ani din județul Harghita arată pentru același an 2016 o scădere a numărului de internări în spitale (spitalizări evitabile) și o economie de aprox 3 mil lei într-un an de zile,*

*Conform estimărilor date atât din practicile locale (județul Harghita), dar și a stării de dependență în țările Europene, România are in prezent aprox* ***300.000*** *persoane vârstnice dependente ce necesită îngrijiri;*

*Dezvoltarea de servicii pentru aceste 300.000 persoane vârstnice dependente ar crea un numar aprox de 9.000 locuri de muncă în domeniul îngrijirilor de lungă durată medico-sociale, bugetul necesar fiind de ordinul a 600 milioane lei (dacă se lucrează interdisciplinar și se ajustează costurile unitare practicate în medie de către furnizorul de servicii din județul Harghita cu inflația și creșterea salarială a asistentelor medicale);*

Recomandarea puternică de a avea un sistem de plată pe caz pe grad de dependență, pacientul urmând o recomandare a unui evaluator care să fie cat mai apropiat persoanei aflate în nevoie: acesta poate fi medicul de familie, asistentul social, asistenta medicală comunitară etc.

Problema cea mai mare în momentul de față este reprezentată de cazurile grave cu persoane în vârstă dependente din mediul rural, pentru care este necesară o soluție rapidă pentru a facilita accesul la serviciile de îngrijire.

Cu cât evaluarea și recomandarea de îngrijire vin din partea medicilor cu grade înalte de specializare, cu atât șansa acestor persoane cu grade avansate de dependență din mediul rural de a avea access la servicii de îngrijire la domiciliu va fi mai mică, iar sistemul va continua să îngrijească în cea mai mare parte cazuri care au nevoie de perioade scurte de îngrijire postspitalicesti.

Contractul care se va face cu furnizorii ar trebui să includă un număr de minim 15-20% din cazuri care sunt cazuri cronice cu grad avansat de dependență. Acest mix de cazuri va influența comportamentul furnizorilor care vor fi astfel nevoiți sa preia și cazuri “grele” și vor trebui sa evite selecția doar a cazurilor scurte și bine plătite.

Acest mod de plată va elimina:

* + Suspiciunea CAS privind cazurile din ”zona gri” care nu mai au nevoie de servicii de îngrijire la domiciliu, dar mai primesc zile de îngrijire;
	+ Numărul de cazuri multe și de scurtă durată preferate de furnizori în locul unor cazuri clare țintite care să fie calibrate pe nevoia pacienților;
	+ Nu în ultimul rând modelul propus, departe de a fi “perfect” este cel mai aproape de pacient și este unul din modelele europene de plată pentru furnizori recunoscute pentru ca dau o bună valoare a utilizării banului public în sistemul de sănătate.

# **Consecințele mecanismului de plată pe zi de îngrijire**

***Consecințele acestui mecanism de plată*** *care are o bună intenție și dorește stoparea raportărilor nenecesare pot fi următoarele:*

 *În primul rând plecăm de la ideea că un furnizor este determinat și chiar dorește să ofere servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și le consideră o parte necesară pentru beneficiarii din comunitatea lui. Această dorință/determinare de a furniza servicii medicale de îngrijiri la domiciliu va avea unele urmări în comportamentul furnizorului.*

*Acest sistem de plată pe zi de îngrijire creează pe de altă parte un mecanism de supraviețuire al furnizorilor; va fi evident că doar din aceste servicii care să se bazeze pe “acoperirea nevoii beneficiarilor” și plata serviciilor care să acopere nevoile nu se va putea “trăi”. Cu alte cuvinte dacă vor fi furnizate servicii către pacienții* ***care vin la rând,*** *fără o selecție, va fi un mixaj de cazuri “grele” care necesită chiar pentru o perioadă scurtă de timp servicii de o intensitate mare, fie mai multe vizite în aceeași zi. Este evident că aceste costuri vor fi foarte mari și curând furnizorul se va gândi dacă poate continua așa și în ce mod.*

*Problema cea mai mare în construirea unei echipe de ID este reprezentată de menținerea personalului de specialitate (asistente medicale, kinetoterapeuti,medici). Acest lucru presupune o* ***finanțare predictibilă****,* ***sustenabilă*** *pentru că altfel profesioniștii pleacă acolo unde venitul lor este stabil și munca lor respectată.*

*Dacă nu va abandona furnizarea de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu furnizorul va începe să-și selecteze cazurile alegând pe acelea care necesită intervenții simple, scurte sau punctuale care vor fi preponderente față de cazurile cu vizite lungi sau vizite multiple. Acesta este un mecanism de supraviețuire pentru un grup de furnizori care au grijă să acopere nevoile de îngrijire în relația cu un spital sau la nivelul unei comunități.*

*Un alt comportament al furnizorilor este acela de a construi echipe mici cu 1 normă medic și 1-2 normă de asistenta medicala și a selecta doar cazurile care sunt profitabile așa cum au fost descrise mai sus.*

*Un al treilea rând de furnizori sunt cei care sunt puternic angrenați în comunitate, care au ca țintă cazurile cele mai vulnerabile din comunitate - adică exact cazurile grele de îngrijire de lungă durată - și pentru care este evident ca zilele oferite de CAS sunt doar o parte din nevoia de finanțare. Acești furnizori oferă servicii de îngrijire medico-sociale și sunt axați pe nevoia beneficiarilor de îngrijire de lungă durată și nu pe nevoia de a supraviețui organizațional din decontările făcute de Casa de Asigurări de Sănătate si astfel de a face o selectie a cazurilor ușoare si de scurtă durată.*

*Bugetele reduse în general pentru îngrijiri la domiciliu duc serviciile și furnizorii într-o zonă de impredictibilitate, iar rezultatele sunt o descurajare a furnizorilor care chiar doresc să facă aceste servicii.*

*O mare problemă este reprezentată de* ***suspiciunea*** *că aceste servicii sunt raportate ca necesare adică sunt prelungite, deși nu mai este necesar pentru pacient, ci doar pentru a acoperi costurile acțiunilor făcute anterior (este tot un mecanism de supraviețuire).*

# **România – numărul persoanelor care au nevoie de îngrijire la domiciliu de lungă durată și gradul de acoperire cu servicii în anul 2020**

**În coloana din dreapta numărul cazurilor care au nevoie de îngrijire la domiciliu.**

# Tabel sinoptic România privind evaluarea nevoilor de îngrijire

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

**În tabelul de mai sus[[2]](#footnote-2) sunt prezentate sintetic datele la nivel național privind evaluarea nevoilor persoanelor în vârstă.**

**Sunt câteva cifre fundamentale ale raportului național privind nevoia de îngrijire la domiciliu de lungă durată, care reprezintă în acelasi timp un semnal de alarmă pentru decidenții politici din sănătate și social.**

1. **220.000 persoane în nevoie pentru îngrijirea de lungă durată fiind cu diferite grade de dependență**
2. la nivel național populația de peste 65 ani a ajuns la aproximativ 19% (3.661.763 persoane)
3. Rata de dependență la nivel național a ajuns la 52,
4. În raportul cantitativ există un tabel comparativ al țărilor din UE făcut pe baza datelor EUROSTAT din 2008 privind populația peste 65 ani și raportul de dependență. În raportul din 2008 este și o proiecție a acestor date pentru 2060. În 2008, România avea 14,9% din populație peste 65 ani, o rată de dependență de 21,3 și o proiecție a ratei de dependență pentru 2060 la 65,3.

Iată că în 2021 procentul populației de peste 65 ani a ajuns deja la 19%, iar rata de dependență la 52 apropiindu-ne cu pași repezi spre cifrele preconizate pentru 2060!

* Cifrele prezintă datele județene și apoi **cumulate** cele naționale fară a avea o analiză aprofundată a situației **rurale** unde populația este formată preponderent din persoane în vârstă. Practic această prezentare “îmblânzește situația statistică”; în realitate situația persoanelor în vârstă în zonele rurale este foarte proastă din cel puțin motive și anume:
* **numărul de persoane în vârstă rămase în mediul rural este foarte mare** tinerii fiind plecați fie în orașele mari fie în alte țări.
* Infrastructură este foarte slabă: drumuri foarte proaste, iar consecință este **accesul foarte redus al acestor persoane la servicii medicale și sociale**;
* **Sistemul medical în mediul rural este inexistent în peste 200 de sate, iar cel de asistență socială pentru persoanele vârstnice este slab dezvoltat.**
* **În principal ar trebui să ne imaginăm acest tablou al îmbătrânirii demografice ca insule de populație tânără și aptă de muncă în jurul orașelor mari și a zonelor industriale (București, Prahova, Dolj, Timișoara, Cluj, Iași, Constanța) și a reședințelor de județ înconjurate de zone masive cu populație îmbătrânită în zonele rurale și orașele mici.**

Fenomenul îmbătrânirii demografice e foarte rapid, iar predicțiile făcute în 2008 pentru 2060 sunt deja atinse in 2020 în județele enumerate și în zonele rurale.

# Sistemul de asistență socială și îngrijirea la domiciliu

În cadrul sistemului de asistență socială cazurile au fost evaluate cu Grilă Națională de Evaluare a Persoanelor Vârstnice. Furnizorii sunt reprezentați de echipe medico-sociale care aparțin de DGASPC, APL, ONG-uri, iar contractul de finanțare se face **pe caz și pe grad de dependență** fiind un sistem similar cu celelalate sisteme europene de îngrijire de lungă durată.

Această **abordare către persoana și gradul său dependență** este clar orientat către beneficiarul de servicii și nevoile sale. Datele care sunt colectate de la Ministerul Muncii sunt cele care sprijină acoperirea cu servicii de îngrijire de lungă durată.

Și la nivelul CNAS **sunt plăți pentru unele cazuri care au nevoie de îngrijire de lungă durată,** dar **raportările pentru** **numărul de vizite de fac cumulat** amestecând cazurile care au necesitat puține zile de îngrijire post spital cu cele care sunt cazuri de îngrijire de lungă durată.

Similar cu serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu la nivelul serviciilor sociale există județe care au considerat că este nevoie de acest gen de îngrijire pentru persoanele în vârstă și aici intră majoritatea județelor care au servicii la domiciliu.

Sunt însă județe din zona de sud a țării cum sunt **Olt, Vâlcea, Vrancea, Gorj, Ialomița, Ilfov** **care nu au nici un beneficiar, nici un serviciu de îngrijire la domiciliu dezvoltat și finanțat prin fondurile de la nivelul Ministerului Muncii.**

La fel cum sunt multe județe care au **servicii punctuale cu un număr de 20-30 beneficiari** în tot județul: Giurgiu, Teleorman, Călărași, Argeș, Bistrița Năsăud, Sălaj, Mehedinți, Tulcea.

O particularitate în Regiunea Muntenia Sud unde sunt județe cu puține cazuri în îngrijire, dar toate sunt cazuri de îngrijire de lungă durată Argeș, Călărași, Giurgiu, la fel cum un județ vecin, Dâmbovița, are toate cazurile îngrijite declarate ca și cazuri de îngrijire de lungă durată.

Regiunea Centru este cea care are o gamă de servicii de îngrijire atât medicale, cât și sociale cu mult peste celelalate regiuni.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Județ** | **Număr de unități** | **Numărul de beneficiari** | **Încadrarea beneficiarilor unici în grade de dependență** | **Numărul de beneficiari unici care au necesitat îngrijire mai mult de 60 zile (îngrijire de lungă durată)** |
| **Beneficiari unici în timpul anului** | **Număr mediu lunar** | **Număr mediu zilnic** | **gradul I** | **gradul II** | **gradul III** |
|
| **Total** | **238** | **14,868** | **10,891** | **4,449** | **2,211** | **4,423** | **7,113** | **9,705** |
| Alba | 34 | 644 | 528 | 386 | 25 | 137 | 388 | 612 |
| Arad | 7 | 27 | 27 | 22 | 1 | 3 | 6 | 5 |
| Argeș | 2 | 45 | 26 | 16 | 4 | 17 | 22 | 45 |
| Bacău | 11 | 996 | 557 | 368 | 174 | 349 | 464 | 811 |
| Bihor | 14 | 333 | 216 | 92 | 137 | 24 | 160 | 264 |
| Bistrița-Năsăud | 3 | 62 | 55 | 22 | 7 | 12 | 33 | 28 |
| Botoșani | 2 | 202 | 160 | 135 | 0 | 105 | 85 | 202 |
| Brașov | 6 | 94 | 65 | 35 | 10 | 33 | 16 | 77 |
| Brăila | 2 | 50 | 50 | 45 | 9 | 1 | 0 | 10 |
| Buzău | 3 | 483 | 299 | 74 | 95 | 229 | 132 | 441 |
| Caraș-Severin | 4 | 226 | 226 | 128 | 5 | 65 | 156 | 226 |
| Călărași | 2 | 20 | 9 | 8 | 0 | 0 | 8 | 20 |
| Cluj | 13 | 1,814 | 939 | 245 | 435 | 461 | 918 | 678 |
| Constanța | 5 | 184 | 177 | 111 | 74 | 109 | 1 | 182 |
| Covasna | 5 | 1,433 | 1,413 | 575 | 278 | 536 | 500 | 959 |
| Dâmbovița | 1 | 84 | 7 | 1 |   | 1 | 23 | 0 |
| Dolj | 2 | 150 | 122 | 76 | 47 | 94 | 0 | 126 |
| Galați | 2 | 40 | 36 | 10 | 0 | 0 | 40 | 39 |
| Giurgiu | 2 | 35 | 31 | 28 | 35 | 0 | 0 | 35 |
| Gorj | 1 | 24 | 16 | 15 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Harghita | 5 | 2,950 | 2,060 | 72 | 154 | 756 | 2,010 | 1,650 |
| Hunedoara | 8 | 175 | 114 | 40 | 54 | 63 | 52 | 126 |
| Iași | 6 | 164 | 121 | 39 | 29 | 28 | 107 | 160 |
| Ilfov | 1 |   |   |   |   |   |   |   |
| Maramureș | 7 | 350 | 206 | 143 | 73 | 133 | 74 | 263 |
| Mehedinți | 1 | 21 | 21 | 12 | 6 | 2 | 0 | 20 |
| Municipiul București | 11 | 489 | 348 | 228 | 100 | 286 | 96 | 447 |
| Mureș | 16 | 1,715 | 1,444 | 521 | 125 | 347 | 975 | 772 |
| Neamț | 5 | 237 | 109 | 58 | 23 | 44 | 170 | 136 |
| Prahova | 3 | 10 | 10 | 10 | 10 |   |   | 0 |
| Satu Mare | 8 | 579 | 447 | 189 | 165 | 282 | 60 | 360 |
| Sălaj | 15 | 150 | 143 | 99 | 5 | 10 | 36 | 49 |
| Sibiu | 10 | 221 | 196 | 73 | 16 | 48 | 141 | 145 |
| Suceava | 6 | 316 | 235 | 211 | 67 | 135 | 84 | 289 |
| Teleorman | 1 | 33 | 29 | 20 | 6 | 10 | 4 | 33 |
| Timiș | 7 | 264 | 216 | 121 | 30 | 52 | 167 | 249 |
| Tulcea | 1 | 53 | 46 | 34 | 3 | 28 | 22 | 53 |
| Vaslui | 5 | 195 | 187 | 187 | 9 | 23 | 163 | 193 |
| Vrancea | 1 |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Iata mai jos datele prezentate in tabele:

## Regiunea Centru

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Județe** | **Nr. unități** | **Nr. beneficiari** | **Încadrarea beneficiarilor în grade de dependență** | **Nr. beneficiari cu > 60 zile (îngrijire de lungă durată)** |
| Beneficiari unici în timpul anului | Număr mediu lunar | Număr mediu zilnic | Gradul I | Gradul II | Gradul III |  |
| Alba | 34 | 644 | 528 | 386 | 25 | 137 | 388 | 612 |
| Sibiu | 10 | 221 | 196 | 73 | 16 | 48 | 141 | 145 |
| Harghita | 5 | 2,950 | 2,060 | 72 | 154 | 756 | 2,010 | 1,650 |
| Covasna | 5 | 1,433 | 1,413 | 575 | 278 | 536 | 500 | 959 |
| Brașov | 6 | 94 | 65 | 35 | 10 | 33 | 16 | 77 |
| Mureș | 16 | 1,715 | 1,444 | 521 | 125 | 347 | 975 | 772 |

## Regiunea Sud Est

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Județe** | **Nr. unități** | **Nr. beneficiari** | **Încadrarea beneficiarilor în grade de dependență** | **Nr. beneficiari cu > 60 zile (îngrijire de lungă durată)** |
| Beneficiari unici în timpul anului | Număr mediu lunar | Număr mediu zilnic | Gradul I | Gradul II | Gradul III |  |
| Brăila | 2 | 50 | 50 | 45 | 9 | 1 | 0 | 10 |
| Buzău | 3 | 483 | 299 | 74 | 95 | 229 | 132 | 441 |
| Constanța  | 5 | 184 | 177 | 111 | 74 | 109 | 1 | 182 |
| Galați | 2 | 40 | 36 | 10 | 0 | 0 | 40 | 39 |
| Tulcea  | 1 | 53 | 46 | 34 | 3 | 28 | 22 | 53 |
| Vrancea | 1 |  |  |  |  |  |  |  |

## Regiunea Muntenia Sud

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Județe** | **Nr. unități** | **Nr. beneficiari** | **Încadrarea beneficiarilor în grade de dependență** | **Nr. beneficiari cu > 60 zile (îngrijire de lungă durată)** |
| Beneficiari unici in timpul anului | Număr mediu lunar | Număr mediu zilnic | Gradul I | Gradul II | Gradul III |  |
| Argeș | 2 | 45 | 26 | 16 | 4 | 17 | 22 | 45 |
| Călărași | 2 | 20 | 9 | 8 | 0 | 0 | 8 | 20 |
| Dâmbovița | 1 | 84 | 7 | 1 |   | 1 | 23 | 0 |
| Giurgiu | 2 | 35 | 31 | 28 | 35 | 0 | 0 | 35 |
| Ialomița | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  | 0 |
| Prahova | 3 | 10 | 10 | 10 | 10 |   |   | 0 |
| Teleorman | 1 | 33 | 29 | 20 | 6 | 10 | 4 | 33 |

## Regiunea Nord Vest

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Județe** | **Nr unități** | **Nr beneficiari** | **Încadrarea beneficiarilor în grade de dependență** | **Nr beneficiari cu > 60 zile (îngrijire de lungă durată)** |
| Beneficiari unici în timpul anului | Număr mediu lunar | Număr mediu zilnic | Gradul I | Gradul II | Gradul III |  |
| Bihor | 14 | 333 | 216 | 92 | 137 | 24 | 160 | 264 |
| Bistrița Năsăud | 3 | 62 | 55 | 22 | 7 | 12 | 33 | 28 |
| Cluj | 13 | 1,814 | 939 | 245 | 435 | 461 | 918 | 678 |
| Maramureș | 7 | 350 | 206 | 143 | 73 | 133 | 74 | 263 |
| Satu Mare | 8 | 579 | 447 | 189 | 165 | 282 | 60 | 360 |
| Sălaj | 15 | 150 | 143 | 99 | 5 | 10 | 36 | 49 |

## Regiunea Vest

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Județe** | **Nr unități** | **Nr beneficiari** | **Încadrarea beneficiarilor în grade de dependență** | **Nr beneficiari cu > 60 zile (îngrijire de lungă durată)** |
| Beneficiari unici în timpul anului | Număr mediu lunar | Număr mediu zilnic | Gradul I | Gradul II | Gradul III |
| Arad  | 7 | 27 | 27 | 22 | 1 | 3 | 6 | 5 |
| Caraș Severin | 4 | 226 | 226 | 128 | 5 | 65 | 156 | 226 |
| Hunedoara | 8 | 175 | 114 | 40 | 54 | 63 | 52 | 126 |
| Timiș | 7 | 264 | 216 | 121 | 30 | 52 | 167 | 249 |

## Regiunea Nord Est

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Județe** | **Nr. unități** | **Nr. beneficiari** | **Încadrarea beneficiarilor în grade de dependență** | **Nr beneficiari cu > 60 zile (îngrijire de lungă durată)** |
| Beneficiari unici în timpul anului | Număr mediu lunar | Număr mediu zilnic | Gradul I | Gradul II | Gradul III |  |
| Suceava | 6 | 316 | 235 | 211 | 67 | 135 | 84 | 289 |
| Botoșani | 2 | 202 | 160 | 135 | 0 | 105 | 85 | 202 |
| Neamț | 5 | 237 | 109 | 58 | 23 | 44 | 170 | 136 |
| Iași | 6 | 164 | 121 | 39 | 29 | 28 | 107 | 160 |
| Bacău | 11 | 996 | 557 | 368 | 174 | 349 | 464 | 811 |
| Vaslui | 5 | 195 | 187 | 187 | 9 | 23 | 163 | 193 |

## Regiunea Sud Vest

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Județe** | **Nr unități** | **Nr. beneficiari** | **Încadrarea beneficiarilor în grade de dependență** | **Nr. beneficiari cu > 60 zile (îngrijire de lungă durată)** |
| Beneficiari unici in timpul anului | Număr mediu lunar | Număr mediu zilnic | Gradul I | Gradul II | Gradul III |  |
| Dolj | 2 | 150 | 122 | 76 | 47 | 94 | 0 | 126 |
| Gorj | 1 | 24 | 16 | 15 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Mehedinți | 1 | 21 | 21 | 12 | 6 | 2 | 0 | 20 |
| Olt | 0 | 0 |  |  |  |  |  | 0 |
| Vâlcea | 0 | 0 |  |  |  |  |  | 0 |

## Regiunea București Ilfov

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Județe** | **Nr unități** | **Nr beneficiari** | **Încadrarea beneficiarilor în grade de dependență** | **Nr beneficiari cu > 60 zile (îngrijire de lungă durată)** |
| Beneficiari unici în timpul anului | Număr mediu lunar | Număr mediu zilnic | Gradul I | Gradul II | Gradul III |  |
| București | 11 | 489 | 348 | 228 | 100 | 286 | 96 | 447 |
| Ilfov | 1 |   |   |   |   |   |   |   |

## Tabel sintetic cu numărul de cazuri îngrijite de sistemul de asistență socială prin pe județe și regiuni

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr. Cazuri | Centru | Sud Est | Munt.Sud | N.Vest | Vest | Nord Est | Sud Vest | Buc Ilfov |
| 0 |  | VN | IL |  |  |  | OT, VL | IF |
| 0-100 | BV | BR, GL, TL | AG, PH, CL, TR, DB,GR | BN, SJ | AR |  | GJ, MH |  |
| 100-500 | SB | BZ |  | BH, MM | CS, HDTM | SV, BT,NT, ISVS | DJ | B |
| 500-1000 | AB |  |  | SM |  | BC |  |  |
| 1000-2000 | CV, MS |  |  | CJ |  |  |  |  |
| >2000 | HG |  |  |  |  |  |  |  |

 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Acesta este de fapt tablelul în care avem cel mai clar numărul de persoane îngrijite pe termen lung pe județe și regiuni.

## Concluzii

* A lăsa la inițiativa județelor, a autorităților locale să dezvolte servicii de îngrijiri la domiciliu fără a avea în spate un mecanism legislativ **care să îi oblige să facă acest lucru** nu este o idee bună;
* Tabelul arată o dezvoltare slabă la nivelul țării acolo unde acest proces este lăsat la inițiativa locală: **aici sunt o mare parte a județelor care au un număr redus de servicii și sunt județe care nu au nimic sau foarte puțin deși au nevoi foarte mari.** **Ce înseamnă, de exemplu, să ai un proiect în care să îngrijești, la nivelul unui județ, un număr de 50-100 persoane când nevoia este urgentă pentru servicii de îngrijire pentru 3.500-6.000 persoane?**
* Uitându-ne la județele fruntașe vedem ca **motorul principal** care poate pune în miscare inerția autorităților sunt ONG-urile de profil (Asociația Caritas, Crucea Alb Galbenă, Fundația de Sprijin Comunitar, Filantropia Ortodoxă); din totalul furnizorilor care oferă servicii de ID 77,3% sunt furnizori privați. Acolo unde acestea există și **sunt înteleși** de autoritățile locale, acolo aceste servicii sunt foarte bine dezvoltate.
* Acolo unde acești furnizori nu există, interesul local este foarte scăzut și pe măsura ce crește nevoia, decalajele dintre județele care au servicii și cele cu servicii puține sau inexistente se adâncesc. **Cazurile care trebuie îngrijite sunt reprezentate de persoane în vârstă, singure, sărace cu grade avansate de dependență care sunt în majoritare în mediul rural. Aceste cazuri nu sunt vizibile pentru autoritățile locale, oamenii stau singuri și mor neglijați în casele lor**. Sunt și autorități locale pentru care aceste servicii sunt o prioritate, dar acestea sunt foarte puține.

# **RECOMANDĂRI**

Una din recomăndările prioritare ale studiului este modificarea legislativă prin care sistemul de asistență medicală și socială **să aibă un sistem comun de evaluare** privind îngrijirea la domiciliu de lungă durată, iar **contractele de furnizare a serviciilor să fie făcute pe caz pe grad de dependență,** rezultatul acestui demers fiind **raportarea cazurilor pe grad de dependență**, respectiv:

* Formularea de propuneri legislative care să sprijine potențialii furnizori în oraganizarea și funcționarea de servicii de îngrijire la domiciliu de lungă durată;
* Armonizarea legislației actuale între serviciile oferite în sectorul medical și cel social, ca acele cazuri care au nevoie integrată de îngrijire de lungă durată să fie preluate în mod integrat;
* O parte a finanțării serviciilor la nivelul Caselor de Asigurări de Sănătate **să fie separat dedicat serviciilor de îngrijire la domiciliu de lungă durată**, iar furnizorii de servicii medicale să fie obligati contractual să preia și cazurile grele/de lungă durată, care au nevoie de îngrijire continuă pentru luni de zile, nu doar pe cele de scurtă durată, așa cum sunt acestea în prezent;
* Îmbunatățirea sistemului de raportare a nevoilor de servicii de acest tip la nivelul fiecărui județ (prin maparea de către administrațiile locale a nevoii realizate la nivelul fiecărei comunități), pentru a se cunoaște care sunt cazurile care au nevoie de servicii limitate si cele care au nevoie de servicii de îngrijire la domiciliu de lungă durată.

# TABELE FINALE PRIVIND ACOPERIREA NEVOILOR DE ÎNGRIJIRE PENTRU PERSOANELE ÎN VÂRSTĂ DEPENDENTE

Rezultatul studiului cu cifrele privind procentul populației neacoperite se află în ultima coloană din dreapta:

## Regiunea Centru

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nr beneficiari/pacienți finantați de sistemul **medical** | Nr beneficiari finantați de sistemul **social** | **Nr total cazuri** î**ngrijite**  | Nr estimate de cazuri î**n nevoie**  | Număr de cazuri care sunt **neacoperite cu servicii de ID**  | Procentul populației ne**acoperite cu servicii de ID (%)** |
| **Regiunea Centru** | 2132 | 7057 | **9189** | **25.828** | 18771 | 72,67 |
| Alba | 382 | 644 | 1026 | 4031 | 3005 | 74,54 |
| Sibiu | 444 | 221 | 665 | 4140 | 3475 | 83,93 |
| Harghita | 720 | 2,250 | 3070 | 3334 | 364 | 10,9% |
| Covasna | 58 | 1,433 | 1491 | 2176 | 685 | 31,47 |
| Brașov | 199 | 94 | 293 | 6117 | 5824 | 95,21 |
| Mureș | 329 | 1,715 | 2044 | 6030 | 3986 | 66,10 |

## Regiunea Sud Est

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nr beneficiari/pacienți finantați de sistemul **medical** | Nr beneficiari finantați de sistemul **social** | **Nr total cazuri** î**ngrijite**  | Nr estimate de cazuri î**n nevoie**  | Număr de cazuri care sunt **neacoperite cu servicii de ID**  | Procentul populației ne**acoperite cu servicii de ID (%)** |
| REGIUNEA  | 1394 | 810 | **2204** | **28.606** | 26.402 | 92,29 |
| Brăila | 262 | 50 | 312 | 3844  | 3532 | 84,07 |
| Buzău | 259 | 483 | 742 | 5443 | 4701 | 86,36 |
| Constanța  | 25 | 184 | 209 | 7138 | 6939 | 97,21 |
| Galați | 781 | 40 | 821 | 5831 | 5010 | 85,92 |
| Tulcea  | 0 | 53 | 53 | 2337 | 2284 | 97,73 |
| Vrancea | 76 | 0 | 76 | 4013 | 3937 | 98,10 |

## Regiunea Muntenia Sud

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| REGIUNEA MUNTENIA SUD | Nr beneficiari/pacienți finantați de sistemul **medical** | Nr beneficiari finantați de sistemul **social** | **Nr total cazuri** **îngrijite**  | Nr estimate de cazuri **în nevoie**  | Număr de cazuri care sunt **neacoperite cu servicii de ID**  | Procentul populației ne**acoperite cu servicii de ID (%)** |
| REGIUNE | 2010 | 227 | **2237** | **36.447** | 34.210 | 93,86 |
| Argeș | 223 | 45 | 268 | 6908 | 6640 | 96,12 |
| Călărași | 515 | 20 | 535 | 3464 | 2929 | 84,55 |
| Dâmbovița | 571 | 84 | 655 | 5541 | 4886 | 88,17 |
| Giurgiu | 0 | 35 | 35 | 3337 | 3302 | 98,95 |
| Ialomița | 115 | 0 | 115 | 3036 | 2921 | 96,21 |
| Prahova | 585 | 10 | 595 | 8830 | 8235 | 93,26 |
| Teleorman | 0 | 33 | 33 | 5331 | 5298 | 99,38 |

## Regiunea Nord Vest

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nr beneficiari/pacienți finanțați de sistemul **medical** | Nr beneficiari finanțați de sistemul **social** | **Nr total cazuri** **îngrijite**  | Nr estimate de cazuri **în nevoie**  | Număr de cazuri care sunt **neacoperite cu servicii de ID**  | Procentul populației ne**acoperite cu servicii de ID (%)** |
| REGIUNEA  | 2439 | 3288 | **6027** | **27.109**  | 21.082 | 77,76 |
| Bihor | 208 | 333 | 541 | 5895 | 5354 | 90,82 |
| Bistrița Năsăud | 323 | 62 | 385 | 2929 | 2544 | 86,85 |
| Cluj | 755 | 1,814 | 2569 | 7685 | 5116 | 66,57 |
| Maramureș | 858 | 350 | 1208 | 4807 | 3599 | 74,86 |
| Satu Mare | 256 | 579 | 835 | 3258 | 2423 | 74,37 |
| Sălaj | 40 | 150 | 190 | 2535 | 2345 | 92,50 |

## Regiunea Sud Vest Oltenia

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Regiune județ | Nr beneficiari/pacienți finanțați de sistemul **medical** | Nr beneficiari finanțați de sistemul **social** | **Nr total cazuri** î**ngrijite**  | Nr estimate de cazuri î**n nevoie**  | Număr de cazuri care sunt **neacoperite cu servicii de ID**  | Procentul populației ne**acoperite cu servicii de ID (%)** |
| REGIUNEA | 914 | 195 | **1109** | **24.004** | 22.895 | 95,37 |
| Dolj | 225 | 150 | 375 | 7330 | 6995 | 95,42 |
| Gorj | 215 | 24 | 239 | 3447 | 3208 | 93,06 |
| Mehedinți | 135 | 21 | 156 | 3006 | 2850 | 94,81 |
| Olt | 256 | 0 | 256 | 5126 | 4870 | 95 |
| Vâlcea | 83 | 0 | 83 | 5095 | 5012 | 98,37 |

## Regiunea VEST

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Regiune județ | Nr beneficiari/pacienți finanțați de sistemul **medical** | Nr beneficiari finanțați de sistemul **social** | **Nr total cazuri** î**ngrijite**  | Nr estimate de cazuri î**n nevoie**  | Număr de cazuri care sunt **neacoperite cu servicii de ID**  | Procentul populației ne**acoperite cu servicii de ID (%)** |
| REGIUNE | 991 | 692 | **1683** | **19.721** | 18038 | 91,46 |
| Arad  | 735 | 27 | 762 | 4713 | 3951 | 83,83 |
| Caraș Severin | 0 | 226 | 226 | 3368 | 3142 | 93,28 |
| Hunedoara | 0 | 175 | 175 | 4807 | 4632 | 96,35 |
| Timiș | 256 | 264 | 520 | 6833 | 6313 | 92,38 |

## Regiunea NORD EST

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Regiune județ | Nr beneficiari/pacienți finanțați de sistemul **medical** | Nr beneficiari finanțați de sistemul **social** | **Nr total cazuri** î**ngrijite**  | Nr estimate de cazuri **in nevoie**  | Număr de cazuri care sunt **neacoperite cu servicii de ID**  | Procentul populației ne**acoperite cu servicii de ID (%)** |
| REGIUNE  | 3203 | 2110 | **5313** | **35.080** | 29.767 | 84,85 |
| Suceava | 157 | 316 | 473 | 4531 | 4058 | 89,56 |
| Botoșani | 0 | 202 | 202 | 6599 | 6397 | 96,93 |
| Neamț | 167 | 237 | 404 | 7491 | 7087 | 94,60 |
| Iași | 2039  | 164 | 2203 | 5610 | 3407 | 60,73 |
| Bacău | 498 | 996 | 1494 | 6626 | 5132 | 77,45 |
| Vaslui | 342 | 195 | 537 | 4223 | 3686 | 87,28 |

## Regiunea BUCURESTI ILFOV

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Regiune județ | Nr beneficiari/pacienți finanțați de sistemul **medical** | Nr beneficiari finanțați de sistemul **social** | **Nr total cazuri** î**ngrijite**  | Nr estimate de cazuri î**n nevoie**  | Număr de cazuri care sunt **neacoperite cu servicii de ID**  | Procentul populației ne**acoperite cu servicii de ID (%)** |
| REGIUNE | 4023 | 489 | **4512** | **23.054** | 18.943 | 82,16 |
| București | 3460  | 489 | 3710 |  19.026 | 15.316 | 80,50 |
| București OPSNAJ | 162 |  | 162 |  |  |  |
| Ilfov | 401 | 0 | 401 |  4028 | 3627 | 90,04 |

**România**

 **tabel sinoptic privind nevoia de îngrijire la domiciliu**

**și oferta de servicii**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Regiuni | Nr beneficiari/pacienți finanțați de sistemul **medical** | Nr beneficiari finanțați de sistemul **social** | **Nr total cazuri** î**ngrijite**  | Nr estimat de cazuri î**n nevoie**  | Număr de cazuri care sunt **neacoperite cu servicii de ID**  | Procentul populației ne**acoperite cu servicii de ID (%)** |
| România | 16705 | 14.868 | **31.573** | 219.849 | 188.276 | 85,63 |
| Centru | 2132 | 7057 | 9189 | 25.828 | 18.771 | 72,67 |
| SE | 1394 | 810 | 2204 | 28.606 | 24.402 | 92,29 |
| MSUD | 2010 | 227 | 2237 | 36.447 | 34.210 | 93,86 |
| NV | 2439 | 3.288 | 6027 | 27.109 | 21.082 | 77,76 |
| SV | 914 | 195 | 1109 | 24.004 | 22.895 | 95,37 |
| V | 991 | 692 | 1683 | 19.721 | 18.038 | 91,46 |
| NE | 3203 | 2110 | 5313 | 35.080 | 29.767 | 84,85 |
| Buc. Ilfov | 3622 | 489 | 4111 | 23.054 | 18.943 | 82,16 |

**Recomandări generale finale**

1. **Fenomenul dependenței este în creștere accentuată și este alarmant**
* **România este dintre țările cele mai afectate din Europa de trendul demografic european al procesului de îmbătrânire** prezentând unul din cele mai accelerate procese de îmbătrânire
* **Fiecare țară și-a ales o strategie** **pentru dezvoltarea unor servicii de îngrijire de lungă durată** pentru a veni în întîmpinarea nevoilor crescânde ale populației vârstnice
* **Majoritatea țărilor europene au început acest proces din anii ’90** și pe parcurs au îmbunătățit mecanismele de finanțare, criteriile de evaluare, au integrat serviciile și rețelele de servicii medicale și sociale
1. Estimări internaționale arată că la populația peste 65 ani, există un procent predictibil de persoane ce au nevoie de ILDD
* Estimarea facută combinând datele din literatura cu datele obtinuțe din proiectul pilot din Harghita arată că dintre persoanele de peste 65 ani **aproximativ 6% au nevoie de servicii de îngrijire la domiciliu.**
1. **Bătrânii în nevoie de ILDD sunt și săraci și în zone izolate cu acces redus la toate tipurile de servicii**
* Distribuţia geografică inegală a îmbătrânirii în România adaugă un element de complexitate în privinţa furnizării de servicii medico-sociale populaţiei vârstnice izolate: raportul de dependenţă demografică, raportul dintre populaţia cu vârsta de 65+ ani şi populaţia în vârstă de muncă, poate fi chiar de 2,5 ori mai mare în cele mai mici localităţi, comparativ cu aşezările urbane.
* O situație speciala o reprezintă categoria de cetateni în vârstă ai Romaniei cu venituri mici (sunt 1.5 milioane persoane în vârstă cu pensii sub 700 lei) reprezentând patura cea mai saracă a societății. Aceștia nu își pot permite cofinanțări consistente pentru a fi institutionalizați.

**Planificarea dezvoltării sistemului de IDLD**

1. **Dezvoltarea serviciilor de îngrijire la domiciliu de lungă durată ar trebui puse pe agenda publică fiind una din prioritățile serviciilor de asistență socială, medicală** și astfel o preocupare pentru finanțarea acestora din partea ambelor sisteme.
2. **Cadrul acestui proiect oferă o ocazie unică pentru demararea acestor servicii** și rezolvarea provocărilor pentru demararea și inițierea acestui sistem pornind de la:

-înțelegerea urgenței acestor servicii prin prisma unei nevoi uriașe din partea potențialilor beneficiari;

-înțelegerea faptului că peste 200.000 persoane au nevoie de astfel de servicii, iar un sfert dintre aceștia sunt persoane, adica peste 50.000 persoane, sunt în stadii avansate de dependență;

-înțelegerea că din datele existente vedem că acoperirea cu servicii este foarte slabă în majoritatea județelor țării și că lipsa serviciilor este în jurul cifrei de 85%, dar că marea nevoie a acestor servicii este în mediul rural, acolo unde sunt majoritatea cazurilor, iar serviciile sociale și serviciile medicale nu există sau sunt slab reprezentate.

- dezvoltarea unui sistem de îngrijire integrat medico-social care sa aibă definiții comune ale serviciilor de IDLD, grilă comună de evaluare, legislație comună care să integreze serviciile medicale cu cele sociale,

- existența unor bugete predictibile comune din partea CNAS și din partea Ministerului Muncii și autorităților locale;

Evaluarea nevoilor de îngrijire de lungă durată, acoperirea existentă cu servicii de îngrijire, alături de viitoarea lucrare privind costurile serviciilor de îngrijire pe caz pe grade de dependență sunt cei trei piloni fundamentali pe care se bazează planificarea dezvoltării acestor servicii la nivel național.

**Evaluarea capacității instituționale a furnizorilor de servicii de îngrijire la domiciliu**

În urma analizei furnizorilor existenți la nivelul întregii țări[[3]](#footnote-3) care oferă servicii sociale de îngrijire la domiciliu[[4]](#footnote-4) și care oferă servicii de îngrijire medicală la domiciliu, s-au identificat furnizorii care oferă servicii integrate, respectiv acei care oferă atât serviciile de îngrijire care presupun ajutor pentru îndeplinirea activităţilor instrumentale ale vieţii zilnice și sunt acreditați de MMPS, cât și cei care oferă servicii medicale și se află în relație contractuală cu casele județene de asigurări de sănătate.

În vederea realizării evaluării capacității furnizorilor de servicii de ID s-a realizat un chestionarul de evaluare institutională, conform Anexa nr.1, atașat prezentului document. Totodată, chestionarul s-a aflat în etapă de testare într-un județ pilot – județul Harghita, ca apoi el să fie aplicat acelor furnizori rezultați în urma analizei cantitative că oferă servicii de îngrijire la domiciliu integrate. În urma aplicării chestionarului la acești furnizori a rezultat o rată de răspuns de 65,2%. Menționăm că, prezentarea de mai jos se bazează exclusiv pe răspunsurile furnizorilor.

Răspunsurile celor intervievați sunt sintetizate în funcție de următoarele criterii: informații generale privind serviciile oferite, informații privind personalul din cadrul serviciilor oferite, managementul serviciilor, informații despre beneficiari.

* ***informații generale privind serviciile oferite***

 Majoritatea furnizorilor au confirmat că oferă servicii socio-medicale, 1 dintre furnizori oferă și alte tipuri de servicii sociale cum ar fi: centre de zi pentru copii și persoane vârstnice. Capacitatea serviciilor variază de la 30 beneficiari cărora li se oferă servicii de îngijire la domiciliu, 50 de beneficiari cărora li se oferă servicii medicale la domiciliu până la un număr de 4686 de beneficiari. Se remarcă **Asociația Caritas Alba Iulia Asistență Medical și Socială** care deservește un număr mediu de beneficiari de *4.454, în 3 dintre județele țării respectiv: Covasna, Harghita, Mureș.*

Furnizorii folosesc atât grila ECOG cât și grila de evaluare a a nevoilor persoanelor vârstnice. Exemplificăm modalitatea de folosire a celor 2 grile de către **Asociația Rămâi Acasă** **- filiala Maramureș** *”Gradul IA - 0 beneficiari, Gradul IB - 2 beneficiari, Gradul IC- 7 beneficiari, Gradul IIA- 12 beneficiari, Gradul IIB - 13 beneficiari, Gradul IIC- 20 beneficiari, Gradul IIIA- 12 beneficiari, Gradul IIIB- 9 beneficiari, Status performanta ECOG 4 - 7 pacienți, Status performanta ECOG 3 - 5 pacienți”*.

Un procent de 53,33% dintre furnizori au precizat că au o listă de așteptare cu personae care au nevoie de ID. Totalul însumat al beneficiarilor care se regăsesc pe listele de așteptare este de aproximativ 9.111, în condițiile în care serviciile oferite acoperă un total de 14.826. **Fundația Sprijin Comunitar** precizează: ”*O persoană când solicită servicii și i se răspunde că va fi pus pe lista de așteptare refuză să își mai dea datele, încearcă în altă parte, iar dacă ceilalti furnizori nu îl pot prelua se resemnează că nu are cine sa îl ajute*”.

* ***informații privind personalul din cadrul serviciilor oferite***

Personalul este raportat la capacitatea tipului de serviciu conform tabelului de mai jos:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CAPACITATE SERVICIU  | PERSONAL | RAPORT BENEFICIARI/PERSONAL | CATEGORII DE PERSONAL |
| 35 adulți cu dizabilități45 vârstnici53 CJAS | 8 CIM +3 prestări servicii9 CIM+1voluntar8 CIM +7 prestări servicii | 3,18 beneficiari/personal4,5 beneficiari/personal3,53 personal/beneficiar | 1. asistent social
2. asistent medical
3. îngrijitor
4. economist
5. medici de diferite specialități
 |
| 30 social+50 medical | 9 CIM | 8,8 beneficiari/personal | FR |
| 4686 | 227 CIM+18 voluntari | 19,12 beneficiari/personal | 1. asistent social
2. asistent medical
3. îngrijitor personae vârstnice
4. medici
 |
| 82 social+30 medical | 21 CIM | 5,33 beneficiari/personal | 1. asistent social (1)
2. asistent medical( 9)
3. îngrijitor (5)
4. medici (2)
5. Kinetoterapeuți (4)
 |
| 50 ISD+10 IMD | 16 (8 ISD si 8 IMD) | 3,75 beneficiari/personal | 1. asistent social(2)
2. asistent medical(5)
3. îngrijitor(6)
4. medici (2)
5. lucrător social (1)
 |
| 165 ISD+140 IMD | 21 CIM, 18 CPS, 3 CV | 7,3 beneficiari/personal | 1. asistent social(3)
2. asistent medical(16)
3. îngrijitor bătrâni(10)
4. medici (4)
5. Kinetoterapeuți (2)
6. Psiholog (1)
7. Coordonator servicii sociale (1)
8. Coordonator servicii sociale (1)
 |
| 125 | 11 | 11,4 beneficiari/personal | 1. asistent social(1)
2. asistent medical(4)
3. medici (1)
4. Kinetoterapeuți (1)
5. Psiholog (1)
6. Manager (1)
7. Manager calitate(1)
8. Preot ( 1-voluntar)
 |
| 300 | 20 | 15 beneficiari/personal | 1. asistent social(1)
2. asistent medical(2)
3. îngrijitor(6)
4. medici (1)
5. psiholog(1)
 |
| 1440 | 200 | 7,2 beneficiari/personal | 1. asistent social(19)
2. asistent medical(22)
3. îngrijitor batrani (26)
4. Kinetoterapeut (1)
5. Coordinator executiv ( 2)
6. Coordinator diecezan (1)
7. Director domeniu coordinator (1)
 |
| 1400 | 29 | 48,3 beneficiari/personal | 1. asistent social(2)
2. asistent medical(14)
3. îngrijitor(8)
4. medici (2)
5. Kinetoterapeut (1)
 |
| 5000 ISD+250 servicii medicale la domiciliu | 67 CIM+30 voluntari | 54,1 beneficiari/personal | 1. asistent social(3)
2. asistent medical(8)
3. îngrijitor(43)
4. medici (3)
5. Kinetoterapeut (4)
6. Psiholog (1)
7. Lucrător social(5)
 |
| 200 | 15 | 13,3 beneficiari/personal | 1. asistent social
2. asistent medical
3. îngrijitori personae vârstnice
4. medici
5. Kinetoterapeut
6. Psiholog
7. Jurist
 |
| 30 social 50 medical | 8 | 10 beneficiari/personal | 1. asistent social(1)
2. asistent medical(2)
3. îngrijitor(1)
4. medici MF (2)
5. Lucrător social(2)
 |
| 60 | 16 | 3,8 beneficiari/personal | 1. asistent social(1)
2. asistent medical(3)
3. îngrijitor(10)
4. medici (2)
 |
| 495 | 31 | 16 beneficiari/personal | 1. asistent social(1)
2. asistent medical(13)
3. îngrijitor batrani domiciliu (13)
4. medici (1)
5. Lucrător social(2)
 |

Se poate remarca o structură comună de specialități, care poate reprezenta un minim de personal care să asigure funcționarea unui serviciu de ID socio-medical la domiciliu format din primele 4 poziții din tabel (medic, asistent medical, îngrijitor și asistent social). Din tabelul de mai sus dacă aplicăm media ponderală rezultă că raportul beneficiari/angajați este de aproximativ 10 beneficiari/specialist. Angajații își desfășoară activitatea prin încheierea diferitelor forme de contracte. Spre exemplu **Asociația Marimed Îngrijiri la Domiciliu ”***angajat cu contract individual de muncă pe perioadă nedeterminată, normă întreagă, angajat cu contract individual de muncă pe perioadă determinată, fracțiune de normă, contract de prestări servicii/contract de colaborare pe o perioadă mai mică de 1 an, contract de prestări servicii/contract de colaborare pe o perioadă mai mare de 1 an***”** repartizați astfel*: ”Asistent medical generalist 3 persoane-normă întreagă, îngrijitori 10 -1 cu normă întreagă 9 contract de voluntar, medici 2 contract de colaborare, asistent social fracțiune de normă.”*

Personalul angajat în cadrul acestor servicii este evaluat și instruit periodic. Furnizorii consideră în proporție de 93,3% că structura personalului este adecvată nevoilor serviciului.

80% dintre furnizori implică în procesul de acordare a serviciilor personal voluntari de diferite specialități.

* ***managementul serviciilor oferite***

Majoritatea furnizorilor oferă servicii la nivel județean (în localități aflate la peste 10 km de punctul de lucru/sediul serviciului de ID).

Serviciile funcționează având proceduri de lucru bine stabilite care prevăd modalitatea de accesare a serviciilor, de încetare a serviciilor oferite, de arhivare a documentelor, sesizări și rclamații, ș.a.

Raportările se realizează periodic și, în special către finanțator (fie că este autoritatea locală, autorități centrale-MMPS, Ministerul Justiției, CJAS, DGASPC ș.a). Rapoartele furnizate finantatorilor sunt cele stabilite în contractul incheiat cu fiecare in parte. Ele pot fi lunare, trimestriale sau anuale, existând anumite șabloane de raportare pe care furnizorii le folosesc în relație cu finanțatorii.

Așa cum precizează **Asociatia Organizatia Caritas a Diecezei Satu Mare”***cu fiecare partener/finantator se incheie contracte specifice Rapoartele furnizate finantatorilor sunt cele stabilite în contractul incheiat cu fiecare in parte. Ele pot fi lunare, trimestriale sau anuale.”*

Percepția furnizorilor privind cat de dificilă/birocratică/consumatoare de timp este raportarea, cuantificaţă de la 0 la 5 (unde 0 =nu este deloc dificila şi este puţin consumatoare de timp, 5=este extrem de dificilă şi consumatoare de timp) se poate sintetiza astfel:

**0-7%**

**1-7%**

**2-13%**

**3-33%**

**4-20%**

**5-20%**

Serviciile oferite beneficiarilor sunt cele referitoare la ABVZ și AIVZ, dar mai sunt și alte tipuri de servicii pe care furnizorii le-au identificat pentru a răspunde nevoilor identificate, respectiv: **Asociația Caritas Alba Iulia Asistență Medicală și Socială** oferă *servicii de deplasare, transport la medic, spital,* **Asociația Lumina** oferă*servicii de consiliere psiho-emotionale***, iar Societatea Națională de Cruce Roșie din România filiala Salaj** oferă *servicii**de spălătorie***. 73%** dintre furnizori au încheiate acorduri/parteneriate cu alți furnizori/instituții**.**

**93,3%** dintre furnizori colaborează cu furnizorii de servicii medicale și au o colaborare permanentă cu medicul de familie al beneficiarului pentru a asigura monitorizarea stării de sănătate a beneficiarului (sănătate psiho-somatică).

Pentru 13,3% dintre furnizori materiale, resurse umane pentru furnizarea serviciilor necesare nu sunt suficiente.

36,3% dintre furnizori au făcut modificări ca urmare a opiniilor venite din partea beneficiarilor. Modificările au constat în adaptarea programului, alocarea personalului în funcție de empatia cu beneficiarul, diversificarea serviciilor oferite (asigurarea unui mijloc de transport)

100% dintre furnizori operează un cod etic adecvat (care include un set de reguli pentru a asigura tratamentul egal al beneficiarilor fără nicio discriminare) și furnizarea de servicii sociale în interesul utilizatorului / clientului serviciului și protecția acestora.

Conducerea serviciilor este asigurată de un coordonator sau în situația **Asociației Centrul Diecezan Caritas Iași** ”s*erviciile sunt coordonate la nivel regional de o echipă pluridisciplinară”, majoritatea coordonatorilor fiind instruiți pentru acest post*.

Pentru majoritatea furnizorilor coordonarea serviciilor are în vedere Planurile anuale de dezvoltare pe termen mediu și lung (1 an, 3/5 ani), iar **Asociatia RĂMÂI ACASĂ filiala Maramureș** planurile conțin obiective pentru **”***dezvoltarea structurii de personal, asigurarea surselor de finanțare, dezvoltarea serviciilor”*

Principal modalitate de accesibilizare a clădirilor în care își desfășoară activitatea serviciile este rampa de acces.

* ***Informații despre beneficiari***

Din chestionar a reieșit că toți beneficiarii încheie un contract de furnizare servicii cu furnizorul și fiecare dintre ei are un dosar care cuprinde diverse documente de stare civilă, medicale, venituri ș.a. Totodată, toți beneficiarii primesc servicii conform evaluării nevoilor individuale și a gradelor de dependență. Planurile privind evaluarea nevoilor individuale sunt elaborate și revizuite de personalul specializat cu implicarea beneficiarului și a familiei acestuia, iar specialistul care se regăsește cel mai des cu această responsabilitate este asistentul social. Acestea cuprind, așa cum precizează **Serviciul Public de Asistență Socială Cugir,** *în planul de servicii sunt preăazute toate serviciile la care poate avea acces persoana în functie de nevoile personale identificate”.*

Aproximativ 50% dintre beneficiari nu contribuie financiar la serviciile oferite.

Beneficiarului îi sunt respectatate confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor. Beneficiarii își pot exprima percepția asupra serviciilor oferite prin chestionarele aplicate de furnizori.

**Concluzii**

**Pornind de la percepția finanțatorilor referitoare la cât de birocratică este raportarea se constată că acei furnizori care au identificat mai mulți finanțatori au percepția că raportarea este extrem de dificilă și consumatoare de timp.**

În acest sens se remarcă propunerea transmisă de **Asociația Caritas Alba Iulia Asistență Medicală și Socială** conform căreia ”*Serviciile nu sunt finanțate conform capacității de furnizare. De multe ori lista de așteptare este din cauza lipsei de finanțare. Decontarea, raportarea serviciilor către mai mulți finanțatori este o risipă mare de energie. Ar trebui o singură sursă de finanțare*.”

Unii respondenți au pus **birocrația** ca fiind, alături de **finanțare**, pe primul plan al problemelor legate de dezvoltarea IDLD.

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

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

Privind finanțarea serviciilor, unele autorități publice locale răspund inegal la cerința de a avea în comunitatea lor servicii de îngrijire pentru vârstnici în condițiile în care populația este îmbătrânită.

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

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

Astfel, modelul de a lăsa dezvoltarea serviciilor de îngrijire de lungă durată la inițiativa locală de descentralizare și responsabilizarea autorităților locale cu servicii sociale descentralizate nu face nici viața cetățeanului și nici viața furnizorilor de servicii mai ușoară.

**În cazul IDLD soluțiile propuse** de persoanele intervievate din cadrul ONG-urilor sunt:

* Bugetele pentru ILD alocate funcție de evaluarea de nevoi pe teren, procesul de identificare a cazurilor dependente; iar alocarea să fie asigurată cel puțin partial de la nivel central. Trebuie să existe o plasă de siguranță pentru cetățeanul în nevoie care este sărac, cu pensie mică și locuiește la țară în condiții similare cu cei din municipalități sau orașe.
* Primăriile “bogate” să contribuie fie cu bani, fie cu ajutor pentru transport, sediu, telefon la dezvoltarea serviciilor.
* Practic organizarea acestor servicii la nivel rural, finanțarea acestora ar trebui regândite pentru a ușura accesul persoanelor dependente la serviciile de îngrijire. Problema este cu atât mai mare cu cât migrația a făcut ca majoritatea tinerilor, a familiilor tinere să plece și să genereze lipsa ajutorului informal în familii.
1. https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2020-european\_semester\_country-report-romania\_ro.pdf [↑](#footnote-ref-1)
2. Prezentare preluata din raportul privind evaluarea de nevoi de ingrijire elaborate in cadrul activitatii A7.1. [↑](#footnote-ref-2)
3. Datele au fost prelucrate în luna octombrie 2020 folosindu-se bazele de date de la nivelul MMPS, respectiv Registrul electronic unic al serviciilor sociale și de la nivelul CNAS [↑](#footnote-ref-3)
4. Conform art.38, alin.(2) din *Legea asistenței sociale nr.292/2011, cu modificările și completările ulterioare*, ”Serviciile sociale pot funcţiona pe teritoriul României numai dacă sunt acreditate în condiţiile legii”. [↑](#footnote-ref-4)