



Analiza serviciului de îngrijiri la domiciliu în Republica Moldova

Analiza serviciului de îngrijiri la domiciliu în Republica Moldova

Grupul de autoare: Aurelia Racu
Djulieta Popescu
Elena Stempovscaia
Galina Bujor
Liliana Salcuțan
Natalia Postolachi

Concept:
Ecaterina Mardarovici, Președinta Fundației Agapedia din Moldova și
Laura Grecu, manageră în cadrul proiectului "Dezvoltarea de labo-
ratoare pentru facilitarea inovării și antreprenoriatului în îngrijirea la
domiciliu în regiunea Dunării (Laboratoare D-Care)".
Materialele sunt publicate în redacția autorilor.

Tehnoredactare/Coperta: Sergiu Mardari

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII DIN REPUBLICA MOLDOVA

Analiza serviciului de îngrijiri la domiciliu în Republica Moldova / Aurelia
Racu, Djulieta Popescu, Elena Stempovscaia [et al.]; concept: Ecaterina
Mardarovici, Laura Grecu; Fundația Agapedia din Moldova. – [Chișinău]:
Pontos, 2022 (Europres). – 64 p.: tab.

Aut. indicați pe vs. f. de tit. – Referințe bibliogr.: p. 63-64. – În red. aut. – 50 ex.
ISBN 978-9975-72-620-7.
[364.444:614.253.3](478)
A 48

Editura PONTOS str. 31 August 1989, nr. 98, MD-2004, Chișinău, Tel.: 022 232 218
Tipar executat la **Tipografia EUROPRES SRL** str. Maria Lătărețu, 32, Tel: 022 592 020

© Fundația Agapedia din Moldova, 2022

CUPRINS:

PREAMBUL	5
MULȚUMIRI	6
1. CONTEXTUL SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRI LA DDOMICILIU ÎN REPUBLICA MOLDOVA	7
1.1. Situația actuală	7
1.2. Cadrul legal privind serviciile de îngrijiri la domiciliu	8
1.3. Modele existente de Servicii de îngrijire la domiciliu	12
1.4. Statistica privind îngrijirile la domiciliu	19
1.5. Mecanismele de finanțare, costificarea a serviciilor	23
2. CERCETARE CALITATIVĂ: opinia beneficiarilor și a prestatorilor cu privire la serviciile de îngrijiri la domiciliu	26
2.1. Metodologia evaluării	26
2.2. Analiza și interpretarea rezultatelor	27
3. CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI	39
4. STUDII DE CAZ	44
4.1. STUDIU DE CAZ: Asociația „CASMED”	44
4.2. STUDIU DE CAZ: Asociația „HOMECARE”	49
4.3. STUDIU DE CAZ: Asociația „NEOUMANIST”	52
4.4. STUDIU DE CAZ: Fundația „AGAPEDIA din MOLDOVA”	56
4.5. STUDIU DE CAZ: Fundația „CARITAS MOLDOVA”	60
REFERINȚE	63

Lista abrevierilor utilizate

AMP	Asistența Medicală Primară
ANAS	Agenția Națională de Asistență Socială
AOAM	Asigurări obligatorii de asistență medicală
APL	Administrația Publică Locală
CNAM	Compania Națională de Asigurări în Medicină
CNAPSS	Consiliul Național al Prestatorilor Serviciilor Sociale
CNAS	Casa Națională de Asigurări Sociale
DASPF	Direcția de Asistență Socială și Protecție a Familiei
EMD	Echipa Multidisciplinară
FAOAM	Fondul de Asigurări obligatorii de asistență medicală
FB	Fondul de bază
ÎID	Îngrijire integrată la domiciliu
ÎMD	Îngrijire medicală la domiciliu
ÎSD	Îngrijire socială la domiciliu
MMPS	Ministerul Muncii și Protecției Sociale
MS	Ministerul Sănătății
MSMPS	Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale
ONG	Organizație neguvernamentală
PIPDESC	Pactul Internațional pentru drepturile economice, sociale și culturale
SÎD	Servicii de Îngrijiri la domiciliu
SMC	Standarde minime de calitate
STAS	Structurile teritoriale de asistență socială
URONPIC	Uniunea Asociațiilor Obștești "Rețeaua Organizațiilor Necomerciale prestatoare de îngrijiri comunitare"

Preambul

Acest document de analiză oferă o imagine de ansamblu privind situația SÎD în Republica Moldova, analizând atât cadrul normativ care asigură funcționarea SÎD, precum și nivelul de percepție al beneficiarilor de servicii de îngrijiri la domiciliu și prestatorilor din sectorul public, cât și privat.

Actualul raport a fost elaborat în urma analizei din oficiu a cadrului legislativ și normativ care reglementează Serviciul de îngrijiri la domiciliu, analizei studiilor existente în domeniul serviciilor de îngrijiri la domiciliu, îmbinând cercetările de birou cu metode de cercetare cantitative și calitative.

În urma demersurilor expediate, au fost obținute informații de la următoarele instituții de stat: Compania Națională de Asigurări în Medicină, Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, Casa Națională de Asigurări Sociale privind prestatorii publici și privați care furnizează servicii de îngrijiri la domiciliu, repartizarea geografică a vizitelor pentru serviciile medicale de îngrijiri la domiciliu, etc.

Structura raportului este constituită din patru părți. Partea 1 a raportului detaliază cadrul strategic, legislativ și metodologic aferent sectorului de servicii de îngrijiri la domiciliu, inclusiv modele existente de servicii de îngrijire la domiciliu.

Partea a 2-a se concentrează pe reflectarea rezultatelor studiului calitativ și cantitativ. Colectarea datelor s-a realizat în perioada septembrie-octombrie 2021. O serie de date, au fost colectate prin aplicarea unui chestionar semi-structurat beneficiarilor de servicii, după care au fost organizate două focus grupuri cu membrii Uniunii Asociațiilor Obștești "Rețeaua Organizațiilor Necomerciale prestatoare de îngrijiri comunitare" și prestatori publici și privați de îngrijiri la domiciliu. Evaluarea a analizat opiniile expuse de către prestatorii de servicii și beneficiari.

Partea a 3-a a raportului propune o serie de concluzii și recomandări, care vin să contribuie la îmbunătățirea sectorului de îngrijiri la domiciliu.

În cadrul celei de-a patra parte a raportului, sunt incluse 5 exemple de bune practici în domeniul îngrijirilor la domiciliu, care au fost dezvoltate de către asociații nonprofit din Republica Moldova cu sprijinul donatorilor, în baza practicilor de succes din țările Uniunii Europene, fiind adaptate la contextul Republicii Moldova.

Mulțumiri

În realizarea prezentei analize le mulțumim tuturor specialiștilor din cadrul instituțiilor publice precum Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Ministerului Sănătății, Casei Naționale de Asigurări Sociale, Companiei Naționale de Asigurări în Medicină precum și din alte instituții care ne-au furnizat datele și informația necesară pentru realizarea analizei.

Mulțumirile și aprecierile noastre se îndreaptă în mod aparte către Fundația de Binefacere Caritas Moldova, Fundația AGAPEDIA din Moldova, Asociația Obștească „CASMED”, Asociația Obștească „NEOUMANIST” și Asociația Obștească „HomeCare” care ne-au împărtășit bunele practici și au contribuit la elaborarea studiilor de caz.

Nu în ultimul rând, suntem recunoscătoare tuturor respondenților care au participat la sondaj, participanților la interviuri și focus-grupuri: beneficiarilor de servicii, prestatorilor publici și privați, membrilor Uniunii Asociațiilor Obștești „Rețeaua Organizațiilor Necomerciale prestatoare de îngrijiri comunitare” (URONPIC) pentru sugestiile și comentariile lor valoroase. Le mulțumim pentru că au împărtășit opiniile și experiențele lor.

Implicarea directă a tuturor persoanelor menționate mai sus a adus o valoare adăugată prezentei analize.

Acest document a fost elaborat în cadrul proiectului „Dezvoltarea de laboratoare pentru facilitarea inovării și antreprenoriatului în îngrijirea la domiciliu în regiunea Dunării (Laboratoare D-Care)”, cu asistența financiară a Uniunii Europene. Conținutul acestui studiu reprezintă punctul de vedere al autorilor și în nici un caz nu poate fi considerat ca reflectând poziția Uniunii Europene.

1 CONTEXTUL SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRI LA DOMICILIU ÎN REPUBLICA MOLDOVA

1.1. Situația actuală

Procesul intens de îmbătrânire globală indică că în anul 2020, circa 727 milioane de persoane de pe globul pământesc aveau vârsta de 65 ani și peste. Ponderea acestor persoane în total populație s-a majorat de la 6% în anul 1990 până la 9,3% în anul 2020, iar până în anul 2050 se estimează că aceasta va crește până la 16%.

Studiile Organizației Mondiale a Sănătății¹ relevă faptul că în Europa există o tendință de creștere a ratei persoanelor vârstnice dependente de îngrijiri și a maladiilor netransmisibile ca principală cauză a morbidității cronice și a dizabilității. O soluție pentru aceste provocări este dezvoltarea îngrijirilor la domiciliu, care reduc povara spitalizărilor inutile acute și/sau pe termen lung și conduc la eficientizarea utilizării resurselor financiare publice.

La începutul anului 2021, în Republica Moldova locuiau 584,0 mii persoane în vârstă de 60 ani și peste, ceea ce constituie 22,5% din totalul populației cu reședință obișnuită. Din numărul total al vârstnicilor, 349,5 mii persoane erau femei (sau 59,9%), fiecare a treia persoană era între 60-64 ani, iar 61,2 mii persoane (sau 10,5%) constituiau persoanele care au depășit vârsta de 80 ani. Ponderea persoanelor în vârstă de peste 60 ani este în creștere continuă. În ultimii cinci ani a crescut cel mai mult ponderea vârstnicilor din grupul de vârstă de 70-74 de ani – cu 6,0 p.p. (de la 13,0% la începutul anului 2017, până la 19,0% la începutul anului 2021). Diferențe se constată și în repartizarea pe sexe, coeficientul îmbătrânirii populației feminine la începutul anului 2021 fiind cu 6,9 p.p. mai înalt față de cel al bărbaților și a constituit 25,8% comparativ cu 18,9% în cazul bărbaților.

Schimbările socio-demografice și tendințele de mobilitate internă (urbanizarea) și externă (emigrația), duc la distrugerea grupurilor familiale mari din zonele rurale, în care generațiile mai tinere au grijă de vârstnici. De asemenea, creșterea implicării femeilor pe piața muncii în activitatea economică, care istoric și tradițional, au grijă de persoanele vârstnice din familie și de cele cu dizabilități, a dus la diminuarea implicării lor în aceste responsabilități. Astfel, membrii apti de muncă

1. WHO Europe. Home care in Europe. The solid facts. 2008. Disponibil la https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf

ai acestor familii, de obicei, pleacă, iar grija pentru rudele rămase este atribuită instituțiilor publice din sectorul social și medical.

Creșterea poverii bolilor netransmisibile, de asemenea, influențează creșterea cererii pentru îngrijiri la domiciliu. Aceasta duce la creșterea numărului persoanelor care trăiesc cu consecințele bolilor cardiovasculare, a diabetului, a bolilor cerebrovasculare, a bolilor locomotorii, a cancerului ș.a. Aceste persoane pot și trebuie să beneficieze de îngrijiri la domiciliu, asigurându-le dreptul la sănătate și oferindu-le servicii cu o abordare individualizată, ceea ce ar duce la creșterea calității vieții acestor grupuri.

Actualmente, serviciile dezvoltate, de îngrijire la domiciliu adresate persoanelor vârstnice și persoanelor cu dizabilități, nu răspund numărului de solicitări a populației, inclusiv sub aspect de calitate. Cert este, că sectorul serviciilor de îngrijiri la domiciliu pentru perioada imediat următoare este o provocare majoră pentru autoritățile statului la toate nivelele.

1.2. Cadrul legal privind serviciile de îngrijiri la domiciliu

Dreptul la asistență și protecție socială este consfințit în art. 47 al Constituției Republicii Moldova², prin care statul este obligat să ia măsuri pentru ca orice om să aibă un nivel de trai decent, care să-i asigure sănătatea și bunăstarea, lui și familiei lui, cuprinzând hrana, îmbrăcăminte, locuința, îngrijirea medicală, precum și serviciile sociale necesare. Cetățenii au dreptul la asigurare în caz de: șomaj, boală, invaliditate, văduvie, bătrânețe sau în celelalte cazuri de pierdere a mijloacelor de subzistență, în urma unor împrejurări independente de voința lor.

Legea asistenței sociale nr. 547/2003³ reglementează cadrul general al sistemului de asistență socială în Republica Moldova abordând beneficiarii sistemului în mod egal cu dreptul la asistență socială în caz de risc social - pericol pentru persoană sau familie de a fi afectată de consecințele economice negative ale pierderii potențialului fizic, statutului ocupațional sau social (boală, accident, dizabilitate, îmbătrânire, deces, maternitate, șomaj, inadaptare socială etc.).

Asistența socială pentru persoanele vârstnice se realizează prin servicii și prestații sociale. Obiectivul intervenției asistenței sociale este

de a-i sprijini pe cei aflați în dificultate să obțină condițiile necesare unei vieți decente, ajutându-i să-și dezvolte propriile capacități și competențe.

Concomitent, potrivit prevederilor Legii cu privire la serviciile sociale, nr. 123/2010⁴ funcțiile de prestare a serviciilor sociale în unitățile administrativ-teritoriale de nivelul al doilea sunt atribuite structurilor teritoriale de asistență socială (STAS), acestea avînd responsabilitatea directă privind diversificarea și prestarea serviciilor sociale orientate prioritar la menținerea beneficiarului în familia și comunitatea de unde provine.

Autoritățile administrației publice locale de nivelul întâi contribuie la dezvoltarea și prestarea serviciilor sociale în teritoriul administrat și aprobă, în conformitate cu legislația, resursele financiare necesare deși activitatea nemijlocită de prestare a serviciilor sociale este realizată de unitatea de asistență socială prin intermediul asistenților sociali și al lucrătorilor sociali, selectați și angajați în conformitate cu legislația, în conlucrare și colaborare cu alte servicii existente la nivel de comunitate.

Legea respectivă pune accent pe autoritățile publice locale de nivelul al doilea în calitate de prestator principal de servicii sociale, fiind marginalizat rolul autorităților publice locale de nivelul întâi. O altă provocare ține de lipsa unei responsabilizări clare a actorilor implicați în acest proces, în raport cu finanțarea serviciilor sociale. Volumul de finanțare a serviciilor sociale la nivel local, depinde strict de prioritățile autorităților publice locale de nivelul întâi și a autorităților publice locale de nivelul al doilea, inclusiv stabilirea priorităților în utilizarea resurselor financiare menționate.

Totodată, atât Legea asistenței sociale, cât și Legea privind serviciile sociale nu reglementează procurarea serviciilor sociale prin metoda contractării. În ambele acte normative nominalizate pot fi regăsite capitole dedicate finanțării, însă nu și contractării.

Totuși metodologia de calcul al costului Serviciului de îngrijire socială la domiciliu, reglementată de Hotărîrea Guvernului nr. 948/2020⁵ care stabilește modalitățile de calculare a costului serviciului de îngrijire la domiciliu, ar putea facilita contractarea serviciului de ÎSD de către autoritățile administrației publice de la prestatorii privați.

Chiar dacă contractarea serviciilor sociale poate fi realizată prin intermediul mai multor instrumente reglementate de alte acte normative, acest element urmează cel puțin la nivel general să fie reglementat în

2. https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=128016&lang=ro#

3. https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=107485&lang=ro

4. https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=123161&lang=ro

5. https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=124766&lang=ro

Legea asistenței sociale și în Legea privind serviciile sociale.

Concomitent, este important ca modificările care vor fi operate la legile vizate să fie corelate cu modificările care urmează a fi operate la Legea privind achizițiile publice reieșind din particularitățile specifice ale necesităților beneficiarilor, prestatorilor publici și privați de servicii sociale, inclusiv specificului sistemului integrat de servicii sociale.

Pentru persoanele cu dizabilități prin Legea nr. 60/2012 privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități⁶, statul garantează dreptul la atitudine respectuoasă și umană din partea prestatorilor de servicii din domeniul sănătății, fără nicio discriminare pe criterii de dizabilitate, dreptul la tratament și îngrijire medicală individuală, la asistență medicală pe întreg teritoriul republicii, în comunitate (la locul de trai) și în instituțiile medico-sanitare specializate în volumul și calitatea prevăzute de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

Contractarea serviciilor sociale reprezintă o provocare pentru autoritățile administrației publice locale, care prin lege sînt mandatate cu obligativitatea asigurării cu servicii sociale a persoanelor aflate în situații de dificultate

Articolul 11 din PIPDESC⁷ recunoaște „dreptul oricărei persoane la un nivel de trai suficient pentru el și familia sa, inclusiv hrană, îmbrăcăminte și locuință, precum și la îmbunătățirea continuă a condițiilor de viață.” Articolul 12 consacră „dreptul fiecăruia de a se bucura de cel mai înalt standard de sănătate fizică și mentală”. Această relație funcționează în ambele sensuri: mulți oameni în vârstă „pot cădea pradă unui cerc vicios, în care sănătatea precară generează sărăcie și sărăcia generează sănătate precară.” Pentru a realiza dreptul la sănătate, autoritățile trebuie să întreprindă măsuri pentru a preveni, trata și controla maladiile și a asigura asistență și îngrijire medicală pentru toți în eventualitatea unei maladii⁸.

Totodată, asigurarea dreptului la sănătate în rândul persoanelor vârstnice din mediu rural și mediu urban trebuie să țină cont de diferențele în nevoile de sănătate ale bărbaților și femeilor în etate, inclusiv din perspectiva accesului la sistemul de sănătate. Autoritățile ar urma să asigure asistență medicală disponibilă și accesibilă tuturor femeilor în

6. https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=126285&lang=ro

7. https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=115566&lang=ro Pactul Internațional pentru drepturile economice, sociale și culturale

8. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/657251493392758897/pdf/112339-ROMANIAN-137p-Moldova-Aging-PostDM-FINAL-translated.pdf>

vârstă, prin activități care includ eliminarea taxelor de utilizare, instruirea lucrătorilor medicali în boli geriatrice, accesul la medicamente adecvate, precum și asistență medicală și socială pe termen lung, îngrijire care permite un trai independent, precum și îngrijiri paliative .

În Republica Moldova, Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995⁹, stabilește tipurile de asistență medicală, precum și reglementează asistența medico-socială acordată persoanelor în vîrstă înaintată și persoanelor cu dizabilități.

În conformitate cu secțiunea 6 a Hotărârii Guvernului nr. Nr. 1387/2007 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală¹⁰: Serviciile medicale de îngrijiri la domiciliu la care au dreptul persoanele dependente de pat sunt acordate în mod individual de către prestatorii autorizați în conformitate cu prevederile legale în vigoare, fiind contractați de CNAM.

Prestatorii de ÎMD pot fi eligibili pentru contractare de către CNAM, numai în cazul cînd aceștia sunt autorizați și acreditați conform prevederilor legale în vigoare, pentru prestarea ÎMD și pot asigura prezența cu personal medical autorizat sau atestat, după caz, pentru efectuarea serviciilor.

Condițiile acordării serviciilor medicale de îngrijiri la domiciliu și lista manoperelor medicale necesare sunt stabilite în Normele metodologice.

P. 132 al Ordinului comun al MSMPS și CNAM nr. 596/404A din 21.07.2016 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală prevede că prestatorul efectuează îngrijiri medicale la domiciliu persoanelor cu maladii cronice în stadiu avansat și/sau după intervenții chirurgicale mari, care prezintă un anumit nivel de dependență și o capacitate limitată de a se deplasa la o instituție medico-sanitară, inclusiv îngrijiri paliative, conform recomandării medicului de familie (bilet de trimitere), inclusiv cînd ÎMD sunt recomandate de către medicii specialiști de profil.

Conform Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală¹¹, asigurarea obligatorie de asistență medicală reprezintă un sistem autonom garantat de stat de protecție financiară a populației în domeniul ocrotirii sănătății prin constituirea, pe principii de solidaritate, din contul primelor de asigurare, a unor fonduri bănești destinate pentru acoperirea cheltuielilor de tratare a stărilor condiționate de survenirea

9. https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=128014&lang=ro

10. https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=126829&lang=ro#

11. https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=128122&lang=ro#

evenimentelor asigurate (maladie sau afecțiuni). Sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală oferă cetățenilor Republicii Moldova posibilități egale în obținerea asistenței medicale oportune și calitative.

Persoanele vîrstnice (pensionarii) și persoanele cu dizabilități severe, accentuate și medii sunt asigurate de către Guvern pentru a beneficia de asistență medicală, acordate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, prevăzut în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală¹². În sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală asigurator este CNAM. Prestatorii de servicii medicale din sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală sînt prestatorii de servicii medicale publici și privați, care au încheiat contract de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) cu CNAM. Respectiv, prestatorii de servicii medicale publici și privați contractați de către CNAM pot fi în dificultate în situația în care, identifică persoane care necesită servicii de îngrijire medicală la domiciliu, dar nu fac parte din categoriile de persoane asigurate de către Guvernul Republicii Moldova și nici nu sunt asigurate individual.

1.3. Modele existente de Servicii de îngrijire la domiciliu

Modelul I. Serviciul de ÎSD

Serviciul de ÎSD, conform Nomenclatorului Serviciilor sociale¹³, este clasificat ca un serviciu social primar. Prestatorii de servicii de ÎSD sunt furnizori publici sau privați înregistrați conform legislației, cu domeniul de activitate în sfera socială și acreditați. Potrivit Regulamentului-cadru al Serviciului de ÎSD și a Standardelor minime de calitate, aprobat prin Hotărîrea Guvernului nr. 1034/2014¹⁴, dreptul la servicii de ÎSD se stabilește în baza dosarului personal al beneficiarului, criteriilor de eligibilitate ale Serviciului ÎSD, a rezultatelor obținute în urma evaluării necesităților de îngrijire a solicitantului și a recomandărilor EMD.

Prestatorul de Serviciu ÎSD public sau privat ia decizia cu privire la admiterea sau neadmiterea solicitantului, în urma examinării dosarului personal al beneficiarului completat conform Anexei nr. 4 la Regulamentul-cadru, criteriilor de eligibilitate și a recomandărilor EMD, inclusiv decide dacă solicitantul va beneficia de servicii gratuite sau contra plată.

12. https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=128122&lang=ro

13. http://old.mmps.f.gov.md/file/HG/nomenclato_serv_sociale.pdf

14. https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=125285&lang=ro

15. https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=125285&lang=ro

Persoanele vîrstnice care au atins vârsta standard de pensionare și persoanele cu dizabilități adulte, inclusiv străini, care nu au copii sau au copii majori inapți de muncă sau locuiesc separat de copiii majori apți de muncă, care conform legislației, sunt obligați să-i întrețină și să-i îngrijească, dar care, din anumite considerente justificate, nu-și pot realiza obligațiile, beneficiază de servicii gratuite. Persoanele vîrstnice și persoanele adulte cu dizabilități, care au copii majori inapți de muncă, prezintă în procesul evaluării necesităților, acte confirmative, potrivit pct. 14¹ din Anexa nr. 4 la Regulamentul-cadru menționat, pentru a beneficia de servicii gratuite.

Totodată, persoanele vîrstnice și persoanele adulte cu dizabilități care locuiesc separat de copii majori apți de muncă, dar care din considerente justificate sunt în imposibilitatea de a-și exercita obligațiile de întreținere a părinților inapți de muncă, cum ar fi: suferă de maladii incurabile, sunt în arest sau privați de libertate, satisfac serviciul militar, sunt victime a violenței în familie, sunt absenți de pe teritoriul localității sau sunt migrați peste hotarele țării, nu mențin legătura cu solicitanții de Serviciu, duc un mod dezorganizat de viață (consum de alcool, substanțe psihotrope etc), pot beneficia de servicii de ÎSD gratuite.

Lipsa suportului efectiv din partea copiilor majori apți de muncă este posibil de confirmat, conform pct. 14² din Anexa nr. 4 la Regulamentul-cadru de către autoritățile administrației publice locale de nivelul întâi, organele de ordine publică, instituțiile medicale, precum și de vecini.

Persoanele vîrstnice care au atins vârsta standard de pensionare și persoanele cu dizabilități, inclusiv străinii, ai căror copii sînt obligați, conform legislației, să-i întrețină, dar din considerente justificate nu-și pot realiza obligațiile au dreptul la servicii contra plată. Totodată, Regulamentul-cadru menționat reglementează categorii de persoane adulte, care nu sunt pensionari sau persoane cu dizabilități, dar care necesită servicii de ÎSD pe un termen anumit pentru a-și restabili sau menține starea de sănătate sau calitatea vieții.

Cadrul normativ, reglementează un mecanism de acordare a Serviciului ÎSD și lucru cu beneficiarul și dosarul acestuia simplificat în raport cu serviciile sociale specializate. Acesta cuprinde: identificarea și înregistrarea cazului; evaluarea necesităților; planificarea intervenției; asigurarea intervenției; monitorizarea intervenției; reevaluarea cazului și revederea planului individualizat de asistență; suspendarea/sistarea intervenției.

Serviciile de ÎSD se acordă conform unui program flexibil, în funcție de necesitățile beneficiarului și de planul individualizat de îngrijire. Vizitele planificate pentru îngrijirea beneficiarilor la domiciliu se stabilesc în funcție de necesitățile evaluate ale acestora, dar nu mai puțin de 2-3 vizite pe săptămână la beneficiar.

Un rol aparte în prestarea Serviciului de ÎSD joacă echipa multidisciplinară, care este responsabilă de efectuarea evaluării necesităților solicitanților, formularea recomandărilor și concluziilor cu privire la necesitatea/lipsa necesității acordării serviciului de ÎSD sau referirea către alt serviciu, precum și efectuează reevaluarea și monitorizarea situației beneficiarului care deja beneficiază de servicii de îngrijire la domiciliu. EMD instituită de autoritățile administrației publice locale de nivelul întâi, este instrumentul principal prin care aceasta se implică direct în identificarea, evaluarea necesităților, monitorizare și prestare de servicii.

Personalul serviciului de ÎSD este format din șeful Serviciului, lucrători sociali, contabil și șofer. Funcția de șef al Serviciului se instituie pentru un număr de 30 de unități de personal, totodată, o unitate de lucrător social se instituie la un număr de 8-10 beneficiari în localitățile rurale și 10-12 beneficiari în localitățile urbane. Un lucrător social cu normă întreagă activează 40 de ore lucrătoare pe săptămână. Norma de lucru pentru lucrătorul social se stabilește în funcție de severitatea stării solicitanților, dar nu mai puțin de 8 beneficiari în localitățile rurale și nu mai puțin de 10 beneficiari în localitățile urbane.

Concomitent, potrivit cadrului normativ Serviciul ÎSD este asigurat de fondator cu mijloc de transport pentru prestarea calitativă a serviciilor de îngrijire a beneficiarilor, reieșind din normativul de 150 de beneficiari la o unitate transport. Cheltuielile de călătorie în transportul public ale personalului Serviciului sînt acoperite din bugetul Serviciului.

Totodată, lucrătorul social inițial urmează cursuri de instruire cu o durată de 40 de ore. Anual, personalul beneficiază de instruire continuă cu o durată de minimum 20 de ore. Instruirea angajaților din domeniul asistenței sociale se realizează conform prevederilor Hotărîrii Guvernului nr. 38/2018 pentru aprobarea Regulamentului privind organizarea și funcționarea Sistemului de instruire inițială și continuă a personalului din domeniul asistenței sociale¹⁶. Șeful Serviciului este responsabil de organizarea și desfășurarea cursurilor de instruire, inclusiv de a transmite Agenției Naționale Asistență Socială, solicitările pentru instruire inițială și continuă.

16. https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=112871&lang=ro

Evaluarea necesităților de instruire continuă a personalului din sistemul de asistență socială se realizează anual de către șeful Serviciului¹⁷. În baza necesităților de instruire, ANAS elaborează Planul anual de instruire continuă a personalului din sistemul de asistență socială și îl publică pe pagina electronică. În baza Planului anual de instruire continuă, precum și în conformitate cu necesitățile de instruire inițială identificate, ANAS contractează prestatorii/formatorii pentru realizarea cursurilor de instruire inițială/continuă, însă acest mecanism nu este încă pe deplin funcțional.

Potrivit cerințelor legale fondatorul Serviciului ÎSD trebuie să asigure o unitate de transport pentru prestarea calitativă a serviciilor de îngrijire beneficiarilor, reieșind din normativul de 150 de beneficiari la o unitate transport, însă această prevedere este mai puțin respectată, motivată de prestatori prin lipsa de resurse financiare pentru achiziția și mentenanța unităților de transport.

Modelul II. Serviciul de ÎMD

Prestatori de ÎMD sunt instituții medico-sanitare publice și private, asociații obștești, fundații, cu drept de prestare a ÎMD în conformitate cu prevederile Ordinului Ministerului Sănătății nr.851/2013¹⁸.

Potrivit cadrului legal, Serviciul de ÎMD solicită cerințe similare pentru organizare și funcționare și anume: prestatorul de Serviciu indiferent de forma juridică de organizare și subordonare trebuie să fie înregistrat conform legislației și să fie acreditat pentru serviciul dat de către Consiliul Național de Acreditare în Sănătate. În realitate se aplică standarde duble, doar prestatorii privați sunt supuși procesului de acreditare, pe cînd prestatorii publici nu parcurg această evaluare pentru ÎMD, ci doar pentru serviciile de asistență medicală primară.

Drepturile pacientului¹⁹ sunt drepturi fundamentale ale omului la viață și sănătate, care includ drepturi sociale ce țin de accesibilitate, echitate și calitate în obținerea asistenței medicale, precum și drepturi individuale ce țin de respectarea pacientului ca ființă umană, a demnității și integrității lui, realizate în cadrul utilizării serviciilor de sănătate.

Pentru a beneficia de Serviciu, solicitantul trebuie să dețină o îndreptare

17. Ghidul privind procedura standardizată de formare continuă a personalului angajat în cadrul structurilor teritoriale de asistență socială, aprobat prin Ordinul organului central de specialitate în domeniul protecției sociale nr. 208/2015

18. Regulamentului cu privire la organizarea îngrijirilor medicale la domiciliu, aprobat prin Ordinul nr. 855/2013

19. Legii cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului nr. 263/2005

de la medicul de familie sau medicul specialist și să domicilieze pe teritoriul arondat la organizația prestatoare de Serviciu. Respectiv, ÎMD sînt acordate de către prestatorii autorizați pentru prestarea serviciilor respective.

Beneficiarii ÎMD sînt persoanele care suferă de maladii cronice în stadiu avansat și/sau după intervenții chirurgicale mari, pacienții geriatrici, care prezintă un anumit nivel de dependență și o capacitate limitată de a se deplasa la o instituție medico-sanitară. Beneficiarii ÎMD în funcție de stare și gradul de dependență, pot fi:

total dependenți - pacientul care nu poate îndeplini trei sau mai multe activități zilnice de bază fara ajutorul altei persoane și are nevoie de îngrijire medicală;

parțial dependenți - pacientul care nu poate îndeplini cei puțin două activități zilnice de bază fără ajutorul altei persoane și din cauza stării de sănătate are nevoie de îngrijire medicală;

independenți - pacientul care îndeplinește activitățile zilnice de bază fără ajutorul altei persoane, dar care, din cauza afecțiunii cronice, necesită servicii de ÎMD.

Selectarea și programarea pacienților pentru acordarea ÎMD se efectuează de către prestatorii de ÎMD, ținînd cont de gradul de dependență a pacientului, acordînd prioritate celor cu un grad de dependență mai înalt.

Mecanismul de acordare a Serviciului ÎMD și lucru cu beneficiarul și dosarul acestuia este similar Serviciului de ÎSD.

Asigurarea cu medicamente și dispozitive medicale necesare pentru efectuarea îngrijirilor medicale comunitare și la domiciliu, se realizează din contul mijloacelor FAOAM.

Lista medicamentelor utilizate în cadrul Serviciului de ÎMD, conform Standardului național de îngrijiri medicale la domiciliu, are caracter recomandabil și poate fi completată cu alte medicamente destinate în acest scop, în funcție de necesitățile medicale individuale ale pacientului.

Pacienții preluați în îngrijire beneficiază de servicii în baza unui plan de îngrijire. Numărul vizitelor de îngrijiri medicale se stabilește de către medicul de familie, în funcție de necesitățile pacientului.

Modelul III. Serviciul de ÎID

Acest model este o nouă abordare în domeniul îngrijirilor la domiciliu, drept răspuns necesităților evaluate ale persoanelor solicitante, reieșind din configurarea socio-economică actuală a migrației masive a forței de muncă, lipsa suportului din partea familiei biologice/extinse, insuficiența serviciilor sociale pentru a răspunde numărului sporit de solicitări, creșterii procentului de îmbătrînire globală, inclusiv și procesului de urbanizare intens. Acest model presupune un complex de servicii medico-sociale și de recuperare, prestate la domiciliul beneficiarului, care au drept scop principal menținerea autonomiei persoanei și prevenirea agravării situației de dependență.

Prestatorii Serviciului de ÎID sunt furnizorii publici sau privați, înregistrați în conformitate cu legislația, avînd domeniul de activitate în sfera socială și medicală.

Dreptul la Serviciu se stabilește în baza criteriilor de eligibilitate, a rezultatelor obținute în urma evaluării necesităților de îngrijiri integrate a beneficiarului, categoriei de necesități, precum și analizei pachetului de documente.

Beneficiarii Serviciului ÎID pot fi cetățenii Republicii Moldova sau străinii care au atins vîrsta standard de pensionare, sunt adulți încadrați în grade de dizabilitate sau sunt adulți cu diverse maladii în perioada de recuperare și/sau stabilire a gradului de dizabilitate.

Beneficiarii Serviciului ÎID în funcție de starea lor de sănătate, autonomiei și capacitățile funcționale ale acestora, sunt încadrați de către EMD în baza rezultatelor evaluării, în categorii de necesități.

Beneficiarii încadrați în categoria A sunt persoane imobilizate și au capacitatea de autoîngrijire foarte limitată. Aceștia sunt în imposibilitate să-și satisfacă nevoile de bază, să-și mențină igiena personală și să se autoîngrijească în mod independent.

Persoanele încadrate în categoria B sunt persoane care au capacitate de autoîngrijire și autonomie locomotorie limitată sunt capabile să-și satisfacă parțial unele necesități precum activitățile gospodărești, igiena personală și unele nevoi fiziologice.

Categoria C include persoanele care au capacitate de autoîngrijire și autonomie locomotorie păstrată.

Gama de servicii de îngrijire la domiciliu cuprinde servicii de îngrijire medicală la domiciliu, servicii de îngrijire socială la domiciliu, precum și servicii de recuperare și reabilitare, precum kinetoterapie, proceduri

de fizioterapie, masaj, precum și exerciții pentru facilitarea mișcării conform conceptului kinaesthetics.

Mecanismul de acordare a Serviciului ÎID și lucru cu beneficiarul și dosarul acestuia sunt similare pentru serviciile de îngrijire medicală și socială. Complementar celor menționate, o altă similitudine constituie mecanismul de implicare a EMD în evaluarea necesităților solicitanților de îngrijire integrată la domiciliu și formularea concluziei cu privire la necesitatea/lipsa necesității acordării Serviciului/referire către alte servicii, precum și stabilirea categoriilor de necesități ale beneficiarilor.

Inovativ pentru acest Serviciu ÎID, este personalul Serviciului și managementul resurselor umane care constă în introducerea unei noi abordări în satisfacerea necesităților beneficiarilor, inclusiv introducerea unei noi specialități – îngrijitor la domiciliu. O unitate de îngrijitor la domiciliu se instituie în mediu pentru 3-5 beneficiari în localitățile rurale și 5-7 beneficiari în localitățile urbane.

Respectiv, personalul Serviciului este format din Managerul Serviciului, specialiști calificați: asistent medical/kinetoterapeut; îngrijitor la domiciliu; după caz, asistent social sau alt personal contractual, inclusiv personal auxiliar: șofer și contabil.

În cadrul Serviciului ÎID, serviciile pot fi prestate de către îngrijitorul la domiciliu sau de o echipă mobilă de specialiști.

Serviciile se acordă conform unui program flexibil, coordonat cu beneficiarul, în funcție de gradul de necesitate a beneficiarului și planul individualizat de îngrijire.

Echipă mobilă a Serviciului de ÎID se instituie pentru 30 de beneficiari. Echipa mobilă zilnic acordă îngrijiri beneficiarilor în funcție de gradul de necesitate a beneficiarului, severitatea stării de sănătate, situația socială a beneficiarilor, dar nu mai puțin de 10 beneficiari. Zilnic un asistent medical/kinetoterapeut se stabilește în funcție de gradul de necesitate a beneficiarului, dar nu mai puțin de 5 beneficiari pe zi. Echipa mobilă este asigurată cu o unitate transport.

Similar, Serviciului de ÎSD pentru fiecare angajat se asigură formarea profesională continuă, cu o durată de minim 20 ore, pe parcursul unui an calendaristic, în vederea realizării eficiente a obligațiilor funcționale.

Modelul IV. Serviciul de îngrijire la domiciliu prestat pe platforma unor centre de zi

Acest model de serviciu în mare parte este dezvoltat și prestat de asociații obștești și fundații, inclusiv prin parteneriat public privat cu autoritățile administrației publice locale. Forma de organizare și funcționare este individuală, fiind agreată de către fondator. De obicei acest model de îngrijiri la domiciliu este prestat pe platforma centrelor comunitare de zi. Îngrijirile la domiciliu – se oferă beneficiarilor Centrului de zi, în cazul înrăutățirii stării de sănătate pe o perioadă îndelungată, în cazul imposibilității deplasării beneficiarului la Centru (ghețuș, ploaie, zăpadă) sau lipsa/disponibilitatea transportului public pentru deplasarea beneficiarului la Centru.

Îngrijirea la domiciliul beneficiarului se realizează din mijloacele financiare ale centrului și este realizată de către lucrătorul social din cadrul centrului respectiv, prin: livrarea pachetelor alimentare la domiciliul beneficiarului, suport în igienizarea spațiului de locuit la domiciliul beneficiarului, oferirea produselor igienice beneficiarului, suport în realizarea igienei personale a beneficiarului și consiliere socială.

Serviciile care se prestează beneficiarilor în cadrul Centrului de zi:

Grupa A –alimentație; asistență pentru igiena personală; servicii de spălătorie; consiliere psihologică, agrement, reabilitare, după caz îngrijire la domiciliu;

Grupa B - asistență pentru igiena personală; servicii de spălătorie; consiliere psihologică, agrement, reabilitare, după caz îngrijire la domiciliu;

Grupa C - asistență pentru igiena personală; servicii de spălătorie; agrement, după caz îngrijire la domiciliu.

1.4. Statistica privind îngrijirile la domiciliu

Reformele lansate/realizate în republică în ultimii ani, inclusiv în baza Strategiei de descentralizare administrativă (reforma privind finanțele publice locale etc), au avut impact direct asupra sistemului integrat de servicii sociale. Conform strategiei vizate, urma să fie proiectat și implementat un sistem de transferuri condiționate pentru principalele funcții sociale delegate și partajate, printre care sănătate și asistență socială, care să asigure alocarea directă a transferurilor condiționate prin

mecanisme „per capita”. În condițiile vizate, autoritățile administrației publice locale au fost condiționate direct/indirect să prioritizeze dezvoltarea/menținerea serviciilor sociale în dependență de necesitățile populației și posibilitățile reale financiare.

Impactul acestor reforme poate fi dedus din Tabelul Nr. 1 expus mai jos. Menționăm că, serviciul vizat este finanțat din mijloacele financiare ale autorității administrației publice locale de nivelul doi.

Tabelul Nr. 1. Statistica privind Serviciul de ÎSD prestat de STAS

Nr.	Numărul beneficiarilor, persoane	Anul 2018	Anul 2019	Anul 2020
1	Total	18510	17136	17559
	dintre care femei	15442	13851	14170
2	gratuit	18450	17040	17461
	dintre care femei	15392	13775	14080
	dintre care persoane vârstnice	15034	13747	14394
	persoane cu dizabilități	3416	3293	3067
3	contra plată	60	96	98
	dintre care femei	50	76	90

Serviciile de ÎSD au fost prestate în anul 2018 de către 2151 lucrători sociali²⁰, în anul 2019 de către 2056 (-95 comparativ cu anul 2018) lucrători sociali, iar în anul 2020 de către 1825 (-326 comparativ cu anul 2018) lucrători sociali. Reducerea numărului de lucrători sociali este proporțional conform normativelor stabilite în Hotărîrea Guvernului 1034/2014 cu numărul beneficiarilor care au fost excluși din acest serviciu.

Serviciile de ÎMD sunt prestate pacienților atât de instituții medicale publice, cât și instituții private, preponderent asociații obștești, fundații, societăți cu răspundere limitată, care sunt contractate de către CNAM. Din datele expuse în Tabelul Nr. 2 se observă o tendință de creștere în ultimii trei ani a numărului total de vizite de îngrijiri la domiciliu, în anul 2019 cu 5452 de vizite mai mult decât în anul 2018, iar în anul 2020 cu 8426 mai mult comparativ cu 2018, la fel se atestă și o creștere semnificativă a mijloacelor financiare alocate de la 10,6 mln lei în 2018 la 12,9 mln lei în 2020, creșterea comparativ cu anul 2018 constituind 0,9 mln lei și 2,2 mln lei, ceea ce influențează direct volumul și calitatea serviciilor acordate.

Tabelul Nr. 2. Statistica privind Serviciul ÎMD (efectiv)

Nr.	Categoria		Anul 2018	Anul 2019	Anul 2020
1	Nr. vizitelor la domiciliu de îngrijiri medicale, efectuate	prestatori publici	27,835	27,606	24,166
		prestatori privați	25,328	26,742	29,651
2	Buget executat, lei	prestatori publici	3,820,354	3,788,924	3,506,487
		prestatori privați	3,476,268	3,670,340	4,302,360
3	Nr. vizitelor la domiciliu de îngrijiri paliative, efectuate		18,522	22,789	26,294
4	Buget executat, lei		3,359,891	4,133,925	5,041,875
5	Nr. total de vizite per an, efectuate		71,685	77,137	80,111
6	Buget executat, lei		10,656,513	11,593,189	12,850,722

Din punct de vedere a tipului de proprietate, prestatorii sunt contractați pentru ÎMD aproximativ în aceeași proporție. Totuși, numărul prestatorilor privați de servicii de îngrijiri la domiciliu, este în creștere cu 1414 vizite și 4323 comparativ cu anul 2018.

Analiza gradului de acoperire geografică cu servicii MD atestă unități administrativ-teritoriale cu mai mulți prestatori publici și privați, unități administrativ-teritoriale cu câțiva prestatori și unități administrativ-teritoriale fără nici un prestator.

Din datele expuse în Tabelele Nr. 3 și Nr.4 se observă că vizitele din punct de vedere geografic sunt distribuite neuniform, prin urmare serviciile de ÎMD nu sunt accesibile pentru toți cei care au nevoie de ele. Spre exemplu, pe durata a trei ani în raionul Fălești au fost realizate peste 6000 de vizite, după mun. Chișinău, în comparație cu raionul Rezina, care se află la polul opus, unde s-au realizat doar 240 vizite.

20. https://statistica.gov.md/public/files/publicatii_electronice/Anuar_Statistic/2020/9_AS.pdf

Tabelul 3. Distribuția geografică a vizitelor de ÎMD efectuate de prestatori publici

Denumirea prestator	Total 3 ani	2018	2019	2020
Municipiul Chișinău	13 490	4 463	4 444	4 583
Raionul Ialoveni	929	419	330	180
Raionul Dubăsari	2 692	863	953	876
Raionul Strășeni	2 419	822	822	775
Raionul Orhei	2 281	886	859	536
Raionul Șoldănești	785	293	300	192
Raionul Rezina	240	0	0	240
Raionul Criuleni	663	204	204	255
Municipiul Balti	3 830	1 500	1 643	687
Raionul Edineț	2 475	781	786	908
Raionul Briceni	2 346	885	885	576
Raionul Rîșcani	1 002	304	304	394
Raionul Glodeni	1 860	600	683	577
Raionul Soroca	545	213	112	220
Raionul Drochia	1 666	543	543	580
Raionul Florești	2 912	955	955	1 002
Raionul Ocnita	1 706	587	587	532
Raionul Dondușeni	1 287	429	429	429
Raionul Călărași	2 113	986	864	263
Raionul Nisporeni	1 702	626	515	561
Raionul Fălești	6 354	2 323	2 634	1 397
Raionul Hîncești	3 771	1 387	1 388	996
Raionul Sîngerei	3 298	1 138	1 100	1 060
Raionul Telenești	1 230	408	504	318
Raionul Căușeni	1 350	426	426	498
Raionul Ștefan Vodă	2 230	701	701	828
Raionul Anenii Noi	429	144	144	141
Raionul Cimișlia	590	357	179	54
Raionul Basarabeasca	754	263	267	224
Raionul Cahul	2 886	958	977	951
Raionul Cantemir	3 381	1 240	951	1 190
Raionul Leova	595	197	201	197
Raionul Taraclia	1 194	409	394	391
Raionul Comrat	1 838	599	601	638
Raionul Ceadr-Lunga	2 350	788	783	779
Raionul Vulcănești	414	138	138	138

Tabelul 4. Distribuția geografică a vizitelor de ÎMD efectuate de prestatori privați

Nr.	Denumirea prestator	Total 3 ani	2018	2019	2020
1	AO "Homecare"	2 365	736	736	893
2	Fundația Caritas Moldova	4 794	1 598	1 598	1 598
3	AO „Medlife”	52 050	15 933	16 700	19 417
4	AO „CASMED”	3 824	1 252	1 252	1 320
5	SRL „Mediclas”	5 211	1 737	1 737	1 737
6	AO “Prosperare-Zubrești”	3 124	794	1 040	1 290
7	AO „Angelus Soroca”	3 603	1 243	1 201	1 159
8	AO „Aripele Sperantei”	4 439	1 205	1 818	1 416
9	Fundația Agapedia	2 131	650	660	821
10	Fundația “Hos. Angelus Moldova”	180	180	0	0

Din Tabelul nr. 4, putem observa că în procesul de distribuție a vizitelor de ÎMD există o discrepanță semnificativă, 64% din totalul vizitelor au fost distribuite către un singur prestator AO „Medlife”, în timp ce doar 36% din totalul de vizite au fost distribuite între ceilalți prestatori.

1.5. Mecanismele de finanțare, costificarea serviciilor

Mecanismele de finanțare a SÎD reprezintă un element deosebit de important în dezvoltarea acestora, precum și pentru asigurarea sustenabilității. Proveniența surselor de finanțare a SÎD este reprezentată în modul următor: (i) contul fondatorului; (ii) bugetele unităților administrativ-teritoriale; (iii) granturi; (iv) donații oferite de persoane fizice și juridice; (v) contribuțiile beneficiarilor – plată integrală sau parțială; (vi) FAOAM; precum și din alte surse, conform legislației.

1. În conformitate cu Hotărârea Guvernului nr. 594/2002 despre aprobarea Regulamentului cu privire la modul de constituire și administrare a FAOAM²¹, cheltuielile pentru îngrijirile medicale comunitare și la domiciliu sunt acoperite din FB al AOAM, care este divizat în subprograme. Subprogramul „Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu” include servicii de îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu, inclusiv vizite de îngrijiri medicale paliative la domiciliu de echipa mobilă și încă două tipuri de servicii: servicii de sănătate mintală

21. https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=126828&lang=ro#

comunitară și servicii prestate de Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor.

Potrivit Ordinului nr. 1311/377/2020²² privind aprobarea Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2021, Prestatorii de ÎMD pot fi eligibili pentru contractare de către CNAM, în următoarele condiții:

- 1) să fie autorizați și acreditați conform prevederilor legale în vigoare, pentru prestarea îngrijirilor medicale comunitare și la domiciliu;
- 2) să asigure prezența cu personal medical autorizat sau atestat, după caz, pentru efectuarea serviciilor.

Conform pct. 71 al Ordinului comun al MSMPS și CNAM nr 1311/377-A din 30.12.2020 cu privire la aprobarea criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2021²³, metoda de plată pentru îngrijirile medicale comunitare și la domiciliu este plata „per vizită”.

Analizând rapoartele privind evoluția costurilor serviciilor de îngrijire medicală la domiciliu putem evidenția că, începând cu anul 2014 (91,44 lei) și pînă în prezent acestea au crescut de 2,5 ori și pentru anul 2021 constituie 210,00 lei per vizită.

CNAM este un partener-cheie în sistemul de achiziții a ÎMD, semnînd contracte cu prestatorii de servicii publici și privați în baza mecanismului de contractare, care prevede cîteva etape, inclusiv etapa de negociere, însă de fapt are loc doar o etapă, iar negocierile sunt practic inexistente²⁴. Prestatorii primesc contractele de la CNAM cu suma totală de finanțare și numărul de vizite. În majoritatea cazurilor, parametrii contractului sunt determinați în baza datelor istorice, cu mici ajustări la rata inflației, dar nu pe baza nevoii care există pentru aceste servicii.

2. Totodată, potrivit prevederilor Hotărîrii Guvernului nr. 948/2020 pentru aprobarea Metodologiei de calcul al costului Serviciului de ÎSD, costul Serviciului de ÎSD este constituit din cheltuielile curente planificate din contul bugetului aprobat (cheltuielile de personal, contribuțiile la bugetul asigurărilor sociale obligatorii, cheltuielile pentru

inventarul moale, cheltuielile pentru consumul materialelor și serviciilor, cheltuielile privind formarea profesională), precum și cheltuielile pentru uzura mijloacelor fixe.

Metodologia vizată are drept scop stabilirea modalității de calculare a costului SÎD pentru a facilita contractarea serviciului dat de către autoritățile administrației publice de la prestatorii privați, planificarea mijloacelor financiare anuale necesare pentru acest serviciu, inclusiv prestarea serviciilor contra cost.

Costul prestării Serviciului de ÎSD se determină de fiecare prestator de Serviciu pentru un beneficiar/lunar sau pentru o vizită.

Anual, după aprobarea bugetului, prestatorul de Serviciu de ÎSD va calcula costul unui beneficiar/lunar sau costul unei vizite pentru următorul an bugetar și va înainta fondatorului propunerile spre aprobare pînă la finele anului bugetar.

Fondatorul, în baza propunerilor parvenite de la prestatorul de Serviciu de ÎSD, va aproba prin ordin costul unui beneficiar/lunar sau costul unei vizite pentru Serviciul de ÎSD.

În cazul modificării pe parcursul anului a cheltuielilor curente planificate din contul bugetului pentru anul bugetar, costul unui beneficiar/lunar, sau a unei vizite poate fi recalculat. Mijloacele financiare acumulate în urma prestării serviciilor de ÎSD contra plată, constituie venituri colectate.

22. https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=125006&lang=ro

23. https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=125006&lang=ro

24. <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/09/Analiza-Strategiei-de-dezvoltare-a-sistemului-de-s%C4%83n%C4%83tate-%C3%AEn-perioada-2008-2017-%C3%AEn-Republica-Moldova-Raport-Final-.pdf>

2 CERCETARE CALITATIVĂ - opinia beneficiarilor și a prestatorilor cu privire la SÎD

2.1. Metodologia evaluării

Scopul studiului îl reprezintă analiza SÎD prin prisma cadrului legal, beneficiarilor și al prestatorilor de servicii.

Studiul are ca grup țintă persoanele care beneficiază de SÎD, precum și prestatorii publici și privați care oferă SÎD.

Rezultatele așteptate sunt:

- Culegerea de date actuale referitoare la modalități de acordare a SÎD
- Elaborarea propunerilor pentru îmbunătățirea legislației actuale ce reglementează furnizarea serviciilor sociale, medicale și socio-medicale la domiciliu;
- Identificarea modelelor de bune practici.

Culegerea datelor cantitative și calitative s-a desfășurat în perioada 05 septembrie–30 octombrie. Eșantionul cercetării a cuprins un număr de 60 de beneficiari ai serviciilor de îngrijiri la domiciliu (persoane în etate și persoane cu dizabilități), selectați conform criteriilor geografice, de gen, mediu de reședință, câte 20 de persoane per fiecare regiune: Nord, Centru și Sud, care au fost intervievați în baza chestionarului semi-structurat. Chestionarea a urmărit obținerea de informații despre caracteristicile de vârstă, sex, colectarea opiniilor asupra accesibilității serviciilor de îngrijiri la domiciliu, avantajele/beneficiile îngrijirii la domiciliu, aprecierii gradului de satisfacție față de calitatea serviciilor medicale și sociale de îngrijire la domiciliu și colectarea de propuneri pentru îmbunătățirea acestora. Pentru crearea și analiza bazei de date, a fost utilizat Programul Excel.

Metodologia a trebuit să fie adaptată situației din pandemie, eliminând pe cât posibil întâlnirile cu mai multe persoane. Astfel, interviurile și focus grupurile au fost realizate în format on-line. Respectiv, au fost realizate 6 interviuri aprofundate cu managerii serviciilor de îngrijiri la domiciliu și două focus grupuri cu prestatori publici (STAS) și privați de îngrijiri la domiciliu (asociații și fundații), la care au participat 26 de persoane.

Discuțiile focus grupurilor și interviurile au urmărit obținerea de informații despre situația beneficiarilor, principalele bariere cu care se confruntă furnizorii SÎD și identificarea propunerilor pentru îmbunătățirea SÎD.

Complementar au fost realizate 12 chestionare semi-structurate cu reprezentanți ai prestatorilor publici din raioanele Edineț, Fălești, Hîncești, Strășeni, Leova și reprezentanți ai prestatorilor privați de îngrijiri la domiciliu: AO Homecare, Fundația Caritas Moldova, AO Medlife, AO Angelus Soroca; AO CASMED; Fundația Agapedia; AO Neomunanist, AO Aripile Speranței, Centrul medico-Social Rebecca etc, care au urmărit obținerea de informații despre nevoile pentru îngrijiri la domiciliu pentru populație, accesibilitatea serviciilor de îngrijiri la domiciliu, sustenabilitatea SÎD, personalul din cadrul SÎD, găsirea de soluții pentru îmbunătățirea SÎD.

Totodată, au fost identificate și descrise cinci modele de bune practici de servicii medicale și sociale de îngrijiri la domiciliu dezvoltate în Republica Moldova de către prestatori privați (asociații obștești și fundații).

2.2. Analiza și interpretarea rezultatelor

Serviciile de îngrijire la domiciliu sunt desfășurate deopotrivă de sectorul public și de cel privat și se adresează atât beneficiarilor din mediul urban cât și celor din mediul rural.

Numărul de ÎSD prestate nu este egal și diferă în funcție de capacitatea prestatorilor de a acoperi aceste necesități cât și de cererea pentru aceste servicii. Prestatorii de servicii ÎMD sunt condiționați de resursele limitate și de volumul de servicii contractat de către CNAM, ceea ce creează disfuncționalități în ceea ce privește acoperirea nevoilor de îngrijire și discrepanțe între localități /regiuni ale țării.

Beneficiarii SÎD

Majoritatea beneficiarilor participanți în studiu au fost locuitori ai zonelor urbane 37 beneficiari, iar femeile au constituit 45 persoanei. Mai mult de jumătate (40) din respondenți au avut vârsta cuprinsă între 65 și 80 de ani, aceasta fiind perioada în care vulnerabilitatea persoanei vârstnice crește. Celelalte grupuri de vârstă au înregistrat valori nesemnificative, cifră ce nu poate fi neglijată prin faptul că aceștia nu au nevoie de SÎD.

Mai mult de jumătate din beneficiari au declarat că veniturile lor sunt insuficiente pentru acoperirea costurilor cu medicamentele, întreținerea lunară, alimentație. Circa 39 din persoanele chestionate au venituri sub 2000 de lei fiind caracteristic pentru marea majoritate, iar valoarea de

2001- 5000 lei este specifică pentru 19 din respondenți. Venituri mai mari de 5000 de lei n-au fost deloc menționate. Doi respondenți au refuzat să ofere informații referitor la venituri. S-au remarcat diferențe la nivel de gen, venitul persoanelor de sex feminin este mai mic decât a celor de sex masculin. De asemenea inegalități privind mediul de proveniență, veniturile respondenților din mediul urban fiind mai mari decât a celor din mediul rural.

Analizând nivelul de educație am observat că 8 respondenți au studii superioare, 14 respondenți au studii profesionale tehnice, în timp ce marea majoritate au pregătire sub nivelul liceal, (38 de respondenți) pe care l-am putea interpreta prin prisma faptului că aceste persoane dispun de resurse financiare mai reduse și posibil au lucrat în medii mai dificile, la munci agricole, care le-au deteriorat starea de sănătate, necesitând în prezent mai mult suport.

Analiza chestionarelor și interviurilor cu prestatorii relevă o ușoară creștere a numărului de beneficiari deserviți. Portretul socio-demografic al beneficiarilor de SÎD este prezentat în Tab. Nr. 5.

Tab. Nr. 5 Portretul socio-demografic al beneficiarilor de SÎD

Ani	Femei	Bărbați	Rural	Urban	Singuri	Cu membrii familiei	Cu dizabilitate	Fără dizabilitate
2018	4710	1583	5247	1815	4396	1465	1196	2932
2019	4831	1656	5043	1441	3877	1282	966	3259
2020	4241	1489	4234	1719	3611	1177	1328	3020
2021, sem I	3436	1324	3729	1893	3218	1133	1295	2956

Se observă că femeile mai des solicită SÎD, cifra cărora este în creștere, în anul 2020 a fost de 4241, și doar în sem. I. al anului 2021 constituie deja 3440 de persoane. Cifra bărbaților este la fel într-o creștere semnificativă, devenind un serviciu solicitat pentru satisfacerea necesităților fundamentale.

Statutul persoanelor singure este într-o creștere semnificativă, fiind în sem. I al anului 2021 de 3220 de persoane, iar a celor ce sunt susținuți de membrii familiei de aproape 1140 de beneficiari.

Aici nu putem exclude faptul că, persoanele cu dizabilități au nevoie permanentă de susținerea unor persoane terțe/a membrilor familiei, cifra ce mărește în comparație cu anii 2018 și 2019, în sem. I al anului

2021 fiind de 1300 persoane, iar a celor fără dizabilitate este de aproape 3000 de cetățeni. Aceste informații sunt foarte utile pentru a cunoaște situația reală a persoanelor aflate în dificultate.

Deși solidaritatea intergenerațională este mai dezvoltată în mediul rural, în prezent familia extinsă nu mai păstrează valorile tradiționale iar migrația generațiilor tinere către mediul urban sau emigrarea peste hotarele țării își pune amprenta asupra vieții vârstnicilor rămași fără sprijin. Mai mult de jumătate din respondenți au declarat că sunt singuri, iar din cei 23 de beneficiari care au menționat că au copii, doar la 11 respondenți copii lor se află în țară, pe când la 12 beneficiari-peste hotare. Doar 4 beneficiari au menționat că se bucură de vizitele dese și foarte dese din partea copiilor, având o legătură stabilă și puternică cu ei, pe când 8 respondenți au menționat că sunt vizitați foarte rar, 7 că sunt vizitați rar, iar 3 au menționat că vorbesc doar la telefon.

În cazul în care copiii au grijă de proprii părinți, întrețin o comunicare frecventă, îi ajută cu produse, amprenta problemelor legate de existență și vârstă sunt mai atenuate. Pe de altă parte, foarte des mulți copii din motive obiective (au probleme de sănătate, nu au venituri, etc.) nu pot să-și sprijine părinții.

Analizând rezultatele obținute din chestionar se observă că 58 din respondenți au menționat că sunt cel mai des vizitați de angajații SÎD, 29 din respondenți au subliniat suportul din partea vecinilor, care deseori vin să-i viziteze, și doar 13 din respondenți au menționat vizita rudelor și a prietenilor în ultimul an. Pentru sprijin emoțional, unii beneficiari apelează cel mai des la vecini sau alte persoane din proximitatea fizică a lor. Un rol esențial în acest sens l-ar fi avut voluntarii, însă fie există puțină deschidere pentru acest aspect din partea comunității, fie beneficiarii nu percep suportul din partea vecinilor drept activitate voluntară.

Percepția pozitivă a stării de sănătate se reduce odată cu înaintarea în vârstă, persoanele sunt supuse unui risc mai mare de îmbolnăvire și evident se reduce și ponderea persoanelor care își apreciază starea de sănătate ca fiind bună sau foarte bună. Mai mult de jumătate din beneficiari (35) au apreciat stare satisfăcătoare de sănătate, 24 din respondenți consideră că au o stare de sănătate rea, iar 1 respondent a menționat că are o stare bună de sănătate.

În același timp subiectul legat de procesul de autogospodărire reflectă un număr considerabil a beneficiarilor care au nevoie de ajutorul unei persoane terțe pentru a fi deservite, lucru menționat de 28 de respondenți, iar la polul opus sunt persoanele care încă se pot autogospodări, fiind menționat de 25 beneficiari de SÎD. Mai mult de

jumătate din persoanele care se autogospodăresc au menționat că momentan au nevoie mai mult de servicii medicale, decât de sociale.

Din analiza datelor se nuanțează faptul că aproape toți beneficiarii chestionați au nevoie periodic sau constant de SÎD, cu precădere femeile, care au menționat mai multe probleme de sănătate. Nevoia de îngrijire este semnalată în principal în raport cu prezența anumitor afecțiuni de sănătate care reduc autonomia, capacitatea de autoservire a beneficiarului și impun ajutor specializat. Un element esențial în acest sens, îl are evaluarea gradului de dependență al beneficiarului față de serviciile de îngrijire la domiciliu, ceea ce accentuează creșterea solicitării față de aceste servicii.

În urma analizei categoriilor de servicii de care au beneficiat respondenții s-au conturat următoarele date: pe primul loc se regăsesc serviciile sociale, menționate de marea majoritate a beneficiarilor chestionați, fiind urmate de serviciile medicale, serviciile socio-medicale, iar ultimul loc i-a revenit serviciilor de comunicare și spirituale.

Persoanele intervievate s-au declarat mulțumite de calitatea serviciilor, 52 respondenți au apreciat serviciul recepționat cu nota maximă 5, iar 8 respondenți au acordat nota 4. Beneficiarii au apreciat pozitiv suportul acordat de prestatori, unii respondenți au subliniat îmbunătățirea calității vieții : „viața mea a devenit cu mult mai bună; are cine să-mi deschidă ușa; mă simt mai încrezut; mă bucur de viață (fiind unul din cele mai frecvente răspunsuri); bine că există așa oameni, care-i pot ajuta pe bătrâni așa ca noi; pot să mă deplasez mai ușor prin casă, folosesc bastonul cu mare grijă; îmi rezolvă toate problemele pe care le am, mă ajută în toate de parcă sunt „mânuțele mele”; viața s-a schimbat spre bine...”.

La întrebarea cum ar putea fi îmbunătățit SÎD și ce-i nemulțumește la moment, respondenții au menționat mai mult problemele cu care se confruntă, decât au propus soluții: „pensia este mică și nu acoperă serviciile comunale; SÎD nu oferă lemne/cărbuni; serviciile sociale trebuie să includă în ele și servicii medicale; trebuie să fie un transport gratuit care să asigure deplasarea la policlinică, farmacie, primărie sau piață pentru persoanele care se deplasează greu; trebuie să putem beneficia de reparație cosmetică a locuinței, trebuie să am însoțitor spre centrele medicale (consultații la oculist, chirurg etc.); în fiecare localitate ar fi bine să fie un medic social, care să vină în vizită, să fie acordată asistența medicală la domiciliu”.

La întrebarea dacă serviciile prestate acoperă toate necesitățile lor, opiniile respondenților s-au împărțit egal, 50% din beneficiarii SÎD

au declarat că serviciile acoperă necesitățile lor, iar cealaltă jumătate au menționat că nu, specificând că și-ar dori: „injecții intravenoase, consultul medicului la domiciliu, asumarea de către prestatori a costurilor pentru serviciile comunale, prelucrarea lotului de lângă casă, reparația cosmetică a locuinței”.

Drept dezavantaje ale SÎD au fost indicate următoarele: „acest serviciu nu acoperă serviciile comunale pentru cei care au pensia mai mică de 2000 de lei”; nu ne aduc lemne și cărbuni pentru perioada rece a anului”; serviciile sociale nu includ și servicii medicale”; nu se oferă transport gratuit la (primărie, policlinică, piață), nu se face reparația cosmetică a locuinței, măcar o dată în an”.

Una din cele mai mari nemulțumiri exprimate a fost „nu mă pot adapta la o multitudine de lucrători sociali, care pe lângă faptul că nu cunosc bine lucrul, nici nu ajung la locul de lucru”. Beneficiarii au menționat că și-ar dori să beneficieze în mai mare măsură de: servicii medicale, consiliere psihologică și juridică, adaptarea locuinței, asistență stomatologică, recuperare medicală, asigurarea cu alimente și medicamente, mai multă comunicare și suport în gospodărie.

În ceea ce privește perioada de așteptare pentru accesarea SÎD, reflectată în Tabelul nr. 6, cea mai des întâlnită variantă de răspuns, este intervalul 1-10 zile, fiind menționată de 33 din respondenți, fiind urmată de varianta 15- 21 zile, specificată de 13 din beneficiari. Circa 9 beneficiari au declarat că au așteptat între 1 și 3 luni, iar 4 au avut de așteptat mai mult de 6 luni, din diverse cauze: nu se putea obține fișa de trimitere de la medicul de familie, prestatorii nu aveau personal disponibil, a fost consumat volumul de vizite ÎMD contractat de către CNAM.

Tab. Nr. 6. Perioadele de așteptare și de recepționare a SÎD

Perioada de așteptare pentru accesarea SÎD			Perioada de recepționare a SÎD		
Variante de răspuns	femei	bărbați	Variante de răspuns	femei	bărbați
1-10 zile	23	11	mai puțin de 1 lună	3	-
15- 21 zile	11	2	mai mult de 1 an	3	3
1 lună	2	1	2 ani	3	3
2 luni	3	-	3 ani	5	2
3 luni	3	-	5 ani	9	2
mai mult de 6 luni	2	2	8 ani	22	4

Referitor la perioada de recepționare a SÎD, 26 din respondenți au declarat că deja de 8 ani sunt îngrijiți la domiciliu, 18 din respondenți sunt deserviți între 3 și 5 ani și doar 3 respondenți au declarat că se află în serviciu mai puțin de 1 lună.

O nevoie de bază raportată, neglijată adesea cu înaintarea în vârstă și mobilitatea redusă, este sănătatea orală a persoanelor vârstnice, parte integrată a stării de sănătate generală. Problemele specifice cu care beneficiarii se confruntă sunt pierderea dinților, carii dentare, paradentoză, gingivită. Din Tab. Nr.7, putem observa că 55 din beneficiarii intervievați au menționat că niciodată nu au beneficiat de consultația medicului stomatolog la domiciliu.

Tab. Nr. 7. Consultarea medicului dentist, medicului de familie / specialist la domiciliu

Consultarea medicului dentist la domiciliu			Consultarea medicului de familie / specialist		
Variante de răspuns	femei	bărbați	Variante de răspuns	femei	bărbați
6 luni în urmă	3	-	o lună în urmă	9	5
1 an în urmă	-	-	6 luni în urmă	5	-
3 ani în urmă	1	-	1 an în urmă	5	4
15 ani în urmă	1	-	mai mult de 3 ani	13	4
niciodată	40	15	niciodată	13	2

Consultația medicului dentist/stomatolog la domiciliu constituie un subiect complicat, deoarece la momentul actual în Republica Moldova nu există serviciu stomatologic mobil ce ar putea acoperi necesitățile persoanelor imobilizate la domiciliu, fapt confirmat de toate persoanele chestionate.

Totodată se atestă o scădere a numărului de consultații a medicului de familie sau specialist la domiciliu, cu precădere pe durata perioadei de pandemie. Potrivit chestionarelor, mai mult de jumătate din respondenți au declarat că nu au fost vizitați de medic mai mult de trei ani sau niciodată, totuși 14 au menționat că au fost vizitați cu o lună în urmă.

Grijile cotidiene ale luptei personalului medical cu pandemia de Covid-19 a oprit accesul la medicii de familie/specialiști, limitând numărul de consultații la domiciliu.

Prestatorii SÎD

Prestatorii de servicii au subliniat mai multe bariere și provocări care împiedică buna desfășurare a SÎD, care odată rezolvate sau îmbunătățite, ar putea duce la dezvoltarea acestora. Printre principalele dificultăți menționate se regăsesc: cereri peste fondurile alocate; lipsa fondurilor pentru a presta servicii în corespundere cu standardele minime de calitate; lipsa personalului medical; reticența medicilor de familie sau lucrătorilor sociali; demotivarea salarială a angajaților; volumul mare de documente solicitate conform standardelor minime în vigoare; condițiile precare din locuința beneficiarilor; lipsa tinerilor profesioniști; vârsta înaintată a lucrătorilor sociali.

Constatări cu privire la:

a) Situația beneficiarilor

Respondenții au menționat drept cele mai frecvente dificultăți care afectează situația beneficiarilor de SÎD (persoane în etate și cu dizabilități) următoarele: *„venituri mici; resurse insuficiente pentru a procura medicamente, produse alimentare/igienice, pentru a achita servicii comunale, pentru a procura butelie de gaz natural, lemne și cărbuni; prezența maladiilor specifice bătrâneții care creează probleme de auto deservire ale vârstnicilor; deplasarea dificilă în propria locuință (spre bucătărie, dintr-o odaie în alta), dar și în afara ei, spre (WC care este afară) și în șopron la aducerea lemnului în plină iarnă, pentru a aprinde și a face focul în sobă, pentru a repara soba, pentru a menține în ordine casa și gospodărie; lipsa susținerii din partea membrilor de familie; probleme cu copiii/membrii de familie; singurătatea; lipsa infrastructurii de aprovizionare cu apă potabilă și menajeră din localitate (distanța mare până la fântână); frig în locuință pe perioada rece din cauza că nu au resurse pentru achiziție de lemne și cărbuni; sobe defecte; mulți vârstnici trăiesc în locuințe construite din materiale inadecvate, în locuințe fără acces la apă sau în locuințe fără baie sau duș..”*

b) Accesul la SÎD

Unii beneficiari se confruntă cu acces tardiv sau limitat la servicii. În listele de așteptare se regăsesc solicitanți care sunt nevoiți să aștepte mai mult de 6 luni, cu precădere pentru ÎMD.

Complementar au fost menționate provocări legate de admiterea beneficiarilor, care la fel îngreunează accesul „perioada de pregătire

a pachetului de documente de 25 de zile este prea mare., adunarea întregului pachet de documente este târăgănat de către medicii de familie la care nu avem acces pe perioada de pandemie”.

c) Angajarea, instruirea și motivarea personalului

Identificarea și angajarea personalului calificat, ulterior menținerea lui, se pare că se regăsește printre cele mai mari obstacole ale SÎD. De asemenea au fost menționate o multitudine de probleme legate de condițiile de remunerare și motivare, de condiții dificile de muncă, dificultăți de deplasare și încărcătura mare de muncă, migrația personalului, lipsa de apreciere, care explică de ce sectorul dat nu este unul atractiv pentru profesioniști. *“Nu putem găsi asistente medicale, asistăm la un exod masiv a personalului medical din sistemul medical și din țară...”*; *Cine poate, pleacă la spital, că acolo stau la cald, nu ca noi, prin ploaie își vânt, cu geanta în spate.; Am pierdut oameni profesioniști, valoroși, care au plecat în străinătate.; Asistentele merg mult pe jos și le este greu...e greu sa „frământă” glodul prin sat ca să ajungi la casele beneficiarilor...; Avem lipsă de cadre, din această cauză este lipsă de timp pentru a efectua totul calitativ, se face totul repede și superficial uneori..”*, *nu avem resurse pentru a oferi premii sau a aprecia munca angajaților ca să-i păstrăm;* „... vârsta specialiștilor care lucrează la noi este în medie de 45 ani la asistenți medicali și de 48 de ani a lucrătorilor sociali, e greu sa atragem tineri.., „le este greu pentru lucrătorii care au peste 60 de ani sa facă anumite servicii, de exemplu să aducă apă de la o fântână care este mai departe de casa beneficiarului, noi alegem anumite cazuri mai „ușoare” pentru a putea menține persoana în calitate de lucrător social..”. Aceștia subliniază nevoia de dezvoltarea a instrumentelor de stimulare a personalului „ Un moment foarte important este motivarea personalului care la noi nu este corespunzătoare, ceea ce duce la faptul că pierdem oameni din sistem, pleacă peste hotare, fiindcă munca este foarte complicată, foarte grea, riscurile sunt foarte mari pentru cei care merg acasă la domiciliu, ardere emoțională este mult mai mare ca în spital...”, „Motivația cu bani a personalului ar fi un element foarte bun pentru dezvoltarea serviciilor, de exemplu să primească asistentele medicale salarii la fel ca cele din spital...”.

Educarea și formarea personalului reprezintă o etapă esențială în procesul de management. Prestatorii au menționat că pentru a face față situațiilor zilnice și a presta servicii adecvate, este necesară instruirea

potrivită a personalului, însă aceasta necesită resurse, care deseori nu se află la îndemâna prestatorilor, *personalul trebuie să fie instruit pentru a putea face față problemelor pe care le au vârstnicii, care sunt un grup cu destule probleme, este destul de greu să lucrezi cu ei; problema este că nu toate instruirile pot fi recunoscute; la partea de instruire și de formare profesională noi avem ANAS, ea face instruirii, dar ea nu lucrează la capacitatea la care ar fi să activeze; ..lipsa de cadre,... și-i lipsă de timp pentru a efectua totul calitativ ...și se face totul repede și superficial uneori...”*.

Potrivit respondenților, implicarea membrilor de familie/aparținătorilor în procesul de îngrijire ar fi foarte binevenită atât pentru asigurarea continuității serviciilor, cât și pentru sporirea calității serviciilor, accentuând nevoia de a organiza instruirii pentru aparținători „este necesar de organizat instruirii pentru cei care ar dori să-și îngrijească părinții vârstnici sau persoanele cu dizabilități, pentru ca să știe corect cum s-o realizeze”.

d) Cooperarea cu instituțiile publice și de sănătate

Au fost menționate provocări legate de referirea beneficiarilor către îngrijirile medicale la domiciliu de către medicii de familie și colaborarea dificilă cu personalul medical, ceea ce contribuie la agravarea stării de sănătate a solicitanților de servicii și creșterea dependenței beneficiarilor de SÎD. „Medicii de familie nu doresc să refere beneficiarii; ne întâlnim cu „atitudine „nepăsătoare” și adesea „indiferentă a medicilor, nu vor să viziteze beneficiarii acasă, le scriu doar anumite diagnoze și atât, lucrătorul social nu știe cum să le dea medicamente la beneficiari și deseori medicul îi spune la telefon ce să facă”; uneori durează trei-patru luni să obținem recomandare de la medicul de familie.; medici sunt puțini, unii au fost mult timp pe buletin.; asistentele medicale stau și doua –trei ore sub ușa medicului de familie pentru a lua fișa de trimitere.; lucrătorii sociali stau mult timp în rând să obțină prescripții pentru beneficiari și respectiv petrec mai puțin timp la ei.”; concluziile și recomandările oferite de medici nu întotdeauna sunt lizibile și creează confuzii în prestarea serviciilor.”, asistentele medicale din cadrul CMF-urilor au ore de vizite la domiciliu pe care nu le efectuează, dar le bifează, pentru ce și sunt remunerate....; uneori lucrătorul social îndeplinește sarcina asistentului medical, fiind ghidat de către asistentele medicale la telefon cum să facă pansamentul sau cum să le administreze medicamentele...”; nevoia de

servicii medicale e mare, dar mulți bătrâni nici nu știu că au dreptul să ceară de la medic servicii de îngrijire, iar medicul nu le spune...”

Au fost semnalate provocări din partea prestatorilor privați legate de colaborarea cu asistenții sociali din cadrul DASPF, „deseori ne întâlnim cu nepăsarea din partea asistenților sociali comunitari/lucrătorilor sociali față de beneficiarii SÎD”.

Prestatorii privați au menționat standarde duble din partea autorităților în relație cu prestatorii privați. „*Ne confruntăm cu lipsa unor ajutoare din partea instituțiilor statului. În timpul pandemiei spitalele și prestatorii publici au primit echipamente necesare, dar noi nu, ne-am descurcat cum am putut, dar a fost tare greu să găsim mănuși, măști, scutece sau echipamente necesare pentru prestarea SÎD, căci totul este destul de scump și uneori de negăsit. Dacă acestea se oferă pentru prestatorii publici, atunci trebuie să beneficiem și noi de așa ceva*”; *Personalul medical de la prestatorii publici care s-a îmbolnăvit de Covid-19 la locul de muncă a primit compensație, iar asistentele noastre care s-au îmbolnăvit nu au primit nimic din partea statului*” și considerăm că nu este echitabil, deoarece nu am abandonat beneficiarii, dar continuăm să-i vizităm, iar personalul nostru este supus la aceeași riscuri de îmbolnăvire precum cel din sectorul public”.

e) Finanțarea și legislația

Lipsa fondurilor pentru a acoperi necesitățile cu servicii este principala problemă semnalată de prestatori și publici și privați deopotrivă. Potrivit respondenților, principala sursă de finanțare pentru SÎD prestate de STAS provine din bugetul unității administrativ-teritoriale (APL nivel II), deoarece consiliile locale sunt responsabile de organizarea serviciilor sociale la nivelul unității teritorial - administrative, dar există și alte surse din donații și sponsorizări, plata de la beneficiari pentru ÎSD.

În cazul organizațiilor neguvernamentale și fundațiilor principala sursă de venit pentru SÎD provine din granturi, urmate de sponsorizări și donații, FAOAM, surse din bugetul APL-ilor de nivel I, co-plată de la beneficiari, mecanismul de 2% și alte surse nesemnificative de finanțare. Totodată, prestatorii privați au menționat că veniturile provenite din donații și sponsorizări nu acoperă costurile reale și nu pot asigura sustenabilitatea serviciilor, subliniind nevoia de creare a unui mecanism de subvenționare a componentei sociale. „*Partea cea mai grea e finanțarea, nu avem certitudinea zilei de mâine, donatorii ne-au*

*ajutat ani de zile, am pregătit personalul, ...e timpul să sprijine și statul nostru serviciile de îngrijire...; dacă nu ai un donator, nu poți asigura servicii pentru beneficiari, dar ei sărmanii ne așteaptă...; Sunt mulți bătrâni care au nevoie de scutece cel puțin 1 dată pe zi și ele nu sunt ieftine”... Finanțarea din FAOAM la fel este deficitară, contractarea de regulă se realizează în baza bugetelor istorice. „*Nevoia de îngrijire este mare, ... oamenii stau sărmanii în lista de așteptare pentru că CNAM ne dă puține vizite și tare e greu să le împărțim între pacienți...; nu este clar cum se distribuie vizitele...”**

Cadrul legal prevede acreditarea tuturor prestatorilor, însă potrivit respondenților, instituțiile private care prestează ÎMD sunt puse în condiții inegale în comparație cu cele publice, care nu trec prin procedura de acreditare a serviciului ÎMD, dar sunt acreditate la pachet cu alte servicii prestate de AMP.

„*Sistemul de îngrijire existent este fragmentat, are două componente separate, social și medical, dar omul nu-l poți împărți în două, trebuie să-l abordăm integru și ar trebui să avem o lege complexă pentru îngrijiri...”*

f) Comunicarea și implicarea rudelor și familiei beneficiarilor

Implicarea familiei în îngrijirea beneficiarului este valoroasă, însă deseori este greu de găsit și de implicat membrii familiei din varii motive „*...e complicat să găsești copilul plecat peste hotare, nu putem să-l găsim, solicităm APL-ul care nu ne poate ajuta și asta târăgănează cu mult procesul de admitere în serviciu..., câteodată suntem sunați de copiii de peste hotare și ne spun că suntem obligați, că conform actelor normative expuse în mod on-line, statul trebuie să le ofere ajutor și că nu-i interesează..., lucrătorul social face lucrul unei bone...;...noi nu avem un mecanism cum stabilim proceduri de ajutorare din partea copiilor adulți. Unii dintre ei nu ajută pentru că nu pot, pentru că ei fac alegere să își ajute propriii copii sau să-și ajute părinții vârstnici bolnavi și neputincioși și de aici apare confuzia și nemulțumirea de multe ori între pensionarele din sat, ceea ce creează o profundă nemulțumire față de calitatea serviciilor prestate. În acest sens, este greu să fii obiectiv când selectezi pe cine ajuți, ...; Ar fi bine să existe un Mecanism de responsabilizare al copiilor adulți pentru protecția părinților vârstnici, care sunt lăsați în voia sorții, unii dintre aceștia nici nu-i vizitează, cu toate că locuiesc în aceeași localitate, pentru că nu prea au cu ce să-i ajute”*.

Soluții propuse de prestatori pentru dezvoltarea și îmbunătățirea SÎD

- Abordare integrată a serviciilor sociale și medicale la domiciliu;
- Triplarea volumului de ÎMD contractat de către CNAM. La planificarea mijloacelor financiare și a distribuției numărului de vizite ar trebui să ia în considerație structura populației, distribuția geografică uniformă și cererea pentru servicii;
- Elaborarea unui mecanism de estimare și evaluare a nevoilor beneficiarilor de SÎD și planificarea resurselor financiare în dependență de nevoile identificate;
- Elaborarea unui mecanism de subvenționare a SÎD;
- Elaborarea unui mecanism intersectorial de referire a beneficiarilor între prestatorii publici și privați și sau crearea unui sistem informațional care ar facilita schimbul de date între prestatori și medicii de familie;
- Stimularea financiară a angajaților, majorarea salariilor pentru personalul implicat în prestarea SÎD;
- Dezvoltarea și promovarea profesiei de îngrijitor;
- Promovarea la scară largă a SÎD și organizarea de campanii de informare a persoanelor vârstnice cu privire la dreptul de a beneficia de SÎD;
- Dezvoltarea rețelelor de voluntari care să ofere sprijin beneficiarilor din cadrul SÎD.

3. CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI

În urma analizei întreprinse au fost reținute următoarele aspecte:

1. Accesul la SÎD este limitat din cauza unor factori care se îmbină, nuanțați de beneficiari și de prestatori: număr foarte mic de vizite contractate de CNAM; acoperire geografică cu servicii ÎMD neuniformă; contractarea care se face în baza bugetelor istorice; nu se cunoaște numărul real de persoane care necesită SÎD; cooperare deficitară cu instituțiile publice și de sănătate; puțini oamenii cunosc că au dreptul de a beneficia de SÎD; fonduri insuficiente pentru a presta servicii în corespundere cu standardele minime de calitate.

2. Problemele de acces vizează îndeosebi vârstnicii și persoanele cu dizabilități din mediul rural și pe cei cu venituri reduse, unde familiile nu au posibilitatea de a-i sprijini financiar. Problema este cu atât mai acută, cu cât suportul familial informal este mult scăzut în comparație cu anii precedenți - satele sunt depopulate, mulți oameni sunt plecați la muncă în străinătate, persoanele în etate rămânând singuri. Se constată și situații în care este îngreunat dreptul beneficiarului la servicii în timp util din cauza epuizării volumului de servicii contractat de către CNAM sau reticenței medicilor de familie de a elibera fișe de trimitere pentru îngrijiri la domiciliu.

3. Se constată lipsa unei strategii/viziuni clare asupra SÎD, iar planificarea resurselor financiare nu se bazează pe nevoile existente în comunitate, nu se cunosc care sunt necesitățile reale pentru servicii, iar datele cantitative și calitative existente la nivel central nu oferă o imagine clară asupra nevoilor reale existente la nivel de localități.

4. Repartizarea prestatorilor de ÎMD la nivel național este inegală. Bugetul pentru ÎMD de stabilește în baza volumelor istorice, dar nu în baza unor criterii clare și necesități existente. Se atestă o inegalitate marcată a veniturilor obținute din fondurile FAOM între prestatori, doar unui prestator privat i-au fost distribuite 64% din totalul vizitelor de ÎMD contractate. Această discrepanță trebuie avută în vedere în procesul de planificare și distribuire a FAOM, pentru a asigura un mecanism transparent și echitabil de contractare.

5. Formatul actual al SÎD nu răspunde integral nevoilor existente,

are o abordare fragmentară, cu sisteme paralele între asistența socială și medicală, fiind axat mai ales pe facilitățile existente în mediul urban și nu adresează constrângerile și specificul mediului rural (lipsa apei curente, lipsa încălzirii centrale și dificultatea pe care o presupune încălzirea locuinței iarna, lipsa unui grup sanitar sau a unei băi în incinta casei). Ar fi de luat în considerare ideea de armonizarea a celor două sisteme, social și medical.

6. Sectorul de îngrijiri nu este unul atractiv pentru forța de muncă. Nevoia de resurse umane calificate, competente și disponibile se face simțită și constituie una dintre cele mai mari provocări ale sectorului de îngrijiri. Lipsa personalului medical, fluctuația ridicată a lucrătorilor sociali și forța de muncă îmbătrânită au fost semnalate deopotrivă de către prestatori cât și de către beneficiarii SÎD, în corelație cu serviciile de ÎMD care ar fi extrem de necesare. Salariile mici ale angajaților și condițiile precare de muncă, cu precădere în mediul rural, afectează considerabil motivarea personalului, având drept efect advers instabilitatea personalului de îngrijire, creșterea costurilor cu formarea personalului, căci angajații noi necesită suport și timp pentru acomodare. Complementar, din lipsă de personal deseori angajații sunt nevoiți să reducă timpul unei vizite pentru ca să deservească mai mulți beneficiari, știrbind din calitatea serviciilor.

7. Întrucât sectorul sănătății duce o lipsă acută de asistenți medicali, care are o tendință de acutizare, îngrijitorul la domiciliu ar putea fi acea soluție de compromis, pentru a păstra accesul persoanelor la servicii de îngrijiri la domiciliu. În acest sens, potrivit, prevederilor Ordinului MSMPS nr. 31/2021 s-a aprobat standardul ocupațional „Îngrijitor la domiciliu”,²⁵ însă pentru a asigura calificarea persoanelor pentru profesia de îngrijitor la domiciliu se impune elaborarea pachetului educațional, care la moment este lipsă.

8. Prestatorilor privați, care sunt în mare parte ONG-uri, le este dificil să asigure continuitatea serviciilor la nivelul SMC. Dacă situația prestatorilor publici este una predictibilă, atunci cea a serviciilor dezvoltate de prestatorii privați, este destul de anevoioasă. Întrucât sursele de bază pentru finanțarea SÎD prestate de STAS provin cu precădere din bugetul unităților administrativ-teritoriale, pe când în cazul

prestatorilor publici principala sursă de venit provine cu precădere din granturi, unde nu există certitudinea că vor fi obținute. Prestatorii privați care nu au un acord de finanțare semnat cu un donator internațional, nu-și pot permite să asigure din bugetul propriu toate costurile necesare pentru a corespunde SMC pentru prestarea SÎD. Pentru asigurarea durabilității financiare a serviciilor sociale este necesară dezvoltarea unui mecanism de finanțare de stat prin subvenționare, în baza modelelor existente în diverse țări europene.

9. La momentul actual, nu sunt dezvoltate servicii care să vizeze pregătirea adulților pentru pensionare și programe naționale de menținere a funcțiilor cognitive, care ar preveni și sau întârzia degradarea memoriei la persoanele în etate.

Recomandările ce se desprind în rezultatul analizei și dialogului cu beneficiarii și prestatorii de SÎD se referă în principal la următoarele aspecte:

1. Pornind de la complexitatea subiectului reflectat în analiza dată, inclusiv prognozele sumbre privind procesul de îmbătrânire și procesul intens de migrație a forței de muncă, în perioada imediat următoare drept prerogativă pentru sectorul de îngrijiri la domiciliu se impune, dezvoltarea unei strategii multidimensionale care ar veni cu noi soluții prin prisma problemelor evidențiate. Astfel, noul document de politică publică urmează să reflecte soluții exhaustive și realiste la problemele specificate din perspectiva necesităților beneficiarilor/potențialilor beneficiari, dificultăților cu care se confruntă prestatorii publici și privați de servicii, aspecte legate de finanțarea acestui sector, capacitatea autorităților administrației publice pe dimensiunea respectivă, precum și diversificarea opțiunilor de a acoperi cu servicii de îngrijiri cererea în creștere.

2. Unul din elementele de bază care urmează a fi reflectat în politica publică ține de integrarea îngrijirilor sociale cu îngrijirile medicale, pentru a elimina actuala fragmentare. Această abordare integratorie ar oferi o evaluare cuprinzătoare a nevoilor solicitanților de servicii, ar permite abordarea complexă a beneficiarilor de servicii și dezvoltarea planurilor de îngrijire aliniate necesităților. Abordarea integrată a SÎD ar reduce

25. https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=125274&lang=ro

duplicarea evaluărilor, raportărilor, contribuind la o evidentă mai bună a datelor, îmbunătățirea monitorizării serviciilor și evident rezultate mai bune pentru beneficiarii de servicii. În acest sens este necesară ajustarea/dezvoltarea de noi instrumente/abordări de lucru în procesul de asistare a beneficiarilor, inclusiv prin prisma cooperării sectorului public cu cel privat.

3. Este important de reliefat necesitatea unei evaluări complexe, o cartografiere a nevoilor comunității și a vulnerabilităților membrilor săi, care ar permite atât elaborarea unor politici care să răspundă ținut la provocările din comunități, cât și ar asigura o distribuție mai eficientă a resurselor financiare, pliată pe nevoile existente. Mai mult, cartografierea nevoilor comunității ar trebui realizată în urma unei campanii de informare comunitară, care să pregătească APL și populația pentru acest exercițiu.

4. Pe termen mediu, pentru a capacita autoritățile administrației publice locale, inclusiv prin prisma aspectelor de descentralizare, este important de dezvoltat mecanisme de evaluare a necesităților populației pentru îngrijiri la domiciliu, precum și de a acorda suport în dezvoltarea competențelor de aplicare a acestora.

5. Partea de planificare la nivel de politici cît și planificări financiare, joacă un rol crucial în dezvoltarea serviciilor de îngrijiri la domiciliu, acest segment rămînînd în continuare unul vulnerabil, care necesită fortificare intersectorială (bugetul de stat, bugete APL și CNAM) și la nivele de administrare publică. În acest sens, se propune dezvoltarea unui program național privind îngrijirea la domiciliu cu stabilirea expresă a cotei de finanțare anuală a acestuia din bugetul de stat, bugetul asigurărilor obligatorii de asistență medicală și bugetele autorităților administrației publice locale (de exemplu: 45%, 45% și cîte 5% pentru APL nivelul I și II). Totodată pentru impulsionearea procurării serviciilor din partea APL de la prestatorii privați, urmează a fi amendat cadrul legal de bază (Legea asistenței sociale, Legea serviciilor sociale, Legea privind administrația publică etc), precum și cadrul legal secundar.

6. Este esențială elaborarea mecanismele necesare pentru aplicarea la capacitate deplină a sistemului de instruire inițială și continuă a angajaților din domeniul asistenței sociale. O prioritate rămînînd a fi partea de instruire continuă a angajaților din sistem, aspectele legate

de instruirea în comun a membrilor echipei multidisciplinare, cu accent sporit pe aplicarea în practică a aplicării instrumentelor de lucru. În contextul motivării și sporirii imaginii angajaților din domeniu este necesar de dezvoltat un mecanism de atribuire a calificării angajaților care să fie corelat cu partea de motivare financiară.

7. În contextul fortificării resurselor umane din sectorul de îngrijiri la domiciliu, urmează a fi definitivat și pus în aplicare pachetul educațional pentru profesia de îngrijitor la domiciliu.

8. Pentru asigurarea dreptului beneficiarilor la servicii în timp util se propune elaborarea unui mecanism intersectorial de referire a beneficiarilor între prestatorii publici și privați, inclusiv facilitarea referirii de către medicii de familie a pacienților pentru servicii de ÎMD.

9. Considerăm oportun lărgirea pachetului de SÎD cu servicii de menținere a funcțiilor cognitive, inclusiv prin antrenamentul memoriei, în paralel cu cele de îngrijire socio-medicală, cu intenția de a întârzia tulburările de memorie la persoanele în etate.

4. STUDII DE CAZ SELECTATE

4.1. Studiu de caz: Asociația Obștească „CASMED”

Prestator: Asociația Obștească „CASMED”, str. Mircea cel Bătrîn 51, Mun. Bălți, tel. 023127674, e-mail: casmed@gmail.com; Pagina web: www.casmed.md



Aria geografică

Asociația Obștească „CASMED” prestează servicii în mun. Bălți și în 60 de localități din raioanele: Râșcani, Fălești, Sângerei, Florești, Drochia, Rezina, Edineț, Soroca, Glodeni și Șoldănești.

Profilul beneficiarilor

Beneficiari ai serviciilor de îngrijiri la domiciliu pot fi persoane care se încadrează în următoarele categorii: (i) persoane care au atins vârsta standard de pensionare; (ii) persoane cu dizabilități; (iii) bolnavi cronici care, din cauza bolii, nu sunt capabili să-și desfășoare activitățile cotidiene (alimentare, igienă personală etc.); (iv) persoane asigurate care suferă de maladii cronice în stadii avansate (consecințe ale ictusului cerebral, maladii în fază terminală, fracturi de col femural) și/sau au avut intervenții chirurgicale mari și prezintă un anumit nivel de dependență și o capacitate limitată de a se deplasa la o instituție medicală. O altă categorie de beneficiari sunt persoanele care au în grijă persoane care necesită suport la domiciliu - aparținătorii/ rudele persoanelor asistate și solicită ghidare pentru îngrijirea persoanei dragi.

Condițiile de accesare a serviciilor

Pentru a beneficia de servicii de îngrijiri la domiciliu, solicitantul depune o cerere fizic sau pe e-mail, inclusiv prin intermediul rudelor, sau prezintă Formularul nr. 027/e eliberat de către medicul de familie. Totodată, persoana care necesită îngrijiri la domiciliu se poate adresa la instituțiile medico-sanitare, asistentul social comunitar sau la autoritățile publice locale, care pot referi cazul, iar echipa serviciului va prelua cazul și va lua legătura cu solicitantul de servicii.

Doar persoanele asigurate pot beneficia de îngrijiri medicale gratuite la domiciliu, în limita numărului de vizite contractate anual de către CNAM.

Tipuri de servicii oferite la domiciliu

Serviciile de îngrijiri la domiciliu sunt gândite pentru a sprijini beneficiarul să-și mențină, pe cât posibil, autonomia funcțională și pentru a-și continua viața în propria locuință, în demnitate și respect. Prin urmare, pentru beneficiari sunt disponibile următoarele tipuri de servicii de îngrijire la domiciliu, care sunt acreditate în corespundere cu cadrul legal:

Serviciul de îngrijiri sociale la domiciliu, care prevede - suport pentru procurarea, din mijloacele financiare ale beneficiarului a produselor alimentare, a mărfurilor de uz casnic și a medicamentelor; prepararea hranei, hrănirea, livrarea prânzurilor calde (după caz); plata, din mijloacele financiare ale beneficiarilor, a unor servicii comunale; îngrijirea locuinței și a gospodăriei; predarea și ridicarea obiectelor de uz casnic și a hainelor la/de la spălătorie, curățătorie chimică, reparație; realizarea igienei personale; organizarea procesului de adaptare a locuinței la nevoile persoanei; antrenarea beneficiarului în activități sociale și culturale; menținerea/facilitarea comunicării cu rudele și prietenii; organizarea procesului de procurare și transportare, din mijloacele financiare ale beneficiarului, a combustibilului la domiciliu; după caz, încălzirea sobelor și consiliere.

Serviciul de îngrijiri medico-sociale la domiciliu, care prevede pe partea medicală - Verificarea glicemiei și a semnelor vitale (puls, tensiune arterială, temperatură, respirație și saturația de oxigen); Administrarea medicamentelor; Alimentarea artificială pe sondă gastrică și educarea pacientului/aparținătorilor; Alimentare pasivă, inclusiv administrarea medicamentelor per os, pentru bolnavii cu tulburări de deglutiție; Manevre terapeutice pentru evitarea escarelor de decubit: mobilizare, masaj, aplicații medicamentoase; Manevre terapeutice pentru evitarea complicațiilor pulmonare: schimbarea poziției, tapotaj, fizioterapie respiratorie; Prevenirea și tratamentul escarelor; Îngrijirea plăgilor; Îngrijirea stomei; Îngrijirea Fistulelor; Îngrijirea tubului de drenaj; Fizioterapie (Magnetoterapie, Terapie cu lumină Bioptron, aparat vibroacustic „Vitafofon-T”, Terapie cu microcurent cu Darsonval); Exerciții de mișcare pentru menținerea mobilității conform conceptului Kinaesthetiks¹; Instruirea beneficiarului în sprijinul autoîngrijirii, iar în aspect social - Cumpărături, Vizite la Poștă/Plata Facturilor, Ridicarea Rețetelor de la medic, Asistență în rezolvarea problemelor administrative, Însotirea beneficiarilor la programările medicale, Alimentare cu apă

din fântână/izvor; Încălzirea sobei pe vreme rece; Spălarea lenjeriei de pat, a hainelor; Spălarea vaselor; Spălarea geamurilor, Livrare meselor calde / pachetelor cu alimente; Pregătirea meselor, Igienă orală și personală de bază; Ras; Tuns; Baie; Îmbrăcarea; Toaletă asistată; Schimbarea scutecului; Schimbarea lenjeriei de pat; Amintire pentru luarea medicamentelor; Transferul și schimbarea poziției persoanei imobilizate; Consiliere; Activități recreative; Organizarea/Menținerea comunicării cu rudele/prietenii; Supraveghere/ Însoțire; Menaj (mop, igienizare, măturat, scoaterea gunoiului); Asistență gospodărească pentru persoane singure imobilizate la pat sau nevăzătoare; Îngrijirea și hrănirea animalelor de companie pentru persoanele imobilizate.

Serviciul de îngrijiri integrate la domiciliu, disponibil doar în raioanele Glodeni și Fălești, care prevede servicii prestate de către îngrijitori la domiciliu ghidați de echipă mobilă de asistenți medicali. Serviciile se acordă conform unui program flexibil, coordonat cu beneficiarul, în funcție de gradul de necesitate a beneficiarului și planul individualizat de îngrijire. Pentru îngrijitori informal²⁶ se oferă servicii de informare și instruire/ghidare în domeniul îngrijirilor la domiciliu, care se realizează la domiciliul persoanei asistate și este asigurată de către specialiști în îngrijirea persoanelor imobilizate, aplicând abordarea de învățare experiențială.

Modul de organizare a serviciilor

Bazele modelului de îngrijire la domiciliu a fost pus de CASMED 10 ani în urmă, fiind un model multidisciplinar, dezvoltat cu suportul donatorilor din Elveția și Republica Cehă, care are o abordare integrată a serviciilor, astfel încât să acopere o zonă cât mai mare, pentru a răspunde nevoilor beneficiarilor care trăiesc atât în mediul rural, cât și în cel urban.

Îngrijirea este „concentrată pe rezultate” și „centrată pe persoană”, ceea ce înseamnă că sprijinim beneficiarii să realizeze ceea ce doresc - indiferent dacă este deplasarea independentă în curte sau la farmacie. De-a lungul anilor, modelul de îngrijire la domiciliu a fost ajustat la contextul existent, cererea pieței și cadrului legislativ. Prin urmare, Serviciul funcționează conform prevederilor unui Regulament de organizare și funcționare, aprobat la nivel de conducere a organizației, care precizează: criteriile de eligibilitate ale beneficiarilor,

²⁶ Îngrijitorul informal este persoana necalificată, membru al familiei, rudă sau orice altă persoană, care asigură îngrijirea personală a unei persoane care și-a pierdut autonomia funcțională.

actele necesare, cine ia decizia de acceptare/respingere, modalitatea de încheiere a contractului de furnizare servicii și modelul acestuia, modalitatea de stabilire a contribuției beneficiarului dacă este cazul etc. Serviciile necesare pentru a fi acordate la domiciliu se stabilesc pe baza evaluării nevoilor și încadrării beneficiarului în gradul de vulnerabilitate, evaluării situației economice și sociale a beneficiarului, și coordonării cu autoritățile publice locale, în cazurile când autoritățile co-finanțează serviciile sociale. Evaluarea nevoilor se realizează la domiciliul solicitantului de servicii și se realizează în baza unei fișe standard. Cu toți beneficiarii se semnează contract de prestare a serviciilor, ulterior se dezvoltă un plan individualizat de îngrijire – care cuprinde informații despre: nevoile de îngrijire, gradul de dependentă al beneficiarului respectiv, tipurile de servicii care corespund nevoilor sale de îngrijire, obiectivele care trebuie atinse.

Din luna august 2021, modelul de îngrijire la domiciliu este susținut de tehnologii informatice, fiind dezvoltat un software, care oferă funcționalități precum: Înregistrare beneficiar; Alocare număr unic de dosar; Completare fișă de identitate cu toate detaliile necesare, în corespundere cu fișa de evaluare; Atașare documente aferente dosarului: documente de identitate, documente legate de statutul social, documente eliberate de instituția medicală etc.; Posibilitatea scoaterii din evidență a beneficiarului cu completarea următoarelor detalii: data scoaterii din evidență, motivul scoaterii din evidență, data și locul decesului dacă este cazul; Posibilitatea căutării informațiilor în întreg dosarul beneficiarului. Informațiile din dosarul pacientului pot fi imprimate și folosite pentru raportări ale activității. În același timp, logica fluxului de lucru permite urmărirea în timp real vizitele efectuate la beneficiari, modificărilor aduse dosarelor personale ale beneficiarilor, stocurilor și fluxurile de medicamente sau de consumabile a materialelor sanitare și echipamentelor utilizate de îngrijitori în activitatea acestora, utilizate.

Softul include, de asemenea, un grup (chat), unde angajații își comunică zilnic și împărtășesc experiența. Softul poate fi accesat de pe dispozitive mobile, cum ar fi telefoane, tabletele, astfel încât angajații din teren pot accesa și completa fișele electronice de la domiciliul beneficiarilor. Astfel, prin creșterea eficienței proceselor legate de resursele umane, managementul clienților, monitorizare și evaluare, furnizarea de servicii, managementul inventarului și generarea de rapoarte s-a reușit creșterea calității serviciilor de îngrijire.

Tipul/categoriile personalului implicat în prestarea serviciilor

Serviciul de îngrijiri la domiciliu este coordonat de o echipă de management (șef serviciu, asistent social și asistent medical șef), fiind furnizat de echipe formate din asistenți medicali, îngrijitori la domiciliu, lucrători sociali, psiholog, etc.

Mecanism de monitorizare/evaluare a serviciilor

Serviciile de îngrijiri la domiciliu sunt monitorizate în baza Planului de evaluare și monitorizare, care asigură atât cadrul de ghidare pentru echipa de management, cât și sistematizarea informațiilor colectate. Un rol considerabil îi revine softului descris mai sus, care asigură recepționarea și deținerea informației la zi. Se urmărește dacă se respectă programul zilei conform intervențiilor din planul de îngrijire, în ce măsură au fost sau nu atinse obiectivele planificate, se verifică calitatea serviciilor prestate de către personalul de îngrijire, dacă se respectă sau standardele de calitate, se analizează relația dintre beneficiar și angajați, etc. În același timp se obține feedbackul de la beneficiari și în acest sens evaluarea gradului de satisfacție a beneficiarului se realizează odată cu vizitele periodice la domiciliu, aplicarea de chestionare, prin întocmirea raportului de vizita, discuții libere, prin analizarea sesizărilor sau reclamațiilor. Astfel, beneficiarii își pot exprima gradul de satisfacție față de calitatea serviciilor acordate, modalitatea de comunicare cu organizația, competența și comportamentul personalului implicat în furnizarea serviciilor, tratamentul egal, așteptările.

Mod de finanțare a serviciilor

Serviciile de îngrijiri la domiciliu se bazează pe un mecanism de finanțare din multiple surse: granturi, donații, mijloacele financiare ale autorităților administrației publice locale, Fondul de bază al asigurărilor obligatorii de asistență medicală prin intermediul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, contribuțiile beneficiarilor și mecanismul de desemnare procentuală.

Replicarea modelului de servicii

Modelul servicii de îngrijire la domiciliu dezvoltat de CASMED este posibil de replicat în toate localitățile. Precondițiile ar fi: nevoia pentru servicii la domiciliu; resurse umane disponibile pentru angajare în prestarea serviciilor; co-finanțare din partea autorităților publice locale și a beneficiarilor sau contractare din partea CNAM.

4.2. Studiu de caz: Asociația Obștească „Homecare”

Prestator: Asociația Obștească „Homecare”, str. Gheorghe Cașu, nr. 4, Mun. Chișinău, tel. 22920320, e-mail: ao.homecare@gmail.com
Pagina web: www.homecare.md



Aria geografică

Asociația Obștească „Homecare” prestează servicii în Chișinău, Bălți, Stefan Voda, Ceadâr Lunga, Vulcănești, Ocnița, Dubăsari, s. Răzeni Ialoveni, s. Cărbuna Ialoveni, s. Cigărleni Ialoveni, s. Taul Dondușeni, s. Horești Fălești.

Profilul beneficiarilor

Serviciul de îngrijiri la domiciliu se adresează exclusiv categoriilor de beneficiari cu nevoi de îngrijire personală, defavorizate, cu diverse probleme medico-sociale care nu se pot îngriji: (i) persoane externate din spital care continuă tratamentul la domiciliu; (ii) persoane aflate în imposibilitatea de a se deplasa sau a se îngriji singure; (iii) persoane care suferă de o afecțiune cronică pentru care necesită tratamente periodice sau alte tipuri de îngrijiri medico-sociale; (iv) persoane în etate; (v) persoane adulte cu dizabilități.

Condițiile de accesare a serviciilor

Pentru a beneficia de servicii de îngrijiri la domiciliu, solicitanții vor prezenta 2 fișe de trimitere. Prima fișă - Formularul nr. 027/e de la medicul de familie, cu indicațiile concrete de îngrijire și a doua fișă - de la Direcția de Asistență Socială și Protecție a Familiei, care confirmă vulnerabilitatea beneficiarului. În cazul în care solicitantul are nevoie doar de servicii sociale, se solicită să prezinte doar biletul de trimitere de la DASPF. Acordarea serviciilor se face la solicitarea verbală sau scrisă a pacientului/beneficiarului, a familiei, a medicului de sector, asistentului social, a instituțiilor socio-medicale, sau a altor persoane.

În urma solicitării se va efectua o evaluare de caz la domiciliul beneficiarului, unde se va constata nevoia acordării îngrijirii și serviciile necesare. În baza evaluării și a dorinței beneficiarului se va stabili pachetul de servicii care se vor acorda, după care se va stabili planul de îngrijire pentru fiecare beneficiar.

Tipuri de servicii oferite la domiciliu

Pentru beneficiari sunt disponibile servicii Medico-sociale de îngrijire la domiciliu pe platforma Centrelor de zi, care sunt acreditate în corespundere cu cadrul legal:

Servicii medicale: monitorizarea parametrilor fiziologici; îngrijirea plăgilor; frecții, masaj, gimnastică; kinetoterapie; profilaxia și îngrijirea escarelor de decubit; fizio-proceduri, administrarea medicamentelor și tratamentelor injectabile; controlul administrării medicamentelor; aplicare de scutec; îngrijirea stomelor; instruirea beneficiarilor în autoîngrijire.

Servicii sociale: suport pentru activitățile de zi cu zi; prepararea hranei; plata, din mijloacele financiare ale beneficiarilor, a unor servicii comunale; spălarea rufelor, distribuirea rufelor spălate; realizarea igienei personale; îngrijirea locuinței și a gospodăriei; sprijin în rezolvarea problemelor administrative și comunale; antrenarea beneficiarului în activități sociale și culturale; întreținerea corespondenței cu rudele; organizarea procesului de procurare și transportare, din mijloacele financiare ale beneficiarului a combustibilului la domiciliu; încălzirea sobelor; consiliere & socializare; însoțire la medic/plimbare.

Serviciile se oferă beneficiarilor Centrului de zi, în cazul înrăutățirii stării de sănătate pe o perioadă îndelungată, în cazul imposibilității deplasării beneficiarului la Centru.

Servicii medicale în cadrul centrelor: ultrasonoterapia; laseroterapie; darsonval – terapie; electrostimulare; fototerapie; magnetoterapie; masajul.

Modul de organizare a serviciilor

Serviciul de îngrijiri la domiciliu dezvoltat de AO „Homecare” este adaptat după modelul german și ceh. Primul centru medico-social a fost deschis în satul Grigorăuca din r-nul Sângerei, fiind urmat de încă alte zece centre, având drept scop asigurarea îngrijirii pentru beneficiarii care nu au condiții adecvate pentru îngrijire la domiciliu. Inițial centrele au fost finanțate integral de către donatori, după care au fost preluate în grija APL. Centrele furnizează servicii sociale și medicale atât în incinta centrului, cât și la domiciliu, prin intermediul personalului calificat, care a beneficiat de formare în țară și în afară. Nici modelul german, nici modelul ceh de îngrijiri la domiciliu nu prevede angajarea medicilor, prin urmare echipele de personalul de îngrijire colaborează cu medicii de familie din localități, inclusiv medici specialiști, care prescriu tratamentul

pentru beneficiari, iar drept excepție a fost angajat un medic. Centrele sunt asigurate cu echipament medical, inclusiv portativ, pentru servicii de fizioterapie, cu consumabile medicale și echipamente de protecție personală. Fiecare echipă de îngrijire este dotată cu automobile cu ajutorul cărora personalul se deplasează zilnic la domiciliul beneficiarilor.

Conducătorul serviciului încheie cu beneficiarul sau după caz, cu reprezentantul legal al acestuia un contract furnizare servicii. Îngrijirea la domiciliu se realizează conform unui plan individualizat de asistență și îngrijire. Fiecare beneficiar primește ajutorul necesar în funcție de nevoile individuale. Beneficiarii/reprezentanții legali și membrii de familie sunt informați asupra condițiilor prevăzute în procedura de accesare a serviciului. Persoana cu atribuții privind informarea beneficiarilor, comunică acestora toate datele și informațiile referitoare la organizarea și funcționarea serviciului, odată cu încheierea contractului de furnizare servicii. Serviciile sunt foarte solicitate, având un impact deosebit pentru comunitate și beneficiari.

Tipul/categoriile personalului implicat în prestarea serviciilor

- Medic
- Asistenți medicali
- Asistenți sociali
- Infirmiere
- Administratori
- Contabili.

Mecanism de monitorizare/evaluare a serviciilor

Procedura de monitorizare prevede utilizarea platformei on-line care permite supervizarea la distanță a angajaților.

Mod de finanțare a serviciilor

APL, FAOAM prin intermediul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină și donatori externi.

Replicarea modelului de servicii

Modelul dezvoltat de AO „Homecare” poate fi replicat atât la nivel comunitar, cât și la nivel național. Nu sunt necesare ajustări majore pentru replicarea la nivel local, trebuie asigurate cel puțin următoarele condiții: (1) existența nevoii în localitate pentru servicii; (2) alocarea spațiului pentru activitatea Centrului din partea APL; (3) angajament ferm din partea APL de a oferi finanțarea necesară.

4.3. Studiu de caz: Asociația pentru Educație „Neoumanist”

Prestator: Asociația pentru Educație „Neoumanist”,
str. Ion Creanga 31, or. Strășeni, tel. 0 237 28 003,
e-mail: info@neoumanist.md,
Pagina web: www.neoumanist.md



Aria geografică

Serviciul de îngrijire socio-medicală la domiciliu este prestat pentru 65 de beneficiari din 18 sate ale raionului Strășeni.

Profilul beneficiarilor

Beneficiarii Serviciului sunt persoanele domiciliat în raionul Strășeni, după cum urmează:

a) persoane vârstnice care au atins vârsta standard de pensionare și persoane cu dizabilități, lipsite de suport din partea copiilor, a familiei extinse și a altor persoane (prieteni, rude, vecini);

b) persoane vârstnice care au atins vârsta standard de pensionare și cad sub incidența art. 2 alin. (1) din Legea nr. 274 din 27 decembrie 2011 privind integrarea străinilor în Republica Moldova, lipsite de suport din partea copiilor și a familiei extinse;

c) persoane cu vârsta de peste 18 ani care, după spitalizare, necesită îngrijiri temporare în vederea recuperării stării de sănătate și nu au suport pentru îngrijire la domiciliu;

d) persoane care se externează din spital după intervenții chirurgicale; convalescenți după accidente vasculare cerebrale, fracturi de col femural, paralizii;

e) bolnavi în fază terminală (cancer și ciroze);

persoane care necesită îngrijiri de lungă durată: bolnavi cronici (cu excepția bolilor infecțioase) care, din cauza bolii, nu sunt capabili să-și desfășoare activitățile cotidiene (alimentare, igienă personală etc.), fiind imobilizați la pat și necesitând ajutor permanent.

Condițiile de accesare a serviciilor

Admiterea beneficiarului în Serviciu poate fi realizată: a) la solicitarea personală a beneficiarului către Asociație; b) aplicarea mecanismului de referire a beneficiarului de către asistentul social comunitar. În cazul adresării beneficiarului la Asociație, asistentul social din cadrul Asociației preia legătura cu asistentul social comunitar din localitatea de domiciliu a beneficiarului și efectuează evaluarea necesităților

conform fișei de evaluare a necesităților de îngrijire la domiciliu, precum și perfectarea dosarului. Pentru beneficiarii referiți spre Serviciu de către asistentul social comunitar, aceștia vor prezenta dosarul întocmit conform cerințelor Regulamentului intern și a HG 1034/2014.

Dreptul la servicii de îngrijire la domiciliu se stabilește în baza criteriilor de eligibilitate ale Serviciului. În baza rezultatelor evaluării și recomandărilor echipei multidisciplinare, directorul executiv al AE Neoumanist emite ordinul privind admiterea sau neadmiterea în Serviciu. Ordinul se aduce la cunoștința solicitantului în scris, în termen de 5 zile lucrătoare de la data emiterii acesteia.

Tipuri de servicii oferite la domiciliu

Pentru beneficiari sunt disponibile următoarele servicii medico-sociale de îngrijire la domiciliu, care sunt acreditate în corespundere cu cadrul legal:

Servicii sociale: acordarea/livrarea coletelor alimentare; predarea/ suport în prepararea mâncării; suport în servirea mâncării; îngrijirea locuinței; aprovizionarea cu apă; aprovizionarea cu lemne și cărbune; organizarea procesului de procurare și transportare, din mijloacele financiare ale beneficiarului, a combustibilului la domiciliu; suport în gospodărie (ogradă, grădină); suport în îmbrăcarea/dezbrăcare; suport în realizarea igienei personale; spălarea hainelor în cadrul Centrelor de zi pentru persoanele în etate „Răsărit”; antrenarea beneficiarului în activități sociale și culturale; suport în întreținerea corespondenței cu rudele și cu prietenii; procurarea, din mijloacele financiare ale beneficiarului, a produselor alimentare, a mărfurilor de uz casnic și a medicamentelor; consiliere.

Servicii medicale prestate în cadrul serviciului: Măsurare indicilor biovitali (tensiunea arterială, puls, temperaturii corpului, supravegherea respirației); Examinarea glicemiei; Suport la obținerea medicamentelor compensate, procurarea medicamentelor; Administrarea medicamentelor per os; În cazuri de urgență, administrarea primului ajutor medical și la necesitatea apelarea serviciului de urgență; Pansamente; Profilaxia escarelor/schimbarea poziției; Îngrijirea ulcerelor trofice; Recoltarea sputei pentru bacilul Koch; Cizmă evacuatoare; Scanarea urechilor prin insuflare și extragerea prin spălare a cerumen; Spălare nazală, a ochilor; Gimnastică curativă și respiratorie; Sfaturi privind alimentația sănătoasă; Ajutor la efectuarea programărilor la medici, pentru

investigații; Transportarea beneficiarului la Centrul Medicilor de Familie, Spital (pentru consultații, analize, radiografia plămânilor, etc).

Modul de organizare a serviciilor

Serviciul de îngrijire la domiciliu a fost creat cu suportul donatorilor din Olanda în anul 2007. Serviciul este prestat prin intermediul a două echipe mobile, care se deplasează la beneficiari cu ajutorul automobilelor de teren. Prima echipă activează din 2007, și deservește 40 beneficiari (8 beneficiari /zi) în 13 sate, fiind alcătuită din asistent social, lucrător social și un asistent medical. A doua echipă, compusa din asistent social și un asistent medical activează din 2019 și deservește 25 beneficiari (5 beneficiari/zi) în 5 sate. Fiecare beneficiar este vizitat o dată în săptămână de către echipă, iar pentru beneficiarii care au nevoie de suport zilnic se colaborează cu lucrătorii sociali ai serviciului de îngrijire la domiciliu al Direcției de Asistență Socială Strășeni sau se recrutează voluntari din comunitate, care sunt instruiți și implicați în procesul de îngrijire. Voluntarii sunt motivați lunar cu pachete alimentare/produse de igienă.

Fiecărui beneficiar i se întocmește un Plan individualizat de Îngrijire. La fiecare vizita beneficiarului pe lângă serviciile prestate ce au fost stabilite în plan, i se livrează suplimentar un colet alimentar. De asemenea beneficiarilor le sunt acoperite costurile pentru medicamente și cărbune/ lemne pe perioada rece a anului. Periodic, cu ajutorul donatorilor și voluntarilor, la unii beneficiari le sunt îmbunătățite condițiile de trai sau primesc donații în bunuri (mobilă, tehnică de uz casnic, îmbrăcăminte s.a.).

Tipul/categoriile personalului implicat în prestarea serviciilor

Serviciul de îngrijiri la domiciliu este coordonat de o echipă de management (Manager/Coordonator de proiect, asistent de proiect) fiind furnizat de 2 echipe formate din doi asistenți medicali, un lucrător social, doi asistenți sociali și personal auxiliar: contabil.

Mecanism de monitorizare/evaluare a serviciilor

Monitorizarea și evaluarea serviciilor oferite beneficiarilor se realizează de către managerul Serviciului, în baza planului individualizat de îngrijire la domiciliul beneficiarului după următorul algoritm: o dată la 3 luni, pentru beneficiarii noi, iar ulterior o dată la 6 luni sau la necesitate. După fiecare vizită efectuată la domiciliul beneficiarului, managerul Serviciului întocmește un raport în care se reflectă cel puțin:

corespunderea serviciilor prestate cu planul individualizat de îngrijire; respectarea graficului de vizită a lucrătorului social; necesitatea de revizuire/lipsa necesității de revizuire a planului individualizat de îngrijire; doleanțele beneficiarului; după caz se specifică necesitățile identificate și neacoperite de serviciile oferite; obiecții/recomandări pentru lucrătorul social; concluzii privind calitatea serviciilor prestate.

Mod de finanțare a serviciilor

Serviciul este susținut în totalitate de donatori străini. La moment serviciul este finanțat de Fundația Diakonie Austria cu suportul Ministerului Muncii, Protecției Sociale, Sănătății din Austria.

Replicarea modelului de servicii

Replicarea modelului de servicii este posibilă, deoarece numărul beneficiarilor care au nevoie de servicii la domiciliu este în creștere. În componența raionului Strășeni sunt 39 de localități, iar la moment serviciul acoperă doar 18 din ele. Pentru a acoperi necesarul de îngrijiri, este nevoie de echipe noi, cu precădere asistenți medicali, unități de transport și finanțare suficientă.

4.4. Studiu de caz: Fundația AGAPEDIA din Moldova

Prestator: Fundația AGAPEDIA din Moldova, str. Mihail Lomonosov 20, Mun. Chișinău, tel. 022224118, e-mail: office@agapedia.md, Pagina web: <https://agapedia.de/en/agapedia-moldova>



Aria geografică

Centrul de Îngrijiri Medico-Sociale la Domiciliu este un serviciu în cadrul Fundației AGAPEDIA care oferă acces de servicii de asistență medicală și socială de Îngrijiri la Domiciliu prin funcționarea a 2 centre de îngrijiri medico-sociale. Unul se află în satul Pohrebeni raionul Orhei, care deservește inclusiv 4 sate (Cihoreni, Biești, Șercani și Izvoare). Al doilea centru se află în sat. Gura-Galbenei r-nul Cimișlia care deservește inclusiv 5 sate (Lipoveni, Ivanovca Nouă, Albina, Fetița).

Profilul beneficiarilor

Beneficiari ai centrului de îngrijiri medico-sociale pot deveni persoane în vârstă, persoane cu dizabilități sau persoane cu incapacitate temporară de muncă.

Condițiile de accesare a serviciilor

Solicitanții de îngrijiri medicale la domiciliu trebuie să prezinte îndreptare de la medicul de familie cu indicații concrete de îngrijire. Solicitanții de îngrijiri sociale la domiciliu pot solicita servicii de îngrijire personal sau prin intermediul rudelor, la recomandarea medicilor, asistentelor medicale, asistenților sociali din comunitate, reprezentanților primăriilor, în condițiile în care solicitantul de îngrijiri sociale la domiciliu nu primește acest serviciu de la alt prestator (public sau privat).

Coordonatorul serviciului de îngrijiri medico-sociale din comunitate, care este și asistent medical de formare, în momentul în care a primit solicitarea pentru îngrijiri la domiciliu vizitează beneficiarul la domiciliu, analizează condițiile de trai și starea sănătății, stabilește durata servirii (pe termen scurt sau lung), modalitatea servirii (gratuită sau contra plată) și spectrul de servicii necesare pentru satisfacerea nevoilor beneficiarului conform listei de servicii de îngrijiri la domiciliu pe care Fundația AGAPEDIA le prestează.

Tip de servicii oferite

Fundația AGAPEDIA oferă:

- Îngrijiri medicale la domiciliu, prestate de asistenți medicali, în conformitate cu prevederile legale.
- Îngrijiri sociale la domiciliu, prestate de îngrijitori la domiciliu, ce includ:
 - Igiena personală a corpului (spălat, baie, duș), servicii de frezat, bărbierit, pieptănat.
 - Ajută persoana imobilizată parțial sau total să-și satisfacă nevoile fiziologice (ajutor în utilizarea WC-lui);
 - Ajută la schimbarea lenjeriei de corp și pat;
 - Ajută beneficiarii la hrănire, pregătirea hrănilor, procurarea produselor alimentare;
 - Asigură mobilizarea pacientului- întoarcerea în diferite poziții în pat, transferă pacientul din pat în fotoliu sau cărucior cu roțile, în caz de necesitate scoate pacientul afară și îl însoțește în timpul plimbării;
 - Ajută la efectuarea curățeniei curente și generale în casa pacientului;
 - Ajută la spălarea lenjeriei de pat și corp;
 - Administrează medicamente pe cale orală, respiratorie, pe suprafața tegumentelor, pe suprafața mucoaselor;
 - Efectuează frecții medicale și exerciții de relaxare;
 - Acordă suport moral și psihologic (comunicare);
 - Ajută la îmbrăcare și dezbrăcare;
 - Ajută la achitarea serviciilor comunale;
 - Îndepărtează gunoiul menajer;
 - Însoțește beneficiarul la diferite instituții, evenimente;
 - La necesitate efectuează reparația cosmetică în locuința beneficiarului;
 - Măsoară tensiunea arterială și glicemia.

Modul de organizare a serviciilor

Asistenții medicali, care de asemenea sunt și coordonatori ai centrelor prestează servicii de îngrijire medicală conform indicațiilor medicilor de familie (f.027) la domiciliul pacientului. Informează medicii de familie referitor la starea sănătății pacientului. Completează Cartela medicală conform cerințelor CNAM. La necesitate transportă cu automobilul pacientul la centrul medicilor de familie, spital sau cheamă ambulanța, acordă primul ajutor în cazuri excepționale în măsura competențelor sale.

Coordonatorul serviciului de îngrijiri medico-sociale din comunitate, care este și asistent medical, în momentul în care a primit solicitarea (verbală sau în scris) pentru îngrijiri la domiciliu vizitează beneficiarul la domiciliu, analizează condițiile de trai și starea sănătății, stabilește durata de deservire (urgentă, pe termen scurt sau îndelungat), deservire gratuită sau contra plată și spectrul de servicii necesare pentru satisfacerea nevoilor beneficiarului conform listei de servicii de îngrijiri la domiciliu pe care Fundația AGAPEDIA le prestează. Elaborează Foia de parcurs (planul de asistență), completează dosarul beneficiarului, stabilește îngrijitoarea care va acorda serviciile. Apoi informează beneficiarul/reprezentantul sau familia acestuia despre serviciile care urmează să fie prestate și prezintă îngrijitoarea beneficiarului. Beneficiarul poate solicita și alte servicii care nu au fost stabilite în planul de asistență, dar contra plată, conform tarifelor stabilite de Fundație.

Dosarele personale ale beneficiarilor sunt disponibile la sediul centrului și sunt depozitate în condiții care să permită păstrarea confidențialității datelor. La preluarea cazului, în cazul în care condițiile de trai ale beneficiarului sunt „inumane”, este convocată întreaga echipă, se face curățenie generală (văruit/reparație, în colaborare cu APL), după care îngrijitoarea începe prestarea serviciilor conform planului de asistență, conform necesităților individuale ale beneficiarului. Durata serviciului prestat beneficiarului constituie maxim 2 ore în zi. Îngrijitorul informează constant coordonatorul centrului despre starea generală a beneficiarului, cum decurge procesul de îngrijire și la necesitate primește indicații suplimentare de la coordonator pentru ajustarea planului de îngrijire.

Îngrijitorii se deplasează la domiciliul beneficiarului în fiecare zi sau odată la două zile, în funcție de plan și de serviciul planificat, cu excepția zilelor de sâmbătă și duminică, care sunt zile de odihnă.

Tipul/categoriile personalului implicat în prestarea serviciilor

Coordonatoare/Coordonator a centrului (asistenți medicali) – 2 persoane

Îngrijitoare la domiciliu - 8 persoane, care au abilități de îngrijire, dezvoltate în cadrul instruirilor livrate de către Asociația de Nursing din Republica Moldova.

Contabil - 1 persoană, cu studii superioare în domeniu

Asistenți medicali - absolvenții ai colegiului de medicină și posedă diplome de calificare în domeniul dat, inclusiv periodic urmează cursuri de perfecționare în domeniul prestării serviciilor de îngrijire la domiciliu.

Mecanism de monitorizare/evaluare a serviciilor

Pentru evaluarea serviciilor prestate sunt folosite următoarele mecanisme:

Evaluarea serviciilor prestate de îngrijitori se efectuează de către coordonatorii Centrelor Îngrijiri Medico-Sociale la Domiciliu din Pohrebeni și Gura-Galbenei într-un mod constant. Lunar, beneficiarii sunt vizitați la domiciliu, ulterior, coordonatorul întocmește un proces verbal unde descrie amănunțit situația din teritoriu, după care anunță managementul Fundației privind situația existentă. Periodic au loc ședințe cu personalul, unde se discută problemele apărute.

Odată la 3 luni se solicită opinia beneficiarilor, ei completează chestionare unde apreciază calitatea serviciilor primite. Chestionarul este anonim. Datele din chestionare sunt compilate și analizate, după caz, sunt discutate în cadrul ședințelor pentru identificarea soluțiilor de îmbunătățire. Odată la 3 luni îngrijitorii prezintă pentru verificare registrele de evidență a timpului și serviciilor prestate zilnic beneficiarilor și planurile de intervenție semnate de beneficiari. Asistenții medicali prezintă la sfârșitul fiecărei luni rapoarte despre vizitele efectuate la domiciliu și aduc cartele medicale la Fundație pentru a fi verificate.

Mod de finanțare a serviciilor

Lansarea Serviciul de ÎSD a fost finanțat de către Fundația Robert Bosch și Fundația AGAPEDIA din Germania. Actualmente ÎSD sunt finanțate de către Fundația AGAPEDIA din Germania. ÎMD sunt finanțate de către CNAM (conform contractului încheiat anual și numărului de vizite stabilite).

Replicarea modelului de servicii

Serviciul de îngrijiri la domiciliu poate fi extins în cazul când statul se va implica financiar substanțial, pentru a putea angaja personal calificat, pentru a procura echipament specific nevoilor, inclusiv transport. O precondiție a fi existența posibilității de a pregăti personal calificat în domeniul de îngrijiri la domiciliu, în special îngrijitori.

4.5. Studiu de caz: CARITAS MOLDOVA

Prestator: Fundația de Binefacere Caritas Moldova, str. Gheorghe Asachi 30/1, Mun. Chișinău, e-mail: secretariat@caritas.md, Pagina web: www.caritas.md



Aria geografică

Serviciul de îngrijire socio-medicală la domiciliu este prestat pe partea dreaptă a râului Nistrului în or. Chișinău și suburbiile (Stăuceni și Bubuieci); s. Stârcea, r-nul Glodeni; s. Grigorăura, r-nul Raionul Sângerei, iar pe partea stânga a râului Nistrului în or. Tiraspol; r-nul Râbnîța și s. Rașcov, r-nul Camenca.

Profilul beneficiarilor

Beneficiari ai serviciilor pot fi: Vârstnici 65+; Bolnavi cronici; Persoane cu handicap neuro psihomotor; Persoane defavorizate social; Persoane fără sprijin din partea rudelor; Persoane cu boli incurabile și/sau cronice, dependente de îngrijitor; Invalizi de grupa I, de boală, de muncă, din copilărie, de război dependenți de îngrijitor; Pensionari dependenți de îngrijitor; Persoane singuratice, dependente de îngrijitor. Persoane cu venitul mai mic de 10% din coșul minim de consum dependente de îngrijitor. Selectarea beneficiarilor se face pe baza unor criterii medicale și sociale argumentate prin documente și exclude orice discriminare etnică, de vârstă sau sex, de apartenență politică, socială sau religioasă.

Condițiile de accesare a serviciilor

Asistența medico-socială se acordă la cererea persoanei vârstnice interesate, a reprezentantului legal al acesteia, a personalului de specialitate, care au ca obiect de activitate asistența medico-socială a persoanelor vârstnice. În situația în care starea de sănătate a persoanei vârstnice nu permite obținerea consimțământului acesteia, decizia se ia de serviciul social al consiliului local, pe baza anchetei sociale și a recomandărilor medicale făcute de medicul de familie, prin consultarea și a medicului specialist, cu acceptul rudelor de gradul I ale persoanei respective sau, în lipsa acestora, cu acceptul unui alt membru al familiei. Dreptul de asistență medico-socială se stabilește pe baza anchetei medico-sociale, cu respectarea criteriilor prevăzute în grila națională de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice. Ancheta se realizează de o echipă de specialiști formată din asistent social și asistent medical.

Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face de către medicii de specialitate din ambulatoriu, inclusiv medicii de familie și de către medicii de specialitate din spitale în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului.

Tipuri de servicii oferite la domiciliu

Pentru beneficiari sunt disponibile următoarele servicii medico-sociale de îngrijire la domiciliu:

Îngrijire medicală la domiciliu: pansamente, tratamentul și profilaxia escarelor, îngrijirea plăgilor, suprimarea firelor, măsurarea tensiunii arteriale, puls, glicemie, montare sondă vezicală la femei, spălaturi vezicale, dozarea, controlul și administrarea medicamentelor, masaj, gimnastică recuperatorie, instruire aparținătorilor

Îngrijiri de bază: spălarea bolnavului, ajutor în realizarea igienei corporale, ajutor la îmbrăcăminte – dezbrăcare, schimbarea lingeriei de pat, ajutor în alimentație, aplicare pampers, sprijin la deplasarea în interior și exterior, spălarea și călcarea lingeriei, curățenie în locuință, cumpărături, plata facturilor, intermedierea rețelei medic/beneficiar, procurare medicamente, plimbări cu bolnavul etc.

Servicii sociale: efectuarea anchetelor sociale, consiliere socială, sfaturi în îngrijire, organizarea activităților de socializare.

Închiriere de dispozitive medicale ajutătoare.

Modul de organizare a serviciilor

Durata pentru care o persoană în etate poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se stabilește de medicul care a făcut recomandarea, cu obligativitatea precizării ritmicității/periodicității serviciilor. Caritas Moldova acordă servicii conform unui plan de îngrijiri stabilit în conformitate cu recomandările făcute de către medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu de specialitate și medicii de specialitate din spital. Fiecare beneficiar primește săptămânal de la 1-3 vizite, în dependență de necesitate. Timpul mediu de vizită la domiciliu pentru un pacient este de maximum 2 ore.

Tipul/categoriile personalului implicat în prestarea serviciilor

Serviciul de îngrijiri la domiciliu este coordonat de către un medic și este prestat de către 10 asistente medicale cu studii medii de

specialitate, categoria I și superioară și șapte asistenți sociali cu studii superioare de specialitate.

Mecanism de monitorizare/evaluare a serviciilor

Monitorizarea și evaluarea serviciilor oferite beneficiarilor se realizează prin: Autocontrol și autoevaluare; Control intern general al documentelor; Controlul prestării manipulațiilor medicale; Evaluarea cazurilor dificile; Verificare selectivă a unor manipulații efectuate și documente relevante; Evaluarea cazurilor dificile, divergențe de diagnostic; Analiza indicatorilor de performanță; Evaluarea activității întregului personal; Controlul îndeplinirii procedurilor interne și regulamentului de organizare și funcționare.

Mod de finanțare a serviciilor

Serviciul este susținut de Fondul de bază al asigurărilor obligatorii de asistență medicală prin intermediul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, din donații și finanțatori externi.

Replicarea modelului de servicii

Serviciul de îngrijiri medico-sociale realizate în cadrul centrelor și la domiciliu poate extins la nivel național în cazul când: (i) Există parteneriate cu APL în scopul prestării serviciilor de îngrijire medico-sociale la domiciliu (ii) Există finanțare stabilă, în special dezvoltarea unui mecanism de contractare a serviciilor sociale, care să asigure implementarea și răspândirea practicii de contractare a serviciilor către APC și APL de la prestatorii privați; (iii) Există un mecanism de cooperare intersectorial pentru prestatorii publici și privați de servicii medicale și sociale, cu responsabilități pentru fiecare parte sau dezvoltarea Managementului de caz pentru persoanele vârstnice după Modelul Național de bune Practici, funcțional.

Referințe

Aliona Sirbulenco. Analiza Programului Unic al Asigurării Obligatorii de Asistență Medicală din perspectiva distribuției și a utilizării structurale, Chișinău, 2021

Ana Niculia. Notă informativă privind nevoile de îngrijiri medicale la domiciliu și unele modele de finanțare din FAOAM, 2021

Diana CHEIANU-ANDREI. Home care in the Republic of Moldova: the challenges for health and social policies, Theoretical and scientific journal, p.100-112, Nr. 1/2019.

Evaluarea serviciilor de îngrijire socială și medicală la domiciliu în Republica Moldova, Centrul de Investigații și Consultanță „SocioPolis”, Chișinău, 2018

Garam I, Zadnipru M, Doronin V, Matei A, Mosca I. Își pot permite persoanele să achite serviciile de sănătate? Noi dovezi privind gradul de protecție financiară în domeniul sănătății din Republica Moldova, 2020, disponibil la <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337542/WHO-EURO-2020-1597-41348-56298-ron.pdf>

Iațco Mariana. Evaluarea serviciilor sociale și a mecanismelor instituționale, 2017, IDIS „Viitorul”, disponibil la <http://www.viitorul.org/files/library/Policy%20Paper%20%20Mai%202017%20Evaluare%20%20servicii%20sociale%20II.pdf>

Identificarea barierelor și lacunelor în procesul de contractare de către stat a serviciilor furnizate de OSC-uri, Chisinau, 2018, disponibil la http://cdpd.md/wp-content/uploads/2018/09/Ident_-barierelor-%C8%99i-lacunelor-%C3%AEn-proc_-contractare-de-c%C4%83tre-stat-a-serviciilor-furnizate-de-OSC-1.pdf

Ilaria Mosca. Analiza Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017 în Republica Moldova, Raport final, disponibil la <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/09/STUDIU-EN-healthcare-system-evaluation-2008-2017.pdf>

Palihovici Liliana. Raport privind mecanismele de acreditare, contractare și finanțare a serviciilor sociale, 2020, disponibil la http://ivcmoldova.org/wp-content/uploads/2020/12/APSCF_raport-mecanismeacreditare-8.pdf

Population Situation Analysis, Center for Demographic Research, Chisinau, 2016, disponibil la https://moldova.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PSA_engleza.pdf

Raport anual privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, 2020, disponibil la http://cnam.md/httpdocs/editorDir/file/RapoarteActivitate_anuale/2020/Raport%20anual%202019%20FAOAM%20ro.pdf

Raport de analiză a cadrului normativ și a mecanismului de finanțare a sistemului de îngrijire alternativă în Republica Moldova, disponibil la <https://bettercarenetwork.org/sites/default/files/2021-10/Raport%208%20Legal%20and%20Funding%20Report%20300.pdf>

Raport social anual 2018, disponibil la <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/10/RAPORT-SOCIAL-ANUAL-2018.pdf>

Raport social anual 2019, disponibil la https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2021/05/RAPORT-SOCIAL-ANUAL_2019.pdf

Raportul auditului financiar al Raportului Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2018, Curtea de Conturi a Republicii Moldova, disponibil la <https://documents1.worldbank.org/curated/fr/513121566391293859/pdf/Moldova-Health-Transformation-Project-P144892-National-Health-Insurance-House-program-audit-for-FY2018-Romanian.pdf>

Kinaesthetics este știința experimentală preocupată de studiul competenței de mișcare ca o componentă fundamentală a vieții umane. Kinaesthetics se bazează pe experiența și percepția mișcării proprii. Conduce la o sensibilitate crescută asupra calităților și diferențelor mișcării proprii în cadrul activităților vieții cotidiene. Pe baza cererii permanent-crescătoare de cursuri și formări, Kinaesthetics a devenit astăzi o rețea de formare Europeană condusă decentralizat, incluzând diferite organizații de țară și circa 1,000 de traineri Kinaesthetics. Preocuparea cu Kinaesthetics poate veni în ajutorul persoanelor de orice vârstă, atât din punct de vedere profesional cât și personal. Kinaesthetics este apreciat cu predilecție în profesiile, în care contactul corporal este de la sine înțeles, promovând calitatea mișcării proprii, calitatea îngrijirii, asistenței sau terapiei, implicând sănătatea proprie și a celui alt. <https://www.kinaesthetics.net/home.cfm?lang=RO>