

Asistența Medicală în Spitale și la Domiciliu

Raport Transnațional



Număr Proiect: 517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

Inițiator Proiect: Presidio Sanitario Gradenigo

Perioada de referință: 1 Noiembrie 2011 – 30 Aprilie 2012



**Programul de
Învățare pe tot
Parcursul Vieții**

Acest proiect a fost finanțat cu sprijinul Comisiei Europene. Această publicație reflectă numai perspectivele autorului, iar Comisia nu este responsabilă pentru utilizarea informațiilor care apar aici.

Cuprins

Rezumat	3
1. Introducere în Situația Transnațională.....	4
2. Principalele Tendințe Naționale	14
3. Organisme Naționale responsabile pentru serviciile de asistență medicală la domiciliu.....	23
4. Politici naționale implementate pentru a promova și a îmbunătăți serviciile de asistență medicală la domiciliu.....	32
5. Strategii și inițiative dezvoltate la nivel național și local pentru promovarea și îmbunătățirea serviciilor de asistență medicală la domiciliu.	38
6. Descrierea Cursurilor de Formare pentru Asistenții Medicali Profesioniști în Domeniu.	46
7. Identificarea celor mai bune practici.	56
8. Concluzii.....	69
9. Bibliografie și Referințe	70



Asistența Medicală în Spitale și la Domiciliu

Raport Transnațional

Sabrina Grigolo

Presidio Sanitario Gradenigo

Turin, Italia

sabrina.grigolo@gradenigo.it,

Rezumat

Fiecare partener are povestea sa, cultura sa, felul său de a organiza și de a administra serviciile pentru sănătatea cetățenilor.

Proiectul Heppy este un proiect experimental, care participă la activitățile partenerilor Serviciului Național de Sănătate (NHS), urmând o perspectivă a integrării sistemului și o îmbunătățire a rezultatelor asistenței medicale.

Medicina narativă, metodologia „pedagogiei părinților” și Clasificarea Internațională a Funcționalității (ICF) sunt elemente inovatoare care, dacă sunt introduse corespunzător în câteva contexte experimentale, devin strategii pentru a îmbunătăți îngrijirea pacienților.

Acest raport transnațional este rezultatul unui grup de lucru, în care toți partenerii își aduc contribuțiile, pe bazele următoarelor faze:

- 1. implicarea părților interesate, profesioniștilor, pacienților și asistenților medicali*
- 2. strângerea descrierilor narrative ale participanților*
- 3. descrierea sistemelor regionale și naționale de sănătate*
- 4. descrierea sistemului național de asistență medicală la domiciliu*
- 5. validarea raportului transnațional*

Fiecare partener a contribuit într-o măsură importantă la raportul transnațional.

Aș dori să mulțumesc tuturor partenerilor, grupului de lucru și, în special, Asociației “PIXEL” pentru activitățile de verificare și editare.



1. Introducere în Situația Transnațională

Republica Italiană protejează sănătatea ca și drept fundamental al individului și ca interes colectiv, și garantează asistența medicală gratuită celor nevoiași. Nimeni nu poate fi obligat să se supună unui tratament de sănătate decât dacă legea prevede întocmai. Legea nu poate să încalce, în niciun fel de circumstanțe, limitele impuse de respectul pentru persoana umană.

Principiile fondatoare sunt:

- Responsabilitatea publică pentru asistența medicală
- Demnitatea Umană
- Accesul egal la asistență medicală pentru toți cetățenii
- Eficacitatea costului în ceea ce privește utilizarea resurselor
- Finanțarea publică a asistenței medicale prin impozitare generală.

Cu legea Nr. 833 din 1978 numită "Legge di riforma sanitaria" (Legea reformei asistenței medicale), Serviciul Național de Sănătate a stabilit protejarea sănătății fizice și mentale a oamenilor ca și drept fundamental al individului și ca interes colectiv. (articolul 1)

Serviciul Național de Sănătate din Italia este guvernat atât la nivel național, cât și la nivel regional.

La nivel național, prin Guvernul Central și Ministerul Sănătății, pentru chestiunile legate de principiile fundamentale de sănătate, stabilite prin legi și îndrumări, și determinarea nivelurilor esențiale de asistență medicală, stabilesc pentru prima dată în 2001, care sunt serviciile pe care NHS trebuie să le ofere tuturor cetățenilor, în mod gratuit, în momentul accesului sau la achitarea unei taxe (bilet) de co-plata și pentru care Ministerul Sănătății garantează la nivel național. La nivel regional, prin cele 19 Regiuni și prin cele 2 provincii autonome, ca și autorități generale administrative și legislative, pentru stabilirea și organizarea structurilor și serviciilor de sănătate. Regiunile sunt de asemenea direct responsabile pentru oferirea asistenței medicale locale, care ar trebui să fie specifică și cerințelor teritoriale. Conferința Regiunilor Statului unește autoritățile naționale și regionale, pentru a asigura drepturi egale de asistență medicală pentru toți cetățenii.

Planul Național de Sănătate, întocmit de Ministerul Sănătății, de Regiuni, de sindicate și de alte părți interesate, identifică necesitățile pentru politica italiană a sănătății, care trebuie aprobat de către Conferința Regiunilor Statului.

Domeniul de activitate și responsabilitatea profesiilor de asistență medicală sunt stabilite de conținutul Decretelor Ministeriale, care determină profilurile lor profesionale și conținutul Sistemelor Educaționale ale, Cursurile pentru Grad și cursurile post-universitare de formare, precum și codurile specifice de conduită.

În domeniul profesiilor legate de îngrijirea medicală, de obstetrică, reabilitare, asistență medicală, de profesiile tehnice și de profilaxie, regiunile au jurisdicție cu privire la identificarea și formarea profilurilor operatorilor de sănătate publică ce nu pot fi repartizați în categoria profesiilor de asistență medicală menționate mai sus; totuși, identificarea noilor profesii de asistență medicală ce trebuie introduse într-unul din domeniile la care se face referire în Articolele 1, 2, 3 și 4 ale Legii din 10 August 2000, nr. 251 (profesii legate de îngrijirea medicală, de obstetrică, reabilitare, asistență medicală și profilaxie), a căror exercitare trebuie recunoscută pe întregul teritoriu național, are loc în timpul transpunerii directivelor UE, adică la inițiativa Statului sau a Regiunilor, în concordanță cu cerințele referitoare la obiectivele asistenței medicale, prevăzute în Planul Național de Asistență Medicală la Domiciliu sau în Planurile Regionale de Sănătate, care nu corespund profesiilor care sunt deja recunoscute. Definirea funcțiilor care caracterizează noile profesii are loc prin evitarea procedurilor și se suprapune cu profesiile care sunt deja recunoscute sau cu specializările similare.

Ministerul Sănătății este implicat în programarea nevoilor calitative și cantitative ale Serviciului Național de Sănătate, pentru personalul medical licențiat și specializat, și în programele de formare în domeniul medicinei generale.



Anumite profesii de asistență medicală sunt adunate în Asociații și Facultăți, aflate în fiecare provincie a teritoriului național. Alături de profesiile deja constituite în Asociații (doctori chirurghi și dentiști, doctori medicali, chirurghi veterinari, farmaciști) și Facultăți (moașe, radiologi TSRM, asistenți medicali profesioniști, asistenți de îngrijire medicală și administratori IPASVI de îngrijire a copiilor), cele mai recente prevederi în domeniul profesiilor de asistență medicală asigură transformarea în Asociații a Facultăților profesionale, care există deja, precum și crearea de Asociații pentru acele profesii care actualmente nu aparțin de nicio Asociație. În prezent, cele 22 de profesii de asistență medicală recunoscute sunt practicate de aproximativ 500.000 de profesioniști, care lucrează în domeniile de îngrijire medicală, obstetrică, reabilitare, în domeniul tehnic și în cel al profilaxiei.

În cadrul Legii din 4 August 2006, nr. 248, noile reguli despre publicitate sunt acum încredințate Asociațiilor, care trebuie să asigure respectarea regulilor privitoare la corectitudinea profesională, în așa fel încât, publicitatea să fie făcută în conformitate cu criteriile de transparentă și veridicitate a calificărilor profesionale și a absenței oricărei ambiguități, pentru a proteja interesele utilizatorilor.

Principalele asociații și facultăți sunt:

- Doctori Responsabili pentru Asistență Medicală la Domiciliu,
- Generaliști în Igiena și Medicină Preventivă (sau Sănătate Publică)
- Generaliști și Pediatrii de Familie
- Asistenți Medicali
- Psihologi
- Educatori profesioniști
- Asistenți sociali
- Angajați în asistență medicală și socială.

Integrarea asistenței medicale și sociale este reglementată ca și metodă de coordonare a performanței sociale, considerată ca reprezentând toate activitățile care trebuie să respecte, prin metode de asistență integrată, nevoile de sănătate ale oamenilor, necesitând atât asistența medicală, cât și acțiuni de protecție socială, care să asigure asistența medicală și sprijin de reabilitare, chiar și pe termen lung.

În contextul activităților de asistență medicală și socială, trebuie să menționăm: a) activitățile de asistență medicală de importanță socială, ex. acele activități care au ca scop promovarea sănătății, profilaxia, depistarea, eliminarea și izolarea rezultatelor degenerative sau nevalabile ale patologiilor congenitale și dobândite; b) activitățile sociale cu importanță în asistența medicală, ex. toate activitățile întreprinse de sistemul social, care au ca scop sprijinirea oamenilor nevoiași, cu probleme de dizabilitate sau excludere socială, care le afectează sănătatea; c) activitățile de asistență medicală și socială, care implică integrarea superioară a asistenței medicale, caracterizate mai ales prin importanța terapeutică și prin prezența componentelor asistenței medicale, care se bazează mai ales pe domeniile referitoare la mamă și copil, la bătrâni, la dizabilități, la tulburări psihice și la dependența de medicamente, alcool și droguri, patologii datorate infecțiilor cu HIV și boli în faza terminală, incapacitate sau dizabilitate, care rezultă din stări cronice degenerative.

Această împărțire încearcă să clarifice una dintre problemele centrale ale disciplinei din domeniul îngrijirii medicale, și anume problema competenței în domeniul managementului, la nivel de planificare și cu referire la povara financiară, din moment ce astfel de funcții sunt de interes comun atât pentru Serviciile Regionale de Sănătate, ca aspecte direct legate de asistența medicală, și pentru Municipii, ca profiluri care sunt mai strâns legate de asistența socială.

Ca și rezultat al intrării în vigoare a noului Titlu V al Constituției, o altă chestiune se ocupă cu, și face referire la subiectul legăturii fiecărei activități cu domeniul paralel al „protecției sănătății”, ex. domeniul „asistenței sociale; din moment ce, cea din urmă ține de competența Regiunilor, aceasta permite disciplinele diferențiate pe bază regională, fără să fie supusă unui filtru al „principiilor fundamentale”. În orice caz, oricare ar fi soluția reconstructivă, în domeniul activităților sociale, Statul păstrează



competența legislativă exclusivă, care are ca și subiect, determinarea nivelurilor esențiale ale performanței, cu referire la drepturile civile și sociale, care trebuie garantate pe întregul teritoriu național, lucru care trebuie privit ca și competență, care le elimină pe celelalte și care este astfel capabilă să derogheze de la puterea legislativă regională.

Sarcina de a asigura integrarea asistenței medicale și sociale este atribuită Districtului, o filială organizațională a Unității Locale de Sănătate, prin organizarea și oferirea serviciilor primare de asistență medicală, referitoare la activitățile de asistență medicală și socială, precum și prin oferirea serviciilor de asistență medicală cu relevanță socială, caracterizate printr-o integrare specifică, și prin prevederea de activități sociale cu importanță, referitoare la asistența medicală, în cazurile în care acestea sunt delegate de către Municipii.

Printre diferitele metode de a promova integrarea asistenței medicale și sociale, există atât acordul celor mai bune zone comunitare, din punct de vedere social, cu districtele sanitare, cât și planificarea integrată, promovată prin diferite instrumente: acordul asupra activităților de asistență socială și medicală al Programului Activităților Comunitare (PAT), care determină resursele pentru integrarea asistenței medicale și sociale, precum și amplasarea facilităților pe teritoriul de competență; participarea la Conferința Primarilor, pentru verificarea realizării obiectivelor în sectorul sănătății; acordurile programului dintre Unitățile/Municipiile Locale de Sănătate și/sau acordurile care încorporează conținutul de sănătate al PAT și Harta de Zonare.

În special, Legea 328/2000 a stabilit problema legăturii dintre sectorul de sănătate și zona socială, impunând, în ceea ce privește partea organizațională, crearea unor foruri adecvate, prin coordonarea și acordul celor două filiale comunitare, pentru a facilita integrarea reală a asistenței medicale și sociale; în ceea ce privește partea de planificare, coordonarea se va face între planificarea zonală și sectorială, din moment ce Municipiile, cu privire la sectorul de sănătate, vor oferi Harta de Zonare, în concordanță cu Unitatea Locală de Sănătate.

Printre conținuturile periodice ale planificării asistenței medicale și sociale, există prevederea pentru metodele integrate de asistență medicală și socială, care pot asigura continuitatea îngrijirii, în cadrul rețelei capilare a serviciilor, caracterizate prin „managementul” asistenței medicale a pacientului.

Sistemul Național de Sănătate din Spania este complex și își are rădăcinile în Constituția Spaniolă din 1978, care recunoaște dreptul spaniolilor la protecția Sănătății. În plus, articolul 43 al Constituției menționează faptul că „este de competența Puterilor Publice să organizeze și să fie responsabile pentru sănătatea publică, prin măsuri preventive și prin aranjarea serviciilor necesare”.

Legea Sistemului General de Sănătate din 1986 menționa principiul descentralizării și, plecând de la baza statului decentralizat menționa baza existenței celor 17 Subsisteme de Sănătate, care lucrează împreună, ca și restul de subsisteme ale Sistemului de Asistență Socială, pe bază de coordonare și cooperare. În 2002, procesul transferului competențelor de sănătate din Statul Comunităților Autonome a luat sfârșit, iar acum în Spania există 17 subsisteme de sănătate și un cadru general.

Serviciul Național de Sănătate se bazează acum pe imparțialitate și pe faptul că fiecare spaniol are același drept la sănătate, indiferent de locul de muncă, de situația socială sau personală a fiecăruia. Astfel, acest Serviciu de Stat are ca scop menținerea egalității în asistența medicală, în defavoarea diferențelor care pot apărea din existența multiplicității sistemelor, autorităților implicate și competențelor legale.

Principiile acestui sistem sunt:

- Universalitatea atenției: Oferirea de servicii de sănătate este asigurată pentru întreaga populație spaniolă, indiferent de locul de muncă al fiecăruia. Serviciile de sănătate sunt asigurate și pentru străinii, care sunt înregistrați în registrul municipal. Atenția este universală datorită unei finanțări mixte, și anume prin contribuții și impozite pentru securitatea socială.
- Deconcentrarea: Pe baza necesității de a fi mai aproape de populație și de a evita concentrarea în nucleul urban.



- Descentralizarea: Aceasta înseamnă implicarea Guvernelor Autonome în oferirea serviciilor de sănătate și, de fapt, astăzi acestea sunt furnizorii principali de servicii de sănătate din Spania.

Sistemul este organizat pe niveluri diferite de organizare și atenție. Cu referire la organizarea teritorială, există:

- Departamentul de Sănătate: Acest departament are ca scop stabilirea unui cadru și a unor politici generale pentru Sistemul Național de Sănătate din Spania.
- Comunitățile Autonome: Acestea au competențe legale în ceea ce privește Organizarea Serviciilor de Sănătate și în general pot lua decizii referitoare la nivelul de cheltuieli, la priorități și la sistemul de management al propriilor lor sisteme. Acestea nu pot refuza să ajute persoanele care au nevoie de asistență. Conform Legii Sistemului General de Sănătate și principiului de deconcentrare, care s-a stabilit, Serviciile de Sănătate trebuie să fie organizate în Domeniile de Sănătate și în Zonele Principale de Sănătate integrate în acestea, Comunitățile Autonome fiind cele responsabile pentru definirea limitelor lor teritoriale. Acestea sunt definite luând în considerare criteriile geografice, culturale, sociale, infrastructurale și alte criterii de proximitate, pe lângă criteriile demografice (Domeniile de Sănătate cuprind între 200.000 și 250.000 de persoane, pe când Zonele Principale de Sănătate cuprind între 5.000 și aproximativ 25.000).

Cu privire la Organizarea Serviciilor, Sistemul de Sănătate din Spania are Niveluri de Asistență diferite.

- Asistența Primară: Este primul nivel de atenție, iar obiectivul său este de a înțelege problemele de sănătate mai comune ale populației, de a se ocupa cu principalele acțiuni preventive și de a filtra și redirecționa cazurile către următorul nivel de atenție. Acest nivel este cel mai apropiat de cetățean, deoarece este mai accesibil și, în plus, oferă asistență medicală la domiciliul pacientului, atenție domiciliară urgentă și regulată. Cea mai mare realizare a acestui sistem este așa-numitul „Doctor de Familie”.
- Asistența Specializată: Este al doilea nivel al sistemului și este accesibil numai din Asistența Primară. Acest nivel folosește metode și tehnici mult mai specializate și complexe pentru diagnosticare. Atenția specializată are loc în Spitale, care există cel puțin câte unul pentru fiecare Domeniu de Sănătate. Ambele niveluri sunt coordonate cu scopul de a oferi cea mai bună Asistență Medicală și de a folosi cât mai eficient Resursele Sistemului de Sănătate.

Sistemul Național de Sănătate din Spania include, în cadrul Asistenței Primare așa-numita „Asistență Domiciliară”. Acest gen de acțiune se va desfășura de către Doctorii de Familie și de asistenții medicali, în cadrul domeniului de aplicare al Zonelor Principale de Sănătate (incluzând asistența oferită prin telefon sau cu asistența Tehnologiilor Informației și Comunicației – TIC). Atât Doctorii de Familie cât și asistenții medicali sunt responsabili pentru acest gen de sănătate, însă asistenții medicali sunt profesioniștii care sunt implicați mai mult în acest gen de activitate.

Legea din 1986, a Sistemului General de Sănătate, stabilește care este baza reformelor care introduc vizita la domiciliu, cu privire la sănătate. Această lege este înțeleasă nu numai din punctul de vedere al îngrijirii pacienților, ci și din punctul de vedere al acțiunilor preventive.

Acest gen de atenție, în cadrul domeniului asistenței primare, are următoarele scopuri: Cercetarea situației sănătății populației și a pacienților; Asistență pentru diferitele necesități de sănătate; Educația pentru Sănătate; sau un amestec al acestora. Astfel, intenția acestui gen de asistență nu este numai atenția acordată pacienților, ci atenția integrală, de la profilaxie până la îngrijirea paliativă.

Pentru o bună implementare, trebuie să existe un registru de activități, pentru a se cunoaște ce trebuie făcut. În plus, aceasta atenție și îngrijire trebuie să se desfășoare în jurul următoarelor principii: Universal, atât timp cât fiecare persoană are dreptul la sănătate, să aibă dreptul la acest gen de îngrijire; Descentralizarea, luând în considerare diferitele demarcații pentru oferirea serviciilor de sănătate; Participarea pacienților; Rațional, în utilizarea corespunzătoare a resurselor adecvate pentru fiecare intervenție; și Normalizarea, în sensul de a nu izola pacienții, ci de a le oferi atenție în cel mai normal mediu posibil.



Dincolo de abordarea strict sanitară, există și o abordare socio-sanitară care a fost stabilită de Legea Sistemului General de Sănătate din 1986 și care a fost pusă în evidență prin Legea despre Dependența din 2006. Această Lege are o abordare care definește dependența ca și chestiune legată de problemele sociale și medicale, luând în considerare faptul ca dependența are legătură cu limitările de participare provocate de limitările funcțiilor și de limitările structurilor organismului, iar acest lucru înseamnă respectarea Clasificării Internaționale a Funcționalității. Au existat probleme diferite, care au făcut ca Legea să fie necesară într-o țară în care îmbătrânirea populației este mai mare decât în oricare altă țară din lume. Oamenii dependenți sunt cei care au nevoie de ajutorul altei persoane, pentru a desfășura anumite activități esențiale de autoîngrijire, în viața lor.

Coordonarea dintre serviciile sociale și asistența medicală la domiciliu (fie că este vorba de asistența oferită de serviciile de atenție primară sau de servicii specializate, oferite de spitale) este vitală pentru oferirea asistenței integrale, care îmbunătățește situația pacienților în general. Astfel, în acest domeniu, serviciile sociale au sarcina de a oferi acces la serviciile și resursele de stat necesare și disponibile, în cantitatea și la calitatea necesare, care ajuta la îmbunătățirea situației pacienților.

Toate acestea trebuie efectuate în conformitate cu următoarele principii, pe care le oferă Constituția din 1978 și Legea Generală a Sănătății: Universalitate; Raționalizarea cheltuielilor publice, luând în considerare o abordare de planificare cost – profit; Accesibilitate, în sensul în care populația are acces la acest gen de servicii: Acțiunea de Decentralizare.

Această lege se orientează spre pacienții infirmi și cu afecțiuni cronice, considerându-i a fi subiecți ai unui domeniu integrat al acțiunii, care include ambele tipuri de servicii, sociale și medicale. Dincolo de domeniul serviciilor de sănătate publică, ce sunt coordonate cu serviciile sociale, asistența este furnizată de o gamă largă de instituții și companii, care oferă asistență socială acestei populații, în cadrul oferit de Legea despre Dependență.

De fapt, și dincolo de alte chestiuni, în Spania exista numai două Programe Naționale de Asistență Medicală. Acest lucru se datorează felului în care este construit sistemul. Fiecare Comunitate Autonomă organizează propriile sale servicii de sănătate, datorită modelului descentralizat din punct de vedere teritorial al Spaniei. Aceasta înseamnă că este foarte greu să se discute despre programe omogene, tendințe sau cifre.

Cu privire la programele naționale, așa cum s-a menționat mai sus, există două astfel de programe. Programul, oferit persoanelor imobilizate, furnizează servicii de asistență medicală la domiciliu celor care nu se pot deplasa la cabinetul doctorului, deoarece nu se pot mișca. Și programul pentru persoanele cu boli în faza terminală, care oferă persoanelor cu boli în faza terminală și familiilor acestora îngrijire, în ultimele momente de viață ale pacientului.

Aceste două programe fac parte din serviciile de atenție primară și au loc peste tot în Spania. Alte servicii de atenție primară pot fi stabilite de către Regiuni. Celelalte servicii, precum atenția paliativă sau asistență pentru boli concrete cum ar fi SIDA sau EPOC, fac parte din atenția specializată și pot fi diferite, în funcție de regiunea Spaniei.

În 2009, a fost proiectat Planul de Reorganizare al **Sistemului de Asistență Medicală din Lituania**, stabilindu-se direcțiile cheie pentru reorganizarea sistemului de asistență medicală din Lituania. Guvernul a dat undă verde programului pentru a treia fază a Restructurării Instituțiilor și Serviciilor de Asistență Medicală, care a anticipat distribuirea instituțiilor pentru pacienții spitalizați în trei niveluri – local, regional și național – fiecare oferind un set de servicii fără dublarea funcțiilor. Rețeaua de instituții pentru pacienți spitalizați și structura serviciilor de sănătate au fost optimizate, pentru implementarea programului în 2010. Economii au fost direcționate către formarea doctorilor și consultanților specialiști, care se ocupa de pacienți. Conform cu activitățile specifice ale planului de implementare ale acestui program și ale Planului de Măsuri pentru Implementarea celei de-a Treia Faze a Restructurării Instituțiilor și Serviciilor de Asistență Medicală, aprobate de Ordinul Nr. V-1114 al Ministerului Sănătății din Republica Lituania, începând cu 30 Decembrie 2009, (3) 16 instituții de sănătate au fuzionat și au devenit spitale mai mari. În 2010, au mai rămas 65 de spitale din 81. Au apărut dezbateri majore în mass-media și în Parlament datorită acestor schimbări.



Ministerul Sănătății este responsabil pentru administrarea generală a întregului sistem de asistență medicală. Este puternic implicat în întocmirea documentelor legale și în oferirea reglementării îndelungate pentru sector. Jumătate din spitalele lituaniene sunt spitale generale și au 67% din locurile de spitalizare din țară. Există și 36 de spitale specializate, trei spitale de reabilitare și 33 de sanatorii. Până în iulie 2010 Ministerul Sănătății a administrat direct 13 din aceste instituții naționale de asistență medicală. La nivel regional, administrațiile sectoriale au guvernat anumite spitale și centre specializate de îngrijire, cu implicarea Ministerului. Municipiile aveau adesea spitale mici sau medii.

Există de asemenea și câteva instituții de asistență medicală. Cu declinul din domeniul instituțiilor de asistență medicală care sunt direct administrate, întreținerea și dezvoltarea asistenței medicale terțe a devenit centrul activităților administrative ale Ministerului Sănătății. Ministerul împarte acum responsabilitatea pentru administrarea a doua spitale majore din Lituania cu Universitatea de Stat Vilnius și cu Universitatea Medicală Kaunas. Ministerul Sănătății are responsabilitatea generală pentru performanța sistemului de sănătate publică. Prin Centrul Sănătății Publice de Stat, acesta administrează rețeaua de sănătate publică incluzând zece centre sectoriale de sănătate publică, împreună cu filialele lor locale (în total 50 de instituții).

La nivel regional, fiecare dintre cele zece sectoare are un sector guvernant, care este desemnat de către Guvernul din Lituania și care este responsabil pentru implementarea politicii statului într-un număr de sfere, inclusiv cea a asistenței medicale. Funcțiile asistenței medicale sunt îndeplinite de către postul Doctorului de Sector. Anumiți furnizori de servicii medicale (spitale județene, instituții specializate de asistență medicală) sunt guvernați de administrația sectorială. Deciziile din această rețea luate de furnizori necesită participarea Ministerului Sănătății. Sectoarele se ocupa cu executarea programelor de sănătate ale statului în regiunile respective.

Un studiu național despre pacienți și despre furnizorii de servicii medicale în 2010 a arătat că accesul asistenței medicale primare în zonele urbane în termenii timpului de așteptare a unui doctor de familie este mai slab decât în zonele rurale. Dacă în orașele mari timpul mediu de așteptare pentru un doctor de familie este de 4,2 zile, în zonele rurale este de 2 zile.

Putem afirma că sistemul de asigurare a sănătății, în **România**, a fost până în 1989 și câțiva ani după aceea, un sistem caracterizat prin centralism și limitarea libertății de opțiune. Legat de acest aspect, scopurile reformei din 1998 au vizat:

- creșterea eficienței în folosirea resurselor;
- îmbunătățirea relației medic-pacient;
- îmbunătățirea stării de sănătate a populației;
- creșterea nivelului de satisfacție a pacienților și a furnizorilor de servicii medicale.

Principiile sistemului de asigurări sociale de sănătate din România implică:

- alegerea liberă a Casei de Asigurări de Sănătate: asiguratul nu este legat de comună, orașul sau județul în care locuiește, banii și informațiile îl vor urma indiferent de alegerea pe care o face;
- solidaritatea și subsidiaritatea în colectarea și utilizarea fondurilor;
- participarea persoanelor asigurate, a statului și a angajatorilor la managementul fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;
- concurența rezultată din libertatea alegerii, medicii care dau dovadă de profesionalism fiind avantajați, solicitați de asigurat;
- acordarea unui pachet de servicii medicale de bază, în mod echitabil și nediscriminatoriu, oricărui asigurat;
- confidențialitatea actului medical.

Funcțiile sistemului asigurărilor sociale de sănătate reunesc: colectarea fondurilor, administrarea și utilizarea acestora.



Contribuția fiecărei persoane active – direct și prin intermediul angajatorului - la formarea fondului de asigurări sociale de sănătate este obligatorie.

Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate se constituie din: contribuțiile angajaților (5.5%) și angajatorii (5.2%), subvenții de la bugetul de stat și bugetele locale, alte venituri.

Destinațiile fondului sunt: cheltuieli de administrare, funcționare și de capital (max 3%), fond de rezervă (cotă 1%), plata medicamentelor și a serviciilor medicale (restul până la 100%).

Evoluția oscilantă a veniturilor și cheltuielilor la fond indică faptul că autoritățile române nu au avut o strategie coerentă pe domeniul sănătății.

Principala destinație de la fond o reprezintă plata medicamentelor și a serviciilor medicale, pentru care Casele Județene de Asigurări de Sănătate încheie contracte de prestări servicii medicale cu furnizorii acreditați de Colegiul Medicilor din România.

Sistemul de sănătate românesc răspunde în continuare ineficient problemelor majore de sănătate ale românilor, modelul actual punând accentul pe asistență curativă și preponderent pe cea spitalicească, în defavoarea celei ambulatorii și de asistență primară.

Câteva considerații critice privind reforma sistemului de asigurare a sănătății în România vizează:

- subfinanțarea sistemului sanitar;
- utilizare arbitrară a resurselor;
- lipsa de integrare a serviciilor de sănătate;
- managementul deficitar al informațiilor din sănătate;
- lipsa unui sistem viabil de asigurare a calității serviciilor de sănătate.

Direcțiile de reformă propuse și soluțiile care ar putea rezolva aspectele problematice, trebuie să aibă mereu în vedere *obiectivul principal* al sistemului sanitar, adică *îmbunătățirea stării de sănătate a populației din România și accesul echitabil la servicii de sănătate*, care ar trebui să fie: *sigure, eficiente, prompte și eficiente*.

În prezent se lucrează la o nouă lege privind organizarea și funcționarea sistemului de sănătate din România, lege care ridică numeroase dezbateri.

Schimbările radicale politice, sociale și economice declanșate în Cehoslovacia, din noiembrie 1989, au adus reforme în sectorul sănătății. După 1989, au existat diferențe lente, dar sigure în dezvoltarea sistemelor de sănătate din **Republicile Slovacă și Cehă**.

Tabelul 3: *Speranța medie de viață și creșterea medie a speranței medii pe an*

		1960	1970	1980	1990	2001	2002
Speranta medie de viata la nastere	barbati	67.70	66.73	66.75	66.64	69.51	69.86
	femei	72.47	72.92	74.25	75.44	77.54	77.63
Creșterea medie a speranței medii de viață pe an	barbati	..	-0.10	0.00	-0.01	0.29	0.03
	femei	..	0.05	0.13	0.12	0.21	0.01

Sursa: (Anuarul Statistic al Republicii Slovacă 2003)

Există o segregare nefolositoare a asistenței medicale și sociale: unii furnizori sunt administrați de către Ministerul de Sănătate (ex. Agențiile de Asistență Medicală la Domiciliu – ADOS, etc.) și de către Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale, care administrează alte instituții. Astfel, într-o instituție se pot găsi servicii mixte și rambursări mixte ale cheltuielilor. Serviciile de asistență medicală ale doctorilor și specialiștilor se afla sub auspiciile Ministerului Sănătății, în timp ce serviciile sociale,



precum asistența de autoperfecționare catering-ul, transportul, sunt guvernate de Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale. Astfel, se poate întâmpla ca în instituțiile de asistență medicală sau de asistență la domiciliu, precum și serviciile sociale să nu fie rambursate de către companiile de asigurare pentru asistența medicală. Pe de cealaltă parte, există instituții sociale în care asistența medicală este furnizată, și care trebuie rambursată din asigurarea de sănătate și depinde mai ales de client și invers – în cazul în care clientul aflat într-o instituție de asistență medicală sau într-o agenție de asistență medicală la domiciliu are nevoie de servicii sociale, pacientul sau familia acestuia poate să solicite astfel de servicii contra unui cost suplimentar. Abordarea integrată, orientată spre pacient și asistența pentru persoanele care au nevoie de asistență pe termen lung, lipsesc. Asistența ambulatorie poate fi în formatul asistenței instituționale sau domiciliare.

Tabelul 5: Asistența medicală ambulatorie



În 2004, pentru prima oară în istoria legislaturii slovace, prin Legea nr. 576/2004 Coll., se vorbește pe larg despre asistența medicală. Articolul 5 al asistenței medicale ambulatorii definește asistența medicală la domiciliu ca asistență oferită de asistenți medicali sau de moașe cu competențe speciale în conformitate cu procedurile de asistență medicală. Asistența medicală la domiciliu este o formă de asistență medicală ambulatorie oferită unei persoane a cărei stare de sănătate nu necesită o furnizare continuă a asistenței medicale pentru perioade care depășesc 24 sau 16 ore. Rețeaua agențiilor este guvernată prin amendamentul ordinului statutar nr. 751/2004, despre rețeaua publică minimă a furnizorilor de servicii medicale și despre cerințele minime, conform cărora agenția de asistență medicală la domiciliu trebuie să aibă 1 asistent medical la 1000 de locuitori.

Cheltuielile, în 2008, pentru servicii au fost de 1.90 miliarde de €, ceea ce reprezintă 0,5% din toate activitățile asigurărilor de sănătate și, luând în considerare faptul că agențiile există de aproape 10 ani, valoarea cheltuielilor este foarte scăzută.

Rambursarea pentru serviciile de asistență medicală este limitată, iar agențiile lucrează pe bază de contract cu companiile de asigurare de sănătate, acele servicii, care nu sunt în contract, fiind rambursate de pacienți sau de familiile acestora. În instituțiile de asistență medicală este posibil să se ofere și asistență socială, caz în care depinde de pacient sau de familia acestuia să ramburseze aceste servicii.

Constituția poloneză, și mai ales articolul 68 al acesteia, prevede ca fiecare cetățean să aibă dreptul de a primi servicii medicale. Indiferent de situația financiară a cetățenilor, autoritățile publice vor asigura acces egal la serviciile de asistență medicală, finanțate din fondurile publice. Condițiile și domeniul beneficiilor sunt specificate de către statut. Sistemul de sănătate din Polonia se bazează pe modelul de asigurare (asigurare universală obligatorie), iar modelul constă în instituțiile stabilite pentru a oferi asistență medicală populației.

Sistemul de sănătate din Polonia pune accentul pe furnizarea de servicii medicale cetățenilor. Acest lucru se realizează prin oferirea de asistență medicală pacienților (beneficiarilor), prin furnizori de servicii medicale, cu participare la Fondul Național de Sănătate (NFZ). NFZ are un rol dublu, de plătitor public și reglementator public, prin încheierea de contracte cu furnizorii de servicii medicale și prin refinanțarea medicamentelor. Fondul Național de Sănătate este finanțat din fondurile publice, mai ales fondurile din primele obligatorii de asigurare de sănătate.

Bugetul Fondului Național de Sănătate, din 2008, a fost de aproape 49 miliarde de zlotzi (aproximativ 10 miliarde de euro). Rolul de furnizori în sistem îl au instituțiile de asistență medicală publice independente (SPZOZ), ex. spitale, clinici, clinici ambulatorii, dar și institutele de cercetare, fundații și asociații, farmacii, amplasamente pentru doctori, dentiști și asistenți medicali. Diagrama simplificată a sistemului de asistență medicală, din Polonia, este prezentată în Figură 1.

Baza sistemului de asistență medicală din Polonia este reprezentată de funcționalitatea așa-numitului „doctor de familie”, în structura cunoscută ca Asistența Medicală Primară (POZ) și colaborarea cu asistenții medicali și moașele. Doctorul este responsabil pentru oferirea tratamentului și pentru profilaxia pacientului „său”. În cazul în care starea pacientului necesită tratament special, doctorul de familie dă o trimitere la o clinică sau la un spital specializat. Obiectivul primar al asistenței medicale primare este de a menține pacienții într-o stare bună, precum și tratarea celor mai comune boli.



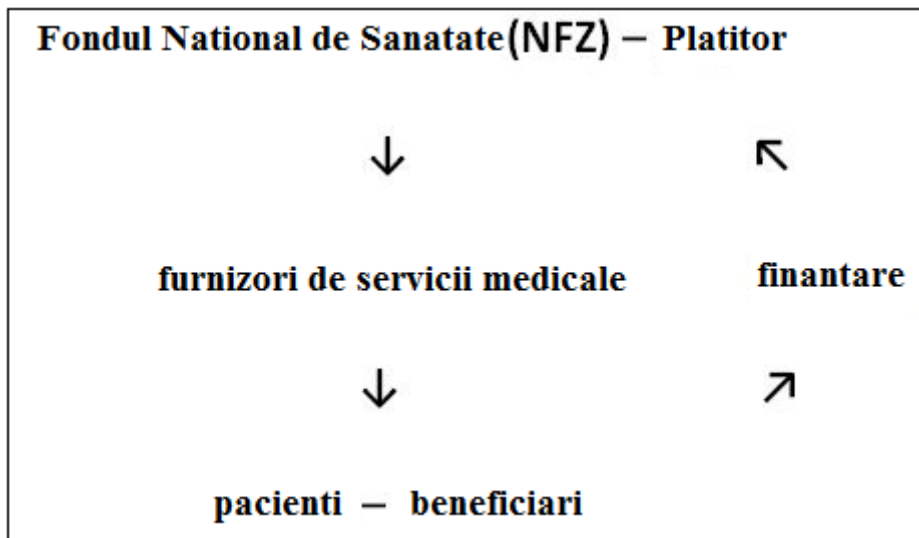


Figura 1. Sistemul de asistență medicală din Polonia.

Medicina de familie necesită o orientare multidisciplinară către pacient, dar în practică aceasta pune accentul pe medicină internă și pe pediatrie, așa că adesea rolul de doctor POZ nu revine expertului în medicină de familie, ci echipei formate din internist și pediatru. Echipa de asistență medicală primară, alcătuită din doctor de familie, asistent medical și moașă, în îndeplinirea rolului său, este strâns legată de echipele de asistenți sociali și de îngrijire paliativă.

2. Principalele Tendințe Naționale

În ultimul deceniu raportul dintre necesitate/cerere pentru asistență medicală și furnizarea de servicii s-a schimbat, în **Italia**, într-un mod relevant, datorită varietății factorilor, cum ar fi: îmbătrânirea progresivă a populației (aproximativ 20% din populația Italiei are vârste de peste 65 de ani); schimbarea structurii familiilor; intensificarea bolilor cronice degenerative; îmbunătățirea medicinei și tehnologiei.

Prognozele arată o creștere a speranței de viață, care rezultă în problema calității anilor de viață pe care oamenii i-au câștigat. Nivelul dizabilității se stabilește și începe să afecteze clasele alcătuite din oameni mai în vârstă, însă chestiunea lipsei autosuficienței apare ca o urgență reală în viitor.

Furnizarea de servicii medicale și sociale s-a schimbat, cu o scădere majoră a locurilor din spitale și, în același timp, cu o creștere lentă și inegală a dezvoltării serviciilor locale, unde încă există o mare incertitudine despre referințe.

Modelele de referință au intrat într-o perioadă de criză (criza din sectorul spitalelor: tratarea bolilor nu mai este singurul indicator al intervenției medicale; criza modelului social: tratarea bolilor este o parte integrantă a „capacității de a trăi” pentru persoanele nevoiașe, tratament care implică o dimensiune afectivă precum și o relație socială), fiind necesară o redefinire a priorităților Serviciului Național de Asistență Medicală la Domiciliu.

Proprietățile unui sistem imparțial, efectiv și eficient pentru lipsa autosuficienței sunt enumerate mai jos:

- este un sistem care recunoaște pacientul și familia acestuia ca și resursă principală și este un sistem care promovează subiectivitatea;
- este un sistem unitar, caracterizat printr-o integrare puternică a asistenței medicale și sociale, în așa fel încât utilizatorii să poată distinge diferitele tipuri de intervenții (intervenții medicale sau sociale), capabil să combine intervențiile multi-axiale și **multi-sectionale**, dincolo de acele intervenții care sunt strict legate de sănătate, asistență medicală, asistență socială, inclusiv, de exemplu, cele referitoare la sectoarele de domiciliu și de transport;
- este un sistem care investește foarte mult în termenii accesibilității și acționează intensiv pentru a garanta o limită minimă de acces și o primire călduroasă și prietenoasă;
- este un sistem dotat cu o capacitate puternică de a se orienta și de a-i ajuta pe cei care au nevoie de asistență, cu mediere tehnică în evaluarea necesităților, și care este capabil să monitorizeze calitatea și rezultatele intervențiilor;
- este un sistem comun, cu o prezență considerabilă a rețelelor neoficiale, centralizat în primul rând pe familie, pe muncă voluntară, pe al treilea sector. Mai presus de toate, acest sistem este atent cu referire la recunoașterea, prevenirea și combaterea izolării și singurătății oamenilor și familiilor care trăiesc și se confruntă cu probleme foarte complexe.

Al treilea sector va fi implicat într-un mod și mai rezonabil. În loc să fie impropriu chemat pentru a umple golul lăsat de asistența socială publică, în primul rând ar trebui să fie considerat ca stimul pentru inovația și flexibilitatea serviciilor, subsidiaritatea orizontală și solidaritate, și chiar, mai mult ca o forță motrice, pentru difuzia principiului de reciprocitate (care postulează proporționalitatea, în timp ce principiul de schimbare postulează echivalență).

Dacă scopul unui sistem de protecție a oamenilor cu un dezavantaj puternic, cum este cazul lipsei autosuficienței, este "de a nu părăsi și de a nu chinui pe nimeni", trebuie să ne întrebăm nu numai câte dintre necesități/cereri trebuie satisfăcute de intervenția publică (în cele din urmă, acestea vor fi oricum satisfăcute numai parțial), dar și cum și în ce măsură instituțiile statului asistențial (atât în domeniul asistenței medicale, cât și în domeniul social) pot fi cu adevărat de încredere pentru difuziunea și îmbunătățirea acestui principiu de reciprocitate, care se leagă de dezvoltarea comunității locale, de solidaritate și de subsidiaritatea orizontală în interpretarea sa corectă.



Punctul central este tot cel de a înțelege dacă și cum sistemul public va fi capabil să încurajeze nu numai creșterea capitalului economic și financiar, ci și a celui social. Chiar dacă acest obiectiv (creșterea capitalului economic) este sensibil și partajabil, este în mod inerent limitat, dacă luăm în considerare un termen lung (pentru progresul cererii) și dacă evaluăm viabilitatea sa (ex. recuperarea prin impozite mai mari pare improbabilă) sau actualitatea sa (creșterea eficienței manageriale a organizațiilor furnizoare este greu de realizat).

Este nevoie de resurse suplimentare, care, înainte de toate, trebuie să provină din propria reconversiune (ex. de la spitale sau resurse rezidențiale la resurse domiciliare), dar nu putem evita subiectul central: felul în care să putem umple golul dintre o cerere care pare să crească implacabil, atât în ceea ce privește aspectele cantitative, cât și pe cele calitative, cu referire la resurse – resurse publice, dar adesea și private – care nu vor crește corespunzător, nici măcar pe termen lung.

Nu întrezărim o soluție diferită de cea a implicării conștiente și coerente a comunității că tot unitar, cu presupunerea responsabilităților ca și cetățeni, cu o cooperare mai puternică între sectoarele publice și private și comunitatea locală.

În acest caz, autoritățile de asistență medicală și socială constituie pilonii fundamentali ai sistemului public; cu un înalt grad de integrare, sectorul de asistență medicală și socială pare să poată reprezenta agentul instituțional care este mai probabil să poată întreprinde procesul de integrare.

În contextul tratamentului pe termen lung, cu o determinare mai mare, sistemul public trebuie să își stabilească următoarele obiective:

- creșterea eficienței
- perfecționarea medierii tehnice a evaluării nevoilor, o practică scumpă, dar esențială pentru personalizarea intervențiilor
- depășirea logicii performanței cu referire la servicii și îmbunătățirea culturii și practicii unui „management” integrat al pacientului
- integrarea în alte zone ale Sociabilității pentru a „funcționa ca un sistem”, executând astfel intervenții intersecționale
- crearea de organizații „libere” de la birocrație și supraspecializare, răspândind competențe și cunoaștere până la cele mai joase niveluri ale organizațiilor, cu accent pe recuperarea securității și încrederii cetățenilor și operatorilor, devenind astfel mai conștienți de importanța deciziilor lor. Cetățenii/utilizatorii care sunt mai informați, mai competenți, mai obișnuiți cu o cerere mai matură, capabili să folosească serviciile într-o manieră mai corespunzătoare pot contribui la umplerea golului dintre furnizare și cerere și să creeze organizații complexe care vor putea cu adevărat să „ofere mai mult celor care au mai puțin”.

Actualmente în **Spania** există câteva metode furnizare a serviciilor publice și private de asistență medicală. Luând în considerare sectorul public, Legea Generală a Sănătății executat Decretul Regal care stabilește portofoliul general al serviciilor comune ale Sistemului Național de Sănătate (R.D. 1030/2006 din 15 septembrie). În acest Decret Regal se poate găsi un grup de servicii care sunt comune tuturor Comunităților Autonome. În primul rând, printre aceste servicii se poate găsi în domeniul atenției primare ceea ce se numește Asistență de Sănătate la cerere, fie programată sau urgență, în biroul său la domiciliul pacientului. În sistemul de sănătate din Spania se ia în considerare și Spitalizarea la Domiciliu în cazurile în care acest lucru va fi necesar. Așa cum s-a menționat înainte, sistemul este universal, astfel încât toată lumea are acces la acest fel de asistență.

Însă astăzi una dintre principalele probleme cu care se confrunta Sistemul Național de Sănătate este problema asistenței socio-sanitare. Această chestiune se leagă de îmbătrânirea generală a populației spaniole. Mulți autori vorbesc despre necesitatea de a integra ambele acțiuni pentru a îmbunătăți asistența oferită pacienților (pe baza unei abordări cuprinzătoare și socio-sanitare) și de a economisi bani prin evitarea acțiunilor duble sau necoordonate.

Se consideră că în Spania există 20.000.000 de pacienți care suferă de boli cronice. Acei pacienți reprezintă solicitarea principală a Sistemului de Sănătate din Spania. De fapt, acest fel de boli sunt



obiectul a 80% din orele de chirurgie ale atenției primare și 60% din orele de chirurgie ale atenției specializate. În termeni economici, este vorba de 70% din cheltuielile totale de sănătate din Spania și 6.7% din PIB. Asistența la domiciliu este aproximativ 40% din întreaga asistență oferită de doctorii de atenție primară.

O parte importantă din cele 20.000.000 de persoane este considerată a fi partea oamenilor dependenți (în jur de 4.000.000 de persoane). Aceasta înseamnă că aceștia nu pot să dezvolte așa-numitele activități ale vieții de zi cu zi (cum ar fi igiena personală sau îmbrăcatul, activități pe care o persoană trebuie să le facă fără ajutor pentru a duce o viață autonomă) și au nevoie de ajutorul unei alte persoane pentru a efectua aceste activități. Din acestea, 3.874.900 de persoane locuiesc în propriile lor case (singuri sau cu familia ori rudele) și numai 269.139 sunt instituționalizate.

Dacă luăm în considerare persoanele care locuiesc în propriile case, 2.088.200 au primit ajutor extern de toate felurile, mai ales ajutorul din partea familiei și rudelor (1.413.000 aveau îngrijitori neoficiali) pe când restul erau îngrijitori oficiali și profesioniști. Astfel, Spania se afla în așa-zisul Model al Statului Asistențial Mediteranean în care asistența medicală este esențialmente oferită pe o bază și pe un sistem familiar. Asistența medicală neoficială este cea oferită în cadrul rețelei sociale a pacientului și într-o manieră complet altruistă (fără niciun fel de organizații intermediare sau remunerații). Asistența medicală oficială este cea oferită de serviciile publice sau achiziționata de pe piața de către familii. În Spania s-a estimat că 88% din asistența medicală este oferită de către asistenți medicali neoficiali.

Actualmente, una dintre principalele tendințe este guvernată de Legea din 2006 care stabilește un sistem de asistență pentru persoanele dependente. Această lege împarte persoanele dependente în categorii diferite și oferă diferite servicii cu referire la gradul conform căruia persoanele au autonomie limitată. Această lege stabilește un sistem omogen de servicii sociale pentru teritoriul spaniol, încercând să depășească diferențele care există datorită faptului că Serviciile Sociale reprezintă una dintre competențele Comunităților Autonome. Astăzi, mulțumită acestei legi, există un cadru comun pentru asistențele sociale dedicate persoanelor neautonome din Spania. Dar încă mai pot exista diferențe între cele 17 Sisteme de Servicii Sociale datorită faptului că Sistemul Național stabilește numai minimul de asistență oferită diferitelor Comunități Autonome.

Deci, de fapt, în Spania una dintre principalele preocupări referitoare la asistența medicală dezvoltată la domiciliul pacientului este faptul că aceasta trebuie dezvoltată într-un cadru socio-sanitar. Trebuie să existe o legătură între serviciile de sănătate și serviciile sociale. Numai prin aceste mijloace va fi posibilă dezvoltarea unei asistențe cuprinzătoare oferite persoanelor care reprezintă partea principală a celor care primesc asistența medicală la domiciliu. Această asistență trebuie să ia în considerare mediul social și condițiile în care se desfășoară viața persoanei dependente, precum și circumstanțele sănătății sale.

Utilizatorii principali ai acestor servicii sunt diverși, dar cel mai important grup este format din persoane în vârstă care suferă de orice fel de pluripatologie sau dereglare funcțională, care au dificultăți în ceea ce privește autonomia lor, sau persoane care se afla în faza terminală a bolii și care au nevoie de îngrijire paliativă la domiciliu. Predominantă persoanelor care necesită acest tip de asistență medicală este de aproximativ 14% la persoanele cu vârste peste 65 de ani. În aceste cazuri, efortul trebuie depus pentru a satisface necesitățile de asistență medicală ale pacienților și pentru a educa și a sprijini persoanele din cadrul familiei care îi îngrijesc.

Înainte de independență din 1991, în Lituania nu a existat nici un sistem oficial de asistență medicală. Totuși, se ofereau diferite servicii la domiciliu, inclusiv asistența medicală de urgență în afara orelor de program; servicii de asistență medicală și socială pentru persoanele invalide și în vârstă printr-o organizație voluntară; și furnizarea de medicamente și tratamente prin personalul policlinicilor de asistență medicală. După independență, s-a inițiat un număr de servicii de asistență medicală, în mare parte ca răspuns la nevoile de îngrijire ale populației vârstnice, răspândite și aflate în creștere.

Aceste servicii aflate în plină evoluție sunt descrise ca și factori care facilitează și care inhiba dezvoltarea unui sistem național de asistență medicală la domiciliu pentru Lituania. Sistemul de asistență medicală pe termen lung din Lituania a rămas neschimbat în 2010. Ca și înainte, serviciile de



asistență medicală pe termen lung sunt organizate prin serviciile sociale și prin sistemul de asistență medicală.

Sistemul de asistență medicală pe termen lung este furnizat și finanțat de către Fondul de Stat de Asigurări de Sănătate printr-o asigurare de sănătate și de către municipii (în acest caz, Ministerul Muncii și Protecției Sociale acționează ca și organism politic). În cazul îngrijirii pacientului spitalizat, finanțarea serviciilor de sănătate pe termen lung ajunge până la o perioadă de 120 de zile. Tuberculoză, sănătatea mentală, îngrijirea paliativă și reabilitarea pacienților sunt finanțate de SHIF.4, 614 locuri pentru pacienți spitalizați (cu 178 mai multe decât în 2009) fiind alocate pentru îngrijirea pe termen lung în Lituania în sectorul de asistență medicală. În plus, asistența medicală domiciliară pe termen lung este furnizată la domiciliu sau în alte instituții pentru persoane care necesită îngrijire medicală pe termen lung.

În 2010, a continuat creșterea numărului de locuri pentru asistența medicală pe termen lung, precum și pentru reabilitare (tabelul 5)

Tabelul 5: Locurile pentru asistența medicală pe termen lung din sistemul de asistență medicală din Lituania între 2008-2010

Indicatori	2008		2009		2010	
	Locuri pentru asistență medicală pe termen lung	Locuri în spitale	Locuri pentru asistență medicală pe termen lung	Locuri în spitale	Locuri pentru asistență medicală pe termen lung	Locuri în spitale
Asistența medicală pe termen lung	4.400	30.765	4.436	31.020	4.614	32.141
Din care îngrijire paliativă	26	67	43	247	96	600
Reabilitare	1.290	16.175	1.320	15.647	1.378	17.333
Tuberculoză	1.267	5.720	1.231	5.510	1.150	4.966
Sănătate mentală	3.453	39.530	3.409	37.436	3.303	37.618

Sursă: Centrul Informațional de Sănătate al Institutului de Igienă, 2011.

Furnizarea serviciilor de asistență medicală la domiciliu pentru persoanele cu nevoi speciale a început în 2010. Serviciile au fost finanțate de către SHIF. Doctorii de familie lucrează într-o echipă cu specialiști în asistența medicală și, împreună cu specialiștii în asistența socială municipală, oferă asistență medicală familială pentru persoanele în vârstă și cu handicap, la domiciliu. Furnizorii privați există, însă serviciile lor nu sunt încă foarte populare. În plus, domeniul furnizării îngrijirii paliative s-a extins și s-a continuat un nou serviciu de reabilitare medicală pe termen lung la domiciliu.

Reforma asistenței medicale este un proces în desfășurare în Lituania, iar problemele sistemului sunt bine cunoscute atât de pacienți, cât și de personalul medical: liste lungi de așteptare, taxe suplimentare și plăți neoficiale în ciuda asigurării obligatorii de sănătate, salarii mici pentru personal, volum imens de muncă, atenție insuficientă pentru sănătatea publică și un stil de viață nesănătos, indicatori de sănătate slabă a populației, lipsa sistemului profilactic, etc. Majoritatea acestor probleme și motivele existenței lor au fost evaluate și sintetizate în 2010 în documentul strategic „Planul dezvoltării viitoare a sistemului de sănătate până în 2015”, care a fost aprobat de către Guvernul Lituaniei pe 26 ianuarie 2011.

Viziunea sistemului și mijloacele prin care scopurile sunt realizate sunt descrise în acest document. Programul național de sănătate, acceptat de Parlament în 1998, a luat sfârșit în 2010. Evaluarea externă și internă a programului are loc pe parcursul anului 2011, iar noul program va fi propus pentru următorul deceniu.



Contul sănătății naționale a fost de 6.931,5 milioane de LTL și a reprezentat 7.6% din PIB în 2009 (5.6% din PIB al cheltuielilor publice și 2.0% din cele private). Comparativ, în 2008 contul sănătății naționale a fost de 7.395,9 milioane de LTL și a reprezentat 6.6% din PIB (4.8% au fost cheltuieli publice și 1.8% cheltuieli private). Această descreștere s-a datorat crizei financiare și economice și unei scăderi generale a PIB.

În România se aplică Ordinul Nr. 318 din 7 aprilie 2003 - pentru aprobarea Normelor privind organizarea și funcționarea îngrijirilor la domiciliu, precum și autorizarea persoanelor juridice și fizice care acordă aceste servicii.

Prin îngrijire la domiciliu se înțelege orice activitate de îngrijire medicală prestată de personal specializat, la domiciliul pacientului, care contribuie la îmbunătățirea stării de bine a acestuia din punct de vedere fizic și psihic. Îngrijirea la domiciliu se efectuează numai la indicația medicilor.

Modalitatea de plată a furnizorilor de îngrijiri la domiciliu se stabilește prin contract între părți, pe baza tarifelor stabilite și negociate.

Beneficiarii îngrijirilor medicale la domiciliu sunt persoane cu afecțiuni acute și/sau cronice, care prezintă un anumit nivel de dependență și o capacitate limitată de a se deplasa la o unitate sanitară în vederea asigurării îngrijirilor ambulatorii recomandate de medici.

Pot fi furnizori de îngrijiri la domiciliu persoane juridice sau fizice autorizate de Ministerul Sănătății și Familiei pentru a presta aceste servicii.

Asigurarea asistenței medicale și a îngrijirii la domiciliul bolnavului este efectuată în conformitate cu nivelul de pregătire profesională a furnizorilor acestor servicii.

Furnizorii de îngrijiri la domiciliu sunt obligați să comunice medicului care a recomandat aceste servicii situația evoluției stării de sănătate a pacientului îngrijit.

LISTA îngrijirilor la domiciliu care pot fi asigurate de persoane juridice și fizice autorizate de Ministerul Sănătății și Familiei:

1. Evaluarea inițială: preluarea pacientului în maximum 48 ore de la solicitare, stabilirea planului detaliat de îngrijiri la domiciliu, împreună cu medicul care le-a recomandat, consilierea și instruirea pacientului și a familiei
2. Evaluarea de etapă, la 3 luni pentru cazurile acute, la 6 luni pentru cazurile cronice și ori de câte ori este necesar dacă planul de îngrijiri la domiciliu cuprinde precizări în acest sens
3. Monitorizarea parametrilor fiziologici: temperatură, respirație, puls, tensiune arterială, diureză, scaun
4. Toaleta pacientului cu probleme medicale și/sau imobilizat:
5. Manevre terapeutice:
6. Tehnici de îngrijire chirurgicală:
7. Monitorizarea dializei peritoneale
8. Îngrijiri paliative furnizate numai de medici de specialitate și/sau cu competență/supraspecializare în îngrijiri paliative:
9. Kinetoterapia individuală
10. Logopedia individuală
11. Examinare și evaluare psihologică

Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se stabilește de medicul care a făcut recomandarea, cu obligativitatea precizării ritmicității/periodicității serviciilor, dar nu mai mult de 90 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni în una sau mai multe etape (episoade de îngrijire).



Printre obiectivele strategice esențiale ale reformelor asistenței medicale din **Slovacia** s-au numărat reducerea monopolului statului și descentralizarea furnizării de servicii de asistență medicală. În timp ce monopolul statului a fost redus printr-o privatizare masivă a furnizorilor de asistență medicală, mai ales a doctorilor de asistență primară și a farmaciilor la jumătatea anilor 1990, procesul de descentralizare nu a înaintat deloc până la începutul noului mileniu. În timpul procesului de reformă, a devenit clar faptul că abolirea institutelor naționale de sănătate a avut ca rezultat o descentralizare nedorită a funcțiilor de management ale instituțiilor de asistență medicală, la nivel ministerial. Deși s-a considerat a fi o etapă de tranziție care mai târziu a făcut posibilă privatizarea, managementul centralizat al instituțiilor pentru pacienți spitalizați a predominat până de curând. Motivele au avut un dublu înțeles. În primul rând, municipiile au respins inițial responsabilitatea pentru spitale din cauză că se temeau că nu vor putea să le administreze, să le finanțeze și să le sprijine. În al doilea rând, Guvernul a fost reticent în ceea ce privește aprobarea privatizării instituțiilor de asistență medicală pentru pacienții spitalizați.

În consecință, 161 de instituții de asistență medicală (practic toate spitalele, policlinicile și institutele terapeutice specializate) și încă 69 de instituții de control și referință (cum ar fi Institutul Statului pentru Controlul Medicamentelor, Centrul Național de Promovare a Sănătății și Institutul pentru Informații și Statistici de Sănătate) au rămas sub directa administrare a Ministerului Sănătății pentru luarea de decizii și pentru reglementare în 2000. În mod inevitabil, spitalele au avut o foarte mică putere discreționară cu referire la propriile resurse; ministrul a desemnat directorii spitalelor, garantând dependența și control deplin. Ideea unui comitet de guvernare a spitalului, alcătuit din reprezentanți ai companiilor de asigurare de sănătate, din administrarea statului, municipii, pacienți, sector privat și altele, nu a fost pusă în practică. Pe scurt, sistemul de management a fost insuficient din moment ce Ministerul Sănătății nu a putut să supravegheze funcționarea de zi cu zi a peste 90 de spitale. De asemenea, această povară operațională a împiedicat rolul strategic mai important de reglementator și de organizator al politicii.

Cu toate acestea, a existat un progres pentru policlinici și pentru centrele locale de sănătate care oferă asistență medicală ambulatorie. Responsabilitatea pentru aceste centre a fost transmisă birourilor regionale ale administrației statului sau municipiilor și câteva dintre sarcinile administrative ale Ministerului Sănătății au fost transmise doctorilor sectoriali și regionali ai statului. Această acțiune a reprezentat o descentralizare prin deconcentrare. Aceștia erau responsabili pentru organizarea furnizării asistenței medicale ambulatorii pe teritoriile lor și erau implicați în analiza și dezvoltarea rețelei furnizoare.

În iunie 2001 Hotărârea Guvernului Nr. 577 a aprobat a doua fază de privatizare pentru instituțiile de asistență medicală. Aceasta a inclus 36 centre locale de sănătate, 13 sanatorii, 2 institute de reabilitare pentru copii, 1 instituție de asistență medicală pe termen lung, 27 de farmacii de spital, 49 de policlinici, 1 centru de tratament balnear natural și 7 institute terapeutice specializate. Hotărârea Guvernului Nr. 101 din februarie 2002 a adăugat alte 3 policlinici și 1 instituție de asistență medicală pe termen lung. În final, au mai fost incluse 6 centre locale de sănătate, 9 sanatorii, 1 institut de reabilitare pentru copii, 3 instituții de asistență medicală pe termen lung și 20 de policlinici prin Hotărârea Guvernului Nr. 274 din martie 2002.

În ianuarie 2003 a intrat în vigoare legislația care transfera titlului de proprietate a câtorva instituții de asistență medicală de la Ministerul Sănătății la unitățile teritoriale superioare și la municipii. Acest lucru s-a aplicat majorității instituțiilor de asistență medicală menționate anterior, fie pentru privatizare sau pentru transformarea în organizații non-profit. Datorită contradicției legale conform căreia numai proprietățile statului (nu și regiunile sau municipiile autoguvernaute) pot fi privatizate sau transformate, a fost posibilă privatizarea și transformarea oricăror instituții de asistență medicală ale căror transferuri nu s-au finalizat la sfârșitul lui 2002. Noua legislație a titlului de proprietate a unităților teritoriale superioare și a municipiilor a fost adoptată la sfârșitul lui 2003. Acest lucru a oferit mai multe competente pentru administrarea instituțiilor de asistență medicală și la începutul lui 2004 managementul anumitor instituții deținute de unitățile teritoriale superioare a fost transferat instituțiilor private pe bază de contract.



În funcție de cererile pacienților, sistemul de asistență medicală din **Polonia** oferă o gamă largă de servicii. Așa cum s-a menționat mai devreme, cea mai comună este asistența medicală primară, în care rolul cheie îl are asistentul medical, care vizitează adesea bolnavul, și doctorul. În cazul unei situații în care este nevoie de mai mult de o vizită la domiciliu, atunci doctorul da o trimitere la o clinică specializată, la un spital sau oferă transport imediat la spital. A doua formă comună de servicii de asistență medicală este furnizată prin azil la domiciliu. Acesta oferă îngrijire pentru pacienții cu boli cronice, adesea aflați în faza terminală. Marea majoritate a pacienților din azilul la domiciliu sunt persoane cu cancer în faza avansată. Spre deosebire de azilurile staționare, în cazul azilurilor la domiciliu îngrijitorii se ocupa de pacient în mediul domiciliului acestuia. Trebuie să se evidențieze faptul că în Polonia azilurile sunt specializate pe două grupuri: pentru vârstnici și pentru copii. Opinia generală este ca azilurile pentru copii sunt cea mai dezvoltată formă de servicii de asistență medicală din Polonia. În plus față de asistență medicală primară și de azilurile la domiciliu din sistem, există și Centre de Asistență Socială Municipală, în care îngrijitorii oferă asistență într-o mai mică măsură decât asistenței medicali, punând accent mai mult pe sprijinul social decât pe cel medical. Există și câteva fundații sau alte organizații care oferă ajutorul voluntarilor fără instruire medicală.

Trebuie să se evidențieze faptul că toate formele de servicii de asistență medicală din Polonia, mai ales asistența primară și azilurile, funcționează atât în domeniul statului, finanțat din fonduri publice (NFZ), cât și în sistemul privat, finanțat din fonduri proprii (asigurare privată de sănătate sau plăți directe). Costurile serviciilor din sectorul privat sunt foarte diverse și variază printr-o gamă largă în funcție de tipul de servicii oferite.

În structura asistenței medicale primare funcțiile cheie le au doctorul de familie și asistentul medical. Pentru a deveni doctor de familie, conform cu sistemul educației post-universitare, un doctor care lucrează în domeniul asistenței medicale primare trebuie să urmeze cursuri de specializare în medicină de familie care durează 5 ani. În Polonia există aproximativ 150.000 de doctori practicieni, incluzând mai mult de 8.000 de specialiști în medicină de familie, aceasta fiind una dintre cele mai mari specialități.

Fiecare pacient, pe baza domiciliului sau, selectează un doctor de asistență primară. Un astfel de doctor, în plus față de serviciile primare dintr-o clinică, oferă asistență în termenii asistenței medicale la domiciliu. Disponibilitatea doctorilor de familie din Polonia este în general satisfăcătoare, dar trebuie să se menționeze faptul că aceasta variază printr-o gamă largă în funcție de regiune. Exemplul unei provincii - Zachodniopomorskie (Figura 3) arată ca pentru 10.000 pacienți pot exista între 3 și 8 doctori de asistență medicală primară (în medie 5.6) și dintre aceștia numai între 0.3 și 4 (în medie 2.1) sunt specialiști în medicină de familie.

Motivele acestei mari fluctuații a accesului la doctorii de familie trebuie să fie căutate în locul în care aceștia își practica profesia – marea majoritate alege să lucreze în clinici urbane de sănătate, pe când standardul comun din zonele rurale este un medic de familie pentru toți pacienții din sat. Specializarea în domeniul medicinei de familie durează aproximativ 5 ani și în rândul doctorilor se observă o selectare dezirabilă a drumului carierei, care rezultă într-o proporție relativă de doctori care aleg să se specializeze în acest domeniu. Conform cu ordinele NFZ, un doctor de asistență primară nu poate să se îngrijească de mai mult de 2750 de persoane. Venitul mediu declarat de specialiștii în medicină de familie este de 5600 zloti (aproximativ 1.300 euro), și ar trebui să se menționeze că adesea acești doctori sunt angajați pe mai mult de o poziție și ca venitul lor lunar este de aproximativ 8000 de zloti (aproximativ 1.800 euro); aproximativ 20% dintre doctori declara că au câștigat mai mult de atât. Comparativ, salariul mediu în Polonia ajunge la 3719 de zloti, ceea ce înseamnă 830 euro (începând cu aprilie 2012).

O altă funcție de bază care urmează celei de doctor de familie în domeniul asistenței medicale primare este cea de asistent medical de familie, numit și asistent medical de mediu. Ca și în cazul unui doctor care lucrează în POZ și care nu are specializare în medicină de familie, asistentul medical poate lucra în POZ fără specializare sau în timpul cursurilor post-universitare în domeniul medicinei de familie. În cazul profesiei de asistent medical putem de asemenea să distingem așa-numitele cursuri de calificare, chiar și în domeniul medicinei de familie. Diferența dintre cursurile de specialitate și de calificare se bazează pe numărul de ore de instruire și pe durata acestora – cursurile de calificare



dureaza de la 3 la 6 luni, cele de specializare durează de la 1.5 la 2 ani. În comparație cu doctorii, în grupul asistenților medicali educația post-universitară nu este foarte populară, lucru care se reflectă în numărul de specialiști în medicină de familie – dintr-un număr de 215 000 de asistenți medicali, numai puțin peste 2000 au o astfel de specializare.

Trebuie să se evidențieze faptul ca asistența medicală la domiciliu din POZ are aceleași probleme serioase cu privire la personalul de îngrijire ca și toate celelalte centre de asistență medicală, spitale și clinici din Polonia. Lipsa semnificativă de personal, salariile foarte mici și prestigiul relativ scăzut al profesiei fac că tot mai puțini oameni să aleagă profesia de asistent medical. Această tendință, combinată cu personalul în vârstă care se apropie de pensionare, poate reprezenta motivul problemelor serioase care amenința piața serviciilor de asistență medicală din Polonia în viitorul apropiat din cauza lipsei de asistenți medicali care să fie activi din punct de vedere profesional.

Aceste date sunt și mai îngrijorătoare dacă luăm în considerare faptul că, în sistemul de asistență medicală la domiciliu, asistentul medical joacă un rol cheie. Un asistent medical este mai des întâlnit decât un doctor și execută tratamentele prescrise cu mult timp în urmă. Îngrijirea primară din asistența medicală primară este efectuată în mare de către asistenți medicali, și deci faptul că există tot mai puțini are un impact asupra calității și disponibilității serviciilor. Deși un consultant național în asistența medicală la domiciliu a evaluat disponibilitatea asistenților medicali ca fiind una destul de bună, ar trebui să se atragă atenția asupra faptului că Polonia are unul dintre cele mai scăzute numere de asistenți medicali la 1000 de locuitori din Uniunea Europeană – și anume 5 cu o medie de 8.6. Comparativ, în Germania rata este aproape de două ori mai ridicată decât în Polonia și ajunge la 9.6.

Ca urmare a tendinței de îmbătrânire a populației și a așteptărilor crescânde cu privire la calitatea și accesibilitatea serviciilor medicale, ar trebui să ne așteptăm la o creștere semnificativă a cererilor pentru serviciile de asistență medicală, inclusiv pentru serviciile de asistență medicală la domiciliu. Astfel, este nevoie de o acțiune pentru a crește numărul de asistenți medicali care să fie activi din punct de vedere profesional.

Implementarea asistenței medicale la domiciliu efectuată de asistenți medicali se bazează pe trimiterea de la doctorii de îngrijire primară sau pe o trimitere de la un doctor care s-a îngrijit de un pacient dintr-un spital. Pacienții cu boli cronice și care au nevoie de servicii de asistență medicală pe termen lung pot fi clasificați pentru:

- Asistența medicală pe termen lung la domiciliu
- Un centru staționar de îngrijire pe termen lung sau
- Li se poate oferi îngrijire medicală efectuată de un asistent medical de îngrijire primară [10]

Completările necesare sarcinilor de mai sus sunt serviciile specifice de asistență medicală, pentru care sunt responsabili membri familiei, comitetul sau – dacă este necesar – instituțiile sociale de asistență socială.

Dacă cel puțin unul dintre serviciile enumerate mai jos este necesar pentru pacient, atunci doctorul da o trimitere și un asistent medical de îngrijire la domiciliu va fi responsabil pentru îngrijirea pacientului:

- perfuzie
- tratament pentru leziuni, răni provocate de șederea la pat pe timp îndelungat sau ulcior la picior
- hrănire prin intubație
- hrănire cu fistula
- îngrijire cu fistula
- utilizarea cateterului
- spălare vezicală
- tub traheostomie



Evaluarea pacientului calificat pentru asistență medicală la domiciliu este actualizată o dată pe lună. Doctorul care face această evaluare trebuie să țină cont de activitățile zilnice pe care pacientul le efectuează pe cont propriu sau cu asistenta sau pe care nu poate să le efectueze deloc. Criteriile ce trebuie luate în considerare sunt: capacitatea de a se hrăni, de a-și schimba poziția, de a se mișca, de a-și menține igiena personală. Trebuie evidențiat faptul că rolul asistentului medical de familie nu este limitat la tratamentul medical. Acțiunile întreprinse de asistenții medicali de îngrijire primară au ca scop pregătirea pacientului, cât mai rapidă, pentru a se îngriji independent, chiar dacă suferă de o boală sau de o dizabilitate, precum și educarea familiei și comitetelor pentru a oferi pacientului ajutor în activitățile zilnice. Conform cu prevederile Fondului Național de Sănătate, un asistent medical, direcționat pe asistenta medicală la domiciliu, trebuie să își execute funcțiile în timpul săptămânii de la ora 8.00 la ora 20.00 și sâmbăta și duminică și de sărbătorile publice numai în cazuri justificate din punct de vedere medical. Asistența medicală directă a unui pacient nu trebuie să dureze mai puțin de 1.5 ore pe zi, în medie de patru ori pe săptămână. Durata asistenței medicale pe termen lung depinde de starea pacientului, dar nu poate depăși 6 luni.

În cazul serviciilor de asistență medicală la domiciliu ale POZ, activitățile doctorului și asistentului medical completează obstetrica de familie. Moașa de familie este o moașă angajată în asistența medicală primară, care efectuează sarcinile de asistență medicală de familie, mai ales în domeniul asistenței obstetrice și ginecologice și care se îngrijește de un copil. În general, din cauza naturii serviciilor, obstetrica de familie se desfășoară în următoarele domenii:

- promovarea sănătății
- tratamentul preventiv
- serviciile de îngrijire
- serviciile medicale
- serviciile de diagnosticare
- serviciile de reabilitare

De asemenea, moașa este responsabilă și pentru următoarele activități:

- îngrijirea înainte de sarcină
- îngrijirea din timpul sarcinii (pentru femei, copii și familiile lor)
- îngrijirea pentru bolile ginecologice și oncologice
- îngrijirea fătului, nou-născutului și a bebelușului
- îngrijire pentru femei în fiecare etapă a vieții

Trebuie să se evidențieze faptul că problemele descrise mai sus cu referire la mediul de îngrijire medicală sunt la fel de valabile și în cazul moașelor. Lipsa semnificativă de personal și salariile mici duc la deficitul de moașe și este și mai mare decât în cazul personalului de asistenți medicali. În Polonia numai 33841 de persoane au dreptul de a lucra ca moașe, din care 24844 sunt active din punct de vedere profesional, adică 73%. Lipsa de personal este astfel și mai mare decât în cazul asistenților medicali - 27% (23% pentru asistenți medicali).



3. Organisme Naționale responsabile pentru serviciile de asistență medicală la domiciliu

Luând drept referință ce s-a efectuat deja de către diferite regiuni din Italia, rețeaua locală de asistență socială poate utiliza următoarele instrumente: activarea locurilor la nivel local administrată de generaliști și de personalul de asistenți medicali; managementul fazei acute la domiciliu prin asistență medicală integrată la domiciliu oferită de echipele multidisciplinare care pot oferi consultații imediate, aranjarea „managementului” structurat al pacientului pe baza unui plan terapeutic individual și suplimentarea serviciilor furnizate pe teritoriu; disponibilitatea locurilor în instituțiile intermediare, în spitalele ale căror coordonare este realizată de echipele de asistență medicală, doctorul fiind cel care are funcția de consultantă în ceea ce privește nevoile specifice pentru asistență și monitorizare; programe de externare asistată sau programată din spital la identificarea unei metode ce trebuie urmată după externare; programe de externare protejată a pacientului care este încă slăbit, prin identificarea metodei de a continua „managementul” pacientului; hotelul pentru sănătate, un serviciu administrat complet de către asistenții medicali din unități ambulatorii corespunzătoare cu o intensitate scăzută de asistență socială, pentru pacienții externati din spital și pentru pacienții care așteaptă pentru programarea unei internări; programe de spitalizare la domiciliu; instituții intermediare pentru reabilitare după o fază acută; centre comunitare/clinici de specialitate în care există specialiști medicali, generaliști și asistenți medicali; echipe de asistență medicală comunitară care merg la domiciliul pacienților care au adesea boli cronice, care sunt în faza terminală sau care au nevoie de reabilitare prin oferirea de diferite servicii de asistență medicală.

Cu privire la asistența medicală la domiciliu, un astfel de nivel de asistență socială este asigurat de către DPCM 29.11.2001 "Nivelurile Esențiale de Asistență Socială", care introduce asistența medicală la domiciliu efectuată de generaliști și de pediatrii la nivelul districtului, cu sprijinirea serviciilor de asistență medicală și de reabilitare și a ajutorului de asistență medicală (serviciul de asistență medicală la domiciliu) ce trebuie efectuate într-o manieră integrată cu Municipiile prin împărțirea egală a costurilor sociale (50%). Serviciul de asistență medicală la domiciliu s-a dezvoltat prin asistența medicală integrată la domiciliu (ADI). În aproape toate regiunile din Italia, serviciile de asistență medicală la domiciliu sunt considerate a fi parte din îngrijirea primară, iar domeniul comunității electivă în care sunt localizate este Districtul, care reprezintă cel mai bun loc de a efectua activități integrate în domeniul social datorită dimensiunilor sale comunitare.

În cazurile complexe, pentru a pregăti un plan de asistență individualizată, începem cu „Evaluarea Multidimensională”, identificarea managerului de caz care este managerul/supervizorul proiectului de asistență și finalizăm procesul prin verificarea rezultatelor, pentru a evalua programul de asistență adoptat conform profilului de calitate și adecvare.

Asistența medicală la domiciliu a întreprins un proces de articulare progresivă pentru a atinge complexitatea crescândă a nevoilor și patologiilor beneficiarilor: de la boli cronice, la dizabilități complexe (SLA, etc.), la patologii oncologice și terminale.

Tehnologiile și dispozitivele curente aplicate serviciilor de asistență medicală la domiciliu ajută oamenii, chiar și pe cei cu dizabilități severe și/sau care nu se pot îngriji singuri, și care se confruntă cu un proces de schimbare treptată în calitatea vieții prin sistemele de asistență medicală la „Domiciliu”.

În această perspectivă, mai ales în cazul bolilor cronice, asistența medicală la domiciliu pare să fie o alternativă pentru internările necorespunzătoare în spital și o formă mai bună de îngrijire datorită beneficiilor pe care le implică în termenii calității vieții pacientului, la care trebuie să adăugăm beneficiile economice, precum și cu referire la alte forme de internare, altele decât spitalizarea.

La nivelul guvernării clinice, stabilirea corectă a asistenței medicale la domiciliu întrunește următoarele condiții: „managementul” pacientului se bazează pe criteriile de eligibilitate pentru pacienții care trebuie îngrijiți; continuitatea îngrijirii cu managementul coordonat al planurilor de îngrijire ale diferitelor servicii incluse în asistența medicală primară, specializată și de spital (externări programate, asistență medicală, asistență de reabilitare, beneficii farmaceutice și proteze corespunzătoare); managementul integrat cu serviciile de asistență medicală la domiciliu oferite de autoritățile locale; colaborarea profesională dintre diferiți profesioniști; evaluarea intervențiilor întreprinse și cheltuielile corespunzătoare.



Este de asemenea esențial să se asigure funcționarea adecvată a sistemului de informații pentru asistență medicală la domiciliu, pentru managementul pacienților și o analiză sistematică a intensității și complexității intervențiilor oferite, precum și o verificare a activităților, rezultatelor și costurilor.

Generaliștii, specialiștii medicali care se bazează pe caracteristicile pacientului, asistentul medical profesionist, terapeutul de reabilitare și personalul serviciilor sociale, inclusiv cel dedicat asistenței medicale de familie la domiciliu, sunt componentele unei echipe multidisciplinare care efectuează asistența medicală la domiciliu.

În plus față de locurile comunitare administrate de către generaliști și de către personalul de asistență medicală, rețeaua integrată dintre comunitate și spital, care constă în servicii multiple și instituții cu scopul de a asigura continuitatea îngrijirii, include diferite tipuri de instituții rezidențiale cu scopul de a răspunde la diferite nevoi de asistență medicală conform nivelurilor de intensitate a îngrijirii diferențiate.

Serviciile furnizate de către aceste structuri sunt caracterizate și condiționate de o organizare generală și de resursele introduse în domeniu prin structura furnizoare și au legătură cu:

- caracteristicile tehnice, organizaționale și profesionale ale „echipei” (sau, mai general, ale structurii rezidențiale în cadrul căreia este localizată), caracteristici care definesc activitatea întreprinsă;
- caracteristicile pacientului, pentru identificarea „cazului cu care se confrunta” prin identificarea datelor utilizatorului de servicii și anumiți indicatori ai nevoii de asistență medicală care permit definirea caracterului adecvat al tratamentului furnizat.
- În domeniul dizabilității, putem identifica structuri care diferă în funcție de felul furnizării serviciului:
- structuri/echipe care oferă servicii de diagnosticare, terapeutice, de reabilitare și socio-reabilitare în structuri rezidențiale pentru persoanele cu dizabilități care au nevoie de reabilitare intensivă și extensivă, precum și tratamente pentru întreținerea persoanelor cu probleme care necesită o îngrijire intensivă ridicată, inclusiv pacienții care sunt minim receptivi;
- structuri/echipe care oferă servicii de diagnosticare, terapeutice, de reabilitare și socio-reabilitare în structuri rezidențiale pentru copiii care suferă de tulburări de comportament sau de boli neuropsihice;
- structuri/echipe care oferă servicii terapeutice, de reabilitare și socio-reabilitare pentru întreținerea standardelor pacienților, în structuri rezidențiale, plus îngrijire specială pentru pacienții cu dizabilități severe;
- structuri/echipe care oferă servicii terapeutice, de reabilitare și socio-reabilitare pentru întreținerea standardelor pacienților, în structuri rezidențiale, plus îngrijire specială pentru pacienții fără sprijin familial.

Alocarea locurilor comunitare include de asemenea instituțiile psihiatrice rezidențiale cu referire la spitalele și azilurile pentru sănătate mentală.

La nivel teritorial, un rol specific este deținut de aproximativ optzeci de mii de farmacii care există în Italia, atât publice cât și private, care vor ajuta la creșterea accesibilității complete a punctelor posibile de referință de sănătate, la sprijinirea activităților de monitorizare a parametrilor fiziologici sau a terapierilor aflate în desfășurare, cu scopul final de a integra structurile comunitare și de spital. De fapt, reforma farmaciilor introdusă cu Decretul Legislativ 153/09 va reprezenta un pas important în reforma serviciilor de sănătate, prin influențarea puternică a operării sale în general, odată ce se efectuează îmbunătățirea decretelor ministeriale.

În Spania, așa cum s-a menționat, Serviciile de Sănătate sunt furnizate, în mare parte, de către Protecția Socială și sunt finanțate prin impozite. Astfel, toți cetățenii, copiii și non-cetățenii care sunt înregistrați la nivel de municipiu, au dreptul să obțină atenție din partea Agențiilor de Sănătate Publică.

Aceste feluri de servicii sunt furnizate, la nivel național, de următoarele organisme și agenții:

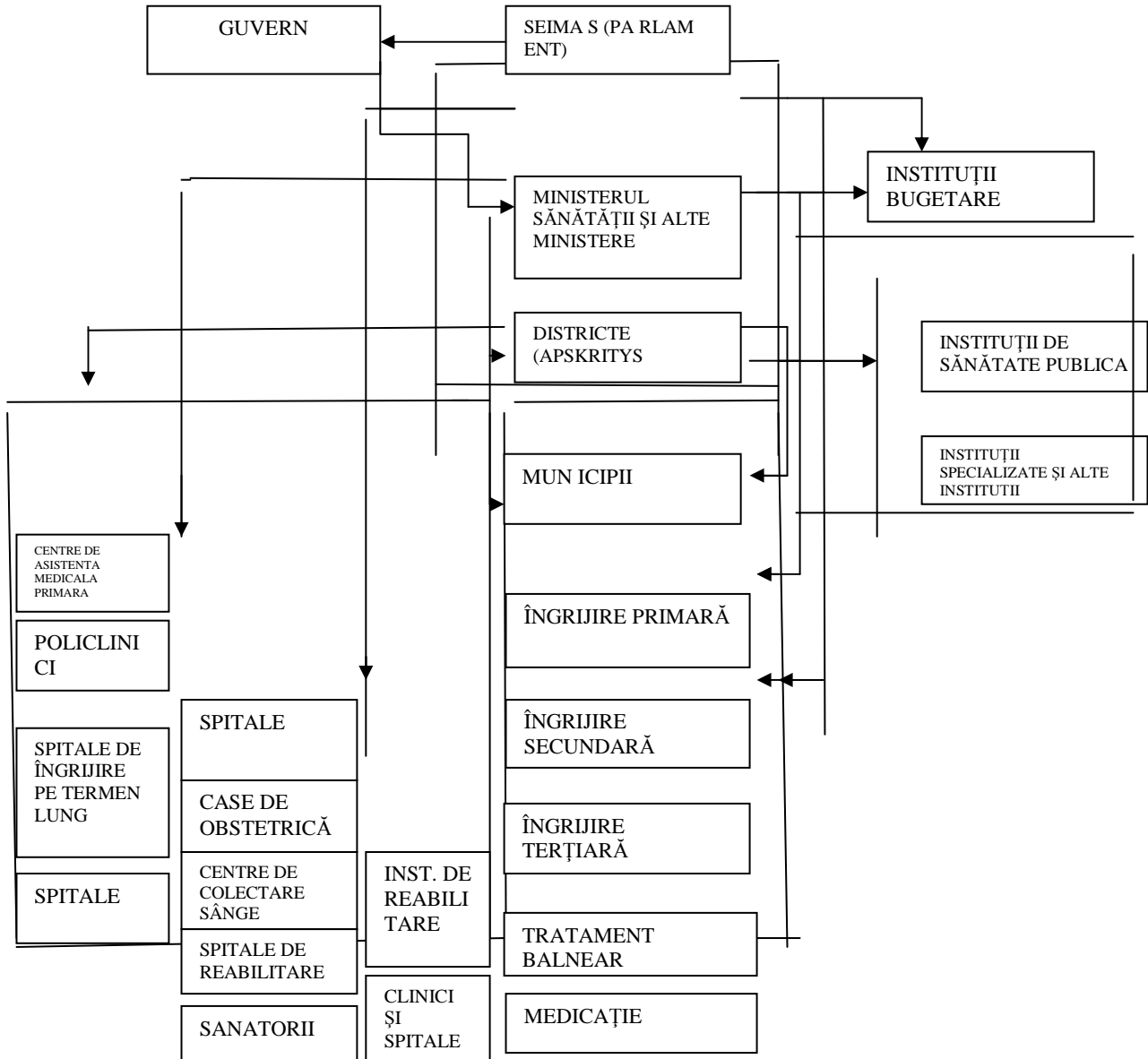


- Asistența Medicală Primară la Domiciliu: este furnizată de către doctorii și de către asistenții medicali de atenție primară și poate consta în asistența urgentă sau programată. Această asistență poate fi furnizată ca atenție primară pentru situațiile critice (înainte de trimiterea la un spital pentru stări critice) sau poate fi furnizată ca atenție primară.
- Echipele de Asistență Medicală la Domiciliu: În anumite Comunități Autonome există Echipele de Asistență Medicală la Domiciliu, care oferă asistență pentru persoanele care nu pot să meargă la centrele normale de asistență primară (din cauza circumstanțelor). În aceste cazuri, echipa (alcătuită din doctori, asistenți medicali și asistenți sociali) merge la domiciliul pacientului și oferă acolo asistența necesară.
- Asistența Medicală pentru persoanele aflate în faza terminală: este oferită de sistemul de asistență medicală pentru persoanele care se afla în etapele finale ale unei boli terminale. Aceasta ajută pacientul și familia acestuia să ușureze situația și oferă asistență ce poate fi furnizată în afara unui mediu instituțional (de spital).
- În final, putem găsi ceea ce se numește Spitalizare la Domiciliu: se consideră a fi un grup de acțiuni de asistență medicală și protocoale, care sunt furnizate la domiciliul pacientului și care au o intensitate, o complexitate și o durată similare cu cele care sunt furnizate în spitalele convenționale. Pentru aceste cazuri, există o echipă specifică, alcătuită din doctori, asistenți medicali, personal auxiliar, fizioterapeuți și asistenți sociali, care desfășoară acțiuni specifice domeniului. Aceste unități depind de Spitalul de Referință, sunt administrate de echipa de administrare a Spitalului și efectuează intervenții la domiciliu, urgențe sau programate. Aceste programe reduc internarea medie în spital, menținând în același timp atenția necesară și îmbunătățind calitatea vieții, reducând numărul de spitalizări necorespunzătoare.
- Și în zona Serviciilor Sociale putem găsi Serviciile Sociale la Domiciliu. Acestea constau în acțiuni de asistență oferite printr-un personal auxiliar la domiciliu, în vederea realizării menajului și a unor activități esențiale de îngrijire personală cum ar fi: igienă, mobilizarea, cumpărăturile obișnuite, gătitul, etc. Acesta este genul de asistență care se bazează pe Serviciile Sociale Non-sanitare și este complementată de ajutorul neoficial, oferit de familia pacientului. În Spania municipiile sunt responsabile pentru implementarea acestor servicii și pentru punerea lor la dispoziția persoanelor care au nevoie de ele.



Structura generala a sistemului **național lituanian** de sănătate este prezentată în organigrama (Fig. 2).

Organigrama sistemului **lituanian** de asistență medicală



În România, sistemul de asistență socială cuprinde ministere, direcții și alte structuri guvernamentale.

Cel mai important minister este **Ministerul Muncii, Solidarității Sociale și Familiei**, care coordonează întregul sistem național de asistență socială, având atribuții majore precum:

- elaborarea politicilor de asistență socială
- stabilirea strategiilor de dezvoltare a asistenței sociale
- promovarea drepturilor persoanelor aflate în nevoie
- colaborarea cu principalii reprezentanți a societății civile
- finanțează programele naționale de asistență socială
- elaborează programe de formare și perfecționare a personalului din domeniul asistenței sociale.

Serviciul public de asistență socială organizat la nivel județean are drept scop aplicarea politicilor și strategiilor de asistență socială și îndeplinește, în principal, funcțiile de: strategie, coordonare, administrare, colaborare și reprezentare.

Funcțiile serviciului social sunt:

- suport profesional prin consiliere, terapie
- focalizarea și eficientizarea suportului social
- facilitarea absorbției suportului social
- apărarea intereselor și drepturilor persoanelor aflate în dificultate.

În cadrul asistenței sociale, se ține cont de toate dimensiunile care definesc omul: dimensiunea psihologică, socială, spirituală și economică, pentru ca să fie realizată integrarea individului în complexul de relații sociale.

Pot fi furnizori de îngrijiri la domiciliu persoane juridice sau fizice autorizate de **Ministerul Sănătății și Familiei** pentru a presta aceste servicii.

Ministerul Sănătății și Familiei autorizează furnizorii de îngrijiri la domiciliu care se încadrează în următoarele criterii:

- a) concordanța dintre obiectivele ce urmează a fi realizate de furnizorii de îngrijiri la domiciliu și necesitățile și prioritățile comunității;
- b) existența în statutul legal de înființare a mențiunilor exprese privind furnizarea de îngrijiri la domiciliu ca obiect de activitate;
- c) existența unei echipe capabile să susțină activitățile cuprinse în pachetul de servicii, formată din persoane care dețin diploma (certificat de absolvire) și autorizație de liberă practică, obținute în condițiile legii;
- d) existența fișei postului pentru fiecare persoană angajată, cu precizarea nivelului de pregătire, a competențelor și a atribuțiilor;
- e) existența unui sediu autorizat de direcția de sănătate publică teritorială;
- f) existența spațiilor pentru păstrarea și accesarea documentelor medicale (baza de date, fișe medicale, arhivă);
- g) dotare care să permită realizarea obiectivelor propuse - mobilier corespunzător funcționării ca dispeccerat, mijloace de comunicare, echipamente, truse medicale, produse farmaceutice și altele asemenea.

Casa Națională de Asigurări de Sănătate emite standardele pentru acreditarea furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu, care sunt aplicate cu ajutorul **Direcțiilor de specialitate ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, caselor de asigurări de sănătate, Subcomisiei naționale de acreditare a furnizorilor de îngrijiri la domiciliu, furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu.**

Structura organizațională a sistemului de asistență medicală din **Republica Slovacă** s-a schimbat radical după eră comunistă. În anii 1990, sistemul integrat de asistență medicală a fost înlocuit pas cu pas cu un sistem social de asigurare de sănătate, cu fonduri multiple. Funcția integrată de cumpărător-furnizor a administrațiilor publice cu o structură organizațională pe trei niveluri ierarhice, la nivel local, sectorial și regional a fost abolită. Astfel, furnizarea serviciilor de asistență medicală s-a fragmentat, pe

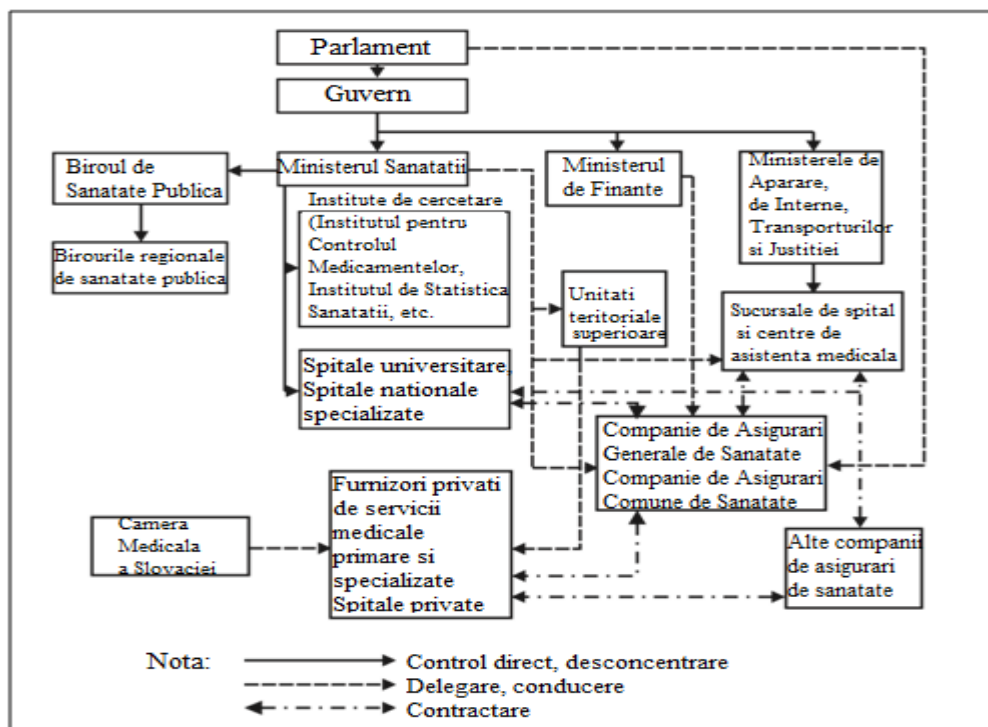


baza furnizorilor de servicii medicale, care operează mai mult pe cont propriu. De asemenea, legăturile dintre furnizorii de asistență medicală primară și asistență medicală secundară s-au slăbit.

Până în 2001, cu excepția a trei spitale, celelalte spitale au continuat să fie deținute și administrate de Ministerul Sănătății, iar angajații lor au rămas muncitori civili. Au existat puține obligații administrative puternice, pentru a administra aceste instituții în mod efectiv și eficient. Într-adevăr, niciun spital nu a fost închis sau lichidat pentru datorii și niciun director nu a fost concediat pentru administrarea necorespunzătoare a fondurilor, și nici nu s-au efectuat reduceri semnificative de personal. Cu alte cuvinte, sectorul sănătății din Slovacia era încă format de aceleași forțe ca și înainte de 1990, iar transferul unor responsabilități referitoare la serviciile de sănătate către nou stabilitele regiuni auto-governate în 2001, nu reprezenta o soluție universală.

Astfel, deși Slovacia a realizat o tranziție relativ nedureroasă de la planificarea centralizată socialistă, la un sistem pluralist de asistență medicală, bazat pe asigurare de sănătate, realitatea sumbră era că, încă mai rămăsese o varietate de dificultăți financiare și organizaționale. După alegerile din 2002, guvernul a declarat obiectivul său de a crește sensibilitatea sistemului de asistență medicală la nevoile populației, în funcție de finanțele disponibile. Guvernul intenționa să crească eficiența utilizării finanțelor alocate pentru asistență medicală, mai ales în asigurările obligatorii de sănătate și, ca și prioritate, să asigure protecția persoanelor care primesc servicii de sănătate scumpe, care în mod realist nu pot fi asigurate de pacienți. Organizarea curentă a sistemului de asistență medicală este construită pe un amestec între structura descentralizată și cea centralizată.

Tabelul 4: Structura asistenței medicale



Majoritatea serviciilor medicale din Slovacia sunt gratuite, pentru persoanele eligibile, dar anumite servicii sunt subvenționate, iar cetățenii trebuie să achite o parte din costuri. Co-plațile există pentru prescrierea anumitor medicamente, pentru anumite tratamente dentare și dispozitive medicale. Tratamentele neesențiale cum ar fi: chirurgia plastică, tratamentul în străinătate și acupunctura nu sunt asigurate.

Prescrierea medicamentelor pentru cei care suferă de boli cronice sau pentru cei care aparțin unui grup vulnerabil din punct de vedere medical, ex. femeile însărcinate, veteranii de război, pacienții care suferă de diabet și tuberculoză, sunt scutite de taxe. Medicamentele sunt împărțite în trei grupuri, iar prima categorie constă în medicamente esențiale, care sunt complet rambursate de către companiile de asigurări. A doua categorie este parțial subvenționată, iar al treilea grup nu primește nici o subvenție. Programările la doctor și trimerile la un consultant sunt gratuite.

Puține persoane obțin o asigurare suplimentară de sănătate, care este oferită de cele cinci companii de asigurări. Cei care o folosesc nu au o asigurare din partea statului sau o folosesc pentru a suplimenta asistența medicală de stat în zonele care nu sunt asigurate de pachetul de bază. Asigurarea voluntară rambursează tratamentul în străinătate.

Doctorii și Centrele de Sănătate. Doctorii fac parte dintr-unul dintre cele trei grupuri din Slovacia; generalişti pentru adulți, generalişti pentru persoane sub 18 ani, obstetricieni ginecologi. Generalişti oferă examinări de bază, diagnostice, îngrijire preventivă, prescrieri, trimeri, vizite la domiciliu și servicii medicale de urgență.

Generalişti tind să lucreze pe cont propriu, și deci aceștia sunt predominant privatizați. Totuși, doctorii privați își închiriază camerele și echipamentele din instituțiile de stat și fac contracte cu companiile de asigurări de sănătate. Majoritatea doctorilor angajează cel puțin un asistent medical care să lucreze cu ei. Cetățenii se pot înscrie la ce doctor doresc și au dreptul să își schimbe generalistul o dată la șase luni. Majoritatea oamenilor își aleg generalistul în funcție de cât de aproape este acesta de locul lor de muncă. Persoanele care caută asistența medicală de stat, trebuie să se asigure că doctorul lor are contract cu una dintre companiile de asigurări care apar pe planul de stat. Doctorii din Slovacia primesc și acum plăți neoficiale, care nu sunt autorizate de lege. Doctorii sunt obligați să își informeze pacienții cu referire la posibilitatea de a primi medicamente gratuite.

Mulți doctori își închiriază camerele din policlinici și din centrele de sănătate. Aceste instituții sunt responsabile pentru asistență medicală ambulatorie. Serviciile medicale includ practica generală, îngrijirea maternală, asistență medicală pentru copii și îngrijirea stomatologică. Acestea furnizează și ajutor medical de urgență, precum și servicii de laborator, radiologie și alte servicii de diagnosticare.

Doctorii și asistenții medicali calificați lucrează în centre de sănătate. Unele policlinici sunt private.

Timpul de așteptare pentru a consulta un doctor variază și este recomandat să faceți o programare dinainte. Dacă aveți nevoie urgentă de ajutor, puteți merge în sala de chirurgie a doctorului pe speculații, dar fiți pregătiți să așteptați mult.

Consultanții. Mulți dintre pacienți ignoră generalistul ca și prim punct de contact și merg la doctori specialiști. Consultanții sunt doctori primari, care au finalizat un nivel mai înalt de formare specializată. Generalişti trimit pacienții la un consultant, în cazul în care aceștia consideră ca pacienții au nevoie de ajutorul și diagnosticul unui specialist. Există numeroase domenii specializate de medicină, în Slovacia, cum ar fi ginecologia, oncologia, pediatria și dermatologia. Mulți dintre consultanți lucrează în afara instituțiilor de stat.

Spitalele. Există 44 de spitale în Slovacia, care sunt administrate de regiuni. Spitalele au fost subfinanțate în ultimii ani și au nevoie de echipament și tehnologie nouă. Uneori, spitalele nu au putut să achiziționeze anumite medicamente și dispozitive medicale, deși situația este în îmbunătățire. Spitalele și clinicile există în toate orașele mari. Doctorii de aici internează pacienții în spitale, fie prin departamentul de urgență, fie printr-o trimerere. Odată ce pacientul este internat, tratamentul este

controlat de unul dintre doctorii spitalului. Există o listă de așteptare pentru anumite tratamente și servicii, care nu sunt urgente.

Îngrijirea de urgență. Îngrijirea de urgență este gratuită pentru toată lumea, inclusiv pentru cei care nu au asigurare de sănătate de la stat. Totuși, odată ce starea persoanei este stabilă, va fi necesar să



prezintă o dovadă a statutului de asigurat. Tratatul de urgență este oferit în camera de urgență a tuturor spitalelor. Departamentele de urgență sunt deschise non-stop, pe tot parcursul anului. Puteți apela la serviciile acestora dacă aveți nevoie imediată de asistență, sau dacă generalista dvs. vă face trimitere aici, sau dacă nu este disponibil nici un generalist.

Clinicile Private. Majoritatea doctorilor și specialiștilor sunt practicieni privați în Slovacia. Aceștia lucrează în afara birourilor închiriate, în instituțiile publice finanțate chiar de doctori și de contribuții voluntare suplimentare de asigurări private. Sănătatea privată este utilizată de un procentaj limitat de persoane, pentru a le asigura pentru serviciile considerate a fi neesențiale.

Dentiștii. Îngrijirea stomatologică din Slovacia este în mare parte privată, iar dentiștii sunt plătiți pe baza unui salariu pentru servicii. Anumite tratamente stomatologice sunt disponibile prin sistemul de stat de asistență medicală, dar acesta acoperă numai vizitele și controalele de rutină. Cetățenii trebuie să plătească pentru un tratament stomatologic mai detaliat, cum ar fi coroanele și punțile.

Farmacile. În Slovacia farmaciștii vând medicamente și numai doctorii și consultanții le pot prescrie. Medicamentele prescrise sunt disponibile numai din partea unui farmacist calificat și înregistrat sau dintr-o farmacie a unui spital. Medicamentele care nu sunt prescrise au prețuri mai mari decât cele prescrise. Conform acestui sistem, puteți plăti mai puțin pentru o cutie de aspirină, dacă doctorul dvs. v-a prescris-o. Costurile pentru medicamentele prescrise sunt rambursate prin sistemul național de sănătate.

Spitalele mari sunt de două feluri: spitale universitare și spitale obișnuite. Actualmente, 8 dintre cele mai mari spitale sunt spitale universitare, alte 14 spitale sunt deținute de către stat și altele pentru anumite funcții cum ar fi, companiile bursei de valori cu cota statului majoritară (ex. spitalul Poprad). Efortul de a rearanja statutul legal al spitalelor deținute de stat, în ultimii ani, a întâmpinat o opunere puternică din partea doctorilor, care au răspuns cu opoziții puternice și cu greve. Transformarea spitalelor în companii de burse de valori a fost oprită, deși toate materialele și administrarea pentru transformare au fost pregătite, iar cheltuielile pierdute pentru acest proces stopat ajung la suma de 30 M €.

În timpul Reformei sistemului de asistență medicală din Slovacia, s-au stabilit 5 companii de asigurări de sănătate, cu scopul de a ajuta pacienții. Statutul lor legal le permite să genereze profit, lucru care este destul de straniu în sistemul subcapitalizat al asistenței medicale. Compania de Asigurări Generale de Sănătate asigură majoritatea populației. Compania de Asigurări Comune de Sănătate este a doua mare companie și amândouă sunt garantate de către stat. Cetățenii au posibilitatea de a schimba compania de asigurări oricând, dar există o concurență mică între companiile de asigurări, deși tot mai multe companii noi de asigurări au încercat să atragă clienți către fondurile lor. Se pare că nu există nici un beneficiu identificabil pentru public în ceea ce privește alegerea unei astfel de companii. Bani adunați de fiecare asigurator sunt dați pentru raționalizare Companiei Generale de Asigurări de Sănătate, care este administrată de stat.

Asigurarea de sănătate este obligatorie pentru toate persoanele care au venituri. Guvernul plătește contribuțiile acelor cetățeni care sunt scutiți de contribuții, cum ar fi șomerii, pensionarii în vârstă și persoanele cu beneficiu de boala pe termen lung, persoanele aflate în concediu maternal, persoanele care își caută un loc de muncă, persoanele care primesc beneficii de dizabilitate și rezerviștii. Angajatorii trebuie să își înscrie angajații la unul dintre fondurile de asigurare de sănătate atunci când, un angajat nou își începe activitatea în muncă. Angajații plătesc 4 % din salariul lor de bază, pe când angajatorul plătește 10%. Angajații cu dizabilități contribuie numai cu 2.6% din venitul evaluat, deoarece statul asigură restul. Persoanele fizice autorizate trebuie să plătească întreaga contribuție de 14 %, care se calculează ca 50 % din venitul pentru care au plătit impozit în anul anterior. Salariul minim pentru contribuțiile de sănătate este de aproximativ 91 EUR și există o limită maximă, conform căreia puteți să nu mai contribuiți la fondurile de asigurare, lucru care face ca acest sistem să fie orientat spre persoanele care au venituri mari.

Lista companiilor de asigurări de sănătate:

- Compania Generală de Asigurări de Sănătate
- Compania Dôvera de Asigurări de Sănătate
- Compania Apollo de Asigurări de Sănătate



- Compania Union de Asigurări de Sănătate
- Compania Comună de Asigurări de Sănătate.

Așa cum s-a menționat mai devreme, în sistemul de asistență medicală din **Polonia**, rolul cheie îl are Fondul Național de Sănătate, care este plătitorul și intermediarul dintre pacienți și instituțiile de asistență medicală. La nivel național, în plus față de instituțiile care administrează și controlează sistemul de asistență medicală, putem adăuga:

- Inspectoratul Sanitar de Stat,
- Inspectoratul Farmaceutic de Stat,
- Serviciul de Sănătate Ombudsman.

Instituțiile care gestionează sistemul de asistență medicală la nivel regional, și anume entitățile guvernului local, sunt municipiile, districtele și provinciile locale. Acestea au o responsabilitate foarte importantă, deoarece guvernul local este o unitate care stabilește centrul public de asistență medicală (SPZOZ). Astfel, ca și fondator, guvernul local are dreptul prin rezoluție de a crea, de a transforma și de a elimina SPZOZ. Guvernul local are de asemenea responsabilitatea de a decide statutul unității și de a identifica, prin examen, managerul SPZOZ.

În plus, guvernul local controlează instituțiile subordonate. Datorită acestor puteri extensive, guvernele locale formează practic sistemul de asistență medicală din Polonia. Acestea implementează politicile naționale ale Ministerului Sănătății, dar trebuie să menționăm faptul că acestea au o autonomie considerabilă. Alte sarcini ale guvernelor locale, în ceea ce privește sistemul de asistență medicală, sunt enumerate în Tabelul 3.

Tabelul 3. Sarcinile guvernelor locale în cadrul sistemului de asistență medicală.

autonomie provincială	<ul style="list-style-type: none"> ⤴ stabilirea și menținerea unui centru provincial, pentru sănătatea în muncă ⤴ stabilirea și menținerea instituțiilor, pentru îngrijirea sănătății mentale ⤴ executarea acțiunilor referitoare la prevenirea și rezolvarea problemelor cu alcoolul ⤴ executarea acțiunilor, în domeniul promovării sănătății și prevenirii bolilor
autonomie sectorială	<ul style="list-style-type: none"> ⤴ formarea unui plan sectorial de securitate, pentru activitățile de urgențe medicale ⤴ furnizarea de îngrijire medicală, socială și legală, pentru femeile însărcinate ⤴ eliberarea de trimeri la alte instituții, ex. instituții de asistență medicală ⤴ stabilirea orelor de lucru pentru farmacii ⤴ finanțarea participării persoanelor cu dizabilități și a îngrijitorilor acestora la taberele de reabilitare și oferirea echipamentului de reabilitare ⤴ executarea acțiunilor de inspecție sanitară ⤴ executarea acțiunilor în domeniul promovării sănătății și prevenirii bolilor
autonomie municipală	<ul style="list-style-type: none"> ⤴ executarea acțiunilor cu referire la prevenirea și rezolvarea problemelor cu alcoolul ⤴ furnizarea de servicii medicale pentru persoanele cu tulburări mentale

4. Politici naționale implementate pentru a promova și a îmbunătăți serviciile de asistență medicală la domiciliu.

Unul dintre principalele obiective ale Serviciului Național de Sănătate din **Italia** este de a asigura continuitatea îngrijirii dintre diferiții profesioniști din interiorul și din afara spitalelor, în așa fel încât fragmentarea care a apărut în dezvoltarea competențelor supraspecializate să se integreze într-un singur cadru (lucrul în echipă, dezvoltarea și implementarea cailor terapeutice împărțite, etc.); dintre diferitele niveluri de asistență, mai ales în limita delicată dintre spital și comunitate, perioadă după externare cu care pacientul este uneori forțat să se descurce singur, în afara unei căi cunoscute sau împărțite; dezvoltarea tratamentului terapeutic acolo unde este nevoie.

Modelul de asistență socială, orientat către continuitatea furnizorilor de asistență medicală, pentru proiectarea căilor potrivite și „managementul” pacienților, efectuat în permanență de către o echipă caracterizată prin competențe sociale și medicale, precum și monitorizarea fazelor de tranziție dintre variatele structuri de asistență socială prin instrumente adecvate pentru evaluarea caracterului corespunzător, luând în considerare ce este disponibil prin Sistemul Cardului de Sănătate.

Metoda organizațională, cu scopul de a facilita accesul unificat la serviciile de sănătate, sănătate publică și socială este „Punctul Unic de Acces” (PUA), care operează prin captarea semnalării, orientării și administrării cererii, activării serviciilor pentru nevoile simple, precum și începerea unei evaluări multidimensionale a nevoilor complexe, îmbunătățind astfel colaborarea și coordonarea dintre componentele de asistență medicală și socială, publice sau private, care se folosesc de metoda clinică, pentru a asigura un caracter unitar.

Pacienții care au cea mai mare nevoie de continuitate în asistența medicală sunt pacienții cu stări acute, care au fost externați din spital și care sunt expuși riscului de a se întoarce în spital, dacă nu sunt ajutați corespunzător. Aceștia au nevoie de competențe clinice și de îngrijire sub supravegherea unui manager de caz, într-o structură dedicată sau la domiciliu; pacienții cu boli cronice, stabiliți pe teritoriu, care au mare nevoie de îngrijire și care sunt expuși riscului unei internări neadecvate, dacă nu sunt îngrijiți corespunzător. Metoda clinică necesită o integrare puternică între echipele multidisciplinare de asistență medicală (doctori, asistenți medicali și asistenți sociali), caz în care, locul de îngrijire să fie domiciliul pacientului sau o structură protejată; pacienții cu boli cronice, care se află într-o stare medicală bună și care au ca obiectiv monitorizarea sănătății lor, stau la domiciliu și au caracteristicile necesare, pentru a fi instruiți cum să se diagnosticheze și să se îngrijească singuri (bolnavii de diabet, astm).

Pentru pacienții care sunt externați din spital și care sunt tratați în zona locală, continuitatea îngrijirii trebuie garantată, încă din timpul șederii în spital, printr-o activitate de evaluare multidimensională care ține cont atât de condițiile clinice, cât și de condiția medicală și socială a pacientului, pentru a defini metoda de îngrijire care este potrivită și compatibilă cu rețeaua existentă de servicii sociale și sectoriale, în concordanță cu generalistul și pe timpul șederii în spital.

De asemenea în managementul integrat al cronicizării, generalistul este punctul primar de referință și responsabil pentru „managementul” și metoda terapeutică de diagnosticare, care este mai adecvată pentru pacient. Managementul cronicizării poate necesita o organizare locală, care să includă posibilitatea de a avea locuri comunitare/servicii la domiciliu, gestionate de un generalist și de personalul medical, în cadrul structurilor adecvate de îngrijire intermediară, și în același timp metode dedicate pentru spitalizare.

Managementul cronicizării și continuității îngrijirii, se bazează foarte mult pe contribuția tehnologiilor inovatoare, inclusiv telemedicina, asistență la distanță și, mai general, tehnologiile de informare și comunicare (TIC), mai ales pentru a asigura realizarea unei rețele operative, care să integreze diferiții factori instituționali și non-instituționali, a căror sarcină este „managementul” cazurilor cronice (Administrațiile Locale de Sănătate, spitale, sectoare, îngrijire primară, domiciliile de sănătate, municipii, dar și familii, asociații, instituții profit și non-profit; cu alte cuvinte, marele capital social care caracterizează multe realități locale din Italia).

Pe o perioadă de trei ani, scopul este de a implementa rețeaua de asistență, prin definirea principalelor puncte și a interrelațiilor funcționale, într-un sistem managerial și relațional în rândul profesioniștilor, pentru că, deși se bazează pe lucrul în echipă, aceasta poate identifica în mod clar responsabilitățile și procedurile, pentru definirea și realizarea metodei de îngrijire și tranziția, dacă este



necesar, dintre diferitele structuri și domenii de îngrijire. Acest sistem complex de integrare/continuitate trebuie caracterizat prin flexibilitatea permisă de amestecul serviciilor heterogene în relație cu nivelul integrării dintre componentele de asistență medicală și socială ale competențelor profesionale implicate, prin acces ușor și prin servicii adecvate pentru a mulțumi clienții. Coordonarea și integrarea activităților medicale și sociale, la nivel local, sunt garantate de Sectorul care este responsabil și pentru cercetarea, promovarea și implementarea sinergiilor adecvate, între toate sistemele ofertei locale și pentru a servi ca instrument de coordonare, pentru sistemul de îngrijire primară (generalistul și alți profesioniști care operează în cadrul Serviciului Național de Sănătate).

În plus, Sectorul reprezintă interlocutorul Autorităților Locale și exercită această funcție într-un fel coordonat cu politicile corporative.

Una dintre cele mai provocatoare realități pentru sistemul de sănătate din **Spania** este faptul că populația îmbătrânește și acest lucru multiplică numărul de cazuri în care asistența, chiar dacă are loc în biroul doctorului sau la domiciliu, este necesară. De aceea este unul dintre cele mai importante motive pentru a îmbunătăți serviciile medicale oferite persoanelor cu vârste de peste 65 de ani.

Acest lucru are o relație foarte strânsă cu asistența medicală la domiciliu atâta timp cât persoanele respective sunt expuse riscului patologiilor multiple și deci au nevoie de asistența care, poate la fel de bine să fie oferită la domiciliu, din diferite motive. Se consideră că este mult mai bine să nu se efectueze internarea atunci când nu este nevoie, luând în considerare două grupuri de chestiuni: este mai bine pentru viața socială a pacienților și pentru mediu (atâta timp cât viața este mai ușoară în multe feluri pentru familie) și deci pentru propria lor sănătate; Previne, în multe cazuri, necesitatea de spitalizare (și deci resursele spitalului sunt păstrate pentru alte cazuri). Astfel, presiunea crescândă a sistemului cu referire la îmbătrânirea populației face necesară o schimbare în serviciile de asistență medicală la domiciliu pentru a face față acestor realități.

Actualmente există o tendință politică menționată în „Cadru pentru îmbunătățirea Asistenței Primare în Spania 2007-2012” ca și parte a viziunii sale strategice, dezvoltată de Departamentul de Stat pentru Sănătate Publică, ca și instrucțiuni pentru întreaga țară. Mai exact, rândul strategic cu numărul 26 este descris după cum urmează: Promovarea activităților de asistență medicală la domiciliu și a implicării profesioniștilor sanitari în asistență pentru persoanele cu probleme de dependență. Scopul său: de a îmbunătăți asistența medicală la domiciliu.

În concordanță cu acest cadru, cu acest scop, liniile de acțiune care sunt dezvoltate sunt următoarele:

- Promovarea planurilor de asistență medicală la domiciliu, implementate în cadrul domeniului de atenție primară, printre care scopurile de asistență medicală oferită persoanelor dependente și îngrijitorilor acestora.
- Promovarea și creșterea coordonării acelor planuri cu alte măsuri sanitare (cum ar fi spitalizarea la domiciliu) și cu servicii sociale.
- Incluziunea în asistența medicală la domiciliu a îngrijirii necesare pentru pacienții dependenți, pentru persoanele cu tulburări mentale grave și pentru pacienții care suferă de boli în faza terminală.
- Răspândirea activităților de promovare a sănătății, de prevenire a situațiilor de dependență și orice alte activități care pun accentul pe întreținerea sau recuperarea capacității și autonomiei necesare efectuării activităților zilnice, executate de Atenția Primară.
- Incluziunea în programele de asistență medicală la domiciliu a activităților necesare pentru asistența psihosocială, pentru îngrijitorii persoanelor dependente.

- Încorporarea în programele de asistență medicală la domiciliu a activităților necesare pentru persoanele care au nevoie de nutriție enterală, de aplicarea terapiei respiratorii și a altor tehnici psihoterapeutice.

Congresul Asociației Medicale din **Lituania**, prezentat Parlamentului pentru aprobare, a luat o decizie pentru a solicita asistența internațională din partea Finlandei. Acest lucru a fost foarte folositor, din moment ce Finlanda, asistată de Biroul Regional și de o echipă de experți internaționali, s-a aflat în situația de a-și revizui propria politică națională și propriul program de sănătate. Politicienii lituanieni și noua administrație de sănătate au învățat multe lucruri, iar cel mai important a avut legătura cu necesitatea unui angajament politic clar, referitor la sănătate, un echilibru între responsabilitatea națională, regională și locală pentru sănătate; imparțialitatea în chestiunile de sănătate, vizarea acțiunilor și mobilizarea resurselor. Pentru prima oară după restaurarea Independenței, realul proces de optimizare a rețelei de instituții de asistență medicală și a structurii serviciilor a început cu pregătirea unei baze legale necesare și cu crearea de condiții. S-a planificat informarea regulată a societății despre progresul implementării acestui proces. Creșterea salariilor angajaților în sistemul de sănătate este considerată a fi una dintre prioritățile politicii Ministerului Sănătății. S-a efectuat o reformă fundamentală în formarea specializată, care a avut un impact semnificativ asupra rezultatelor Reformei; Educația, formarea vocațională și dezvoltarea forței de muncă în sănătate trebuie să asigure faptul că eficiența în muncă crește în mod constant.

Lituania a elaborat, de asemenea, variate proiecte structurale de sprijin în cadrul UE, de o importanță națională. Dezvoltarea centrelor universale, multifuncționale, a contribuit la adaptarea instituțiilor educaționale la nevoile persoanelor cu dizabilități. În domeniul politicii sănătății, instituțiile relevante au început să ofere servicii de asistență medicală la domiciliu, precum și servicii de îngrijire paliativă, finanțate din bugetul Fondului Asigurării Obligatorii de Sănătate. Activitățile au inclus de asemenea: dezvoltarea serviciilor de asistență medicală și de îngrijire paliativă, îmbunătățirea asistenței medicale primare și de implementare a programelor preventive. Când se organizează serviciile sociale în Lituania, prioritatea o are asistența socială de zi în centrele de zi sau asistența socială pe termen scurt, prin furnizarea de cazare temporară pentru persoanele cu dizabilități în instituții de îngrijire. Lituania a implementat și proiecte speciale, cu scopul de a oferi sprijin familiilor care furnizează îngrijire pentru persoanele care suferă de boli cronice și pentru membrii familiilor acestora. Persoanelor cu dizabilități li s-au oferit tendințe mai sigure pentru mediul de viață.

În **România**, anul 2001 a constituit pasul decisiv în crearea coerenței legislative și instituționale, fiind adoptată **Legea nr.705/2001 privind sistemul național de asistență socială**, act normativ care deschide calea reformei și dezvoltării sistemului național de asistență socială. În 2006, noua **Lege cadru nr. 47 /2006 pentru sistemul național de asistență socială**, promovează anumite acțiuni pentru a întări coeziunea socială, prin promovarea solidarității în cadrul comunităților, față de cele mai vulnerabile categorii de persoane.

Instituțiile desemnate promovează drepturile familiei, copilului, persoanelor în vârstă, persoanelor cu handicap și ale altor persoane care au nevoie de ajutor din punct de vedere financiar și tehnic, deoarece programele de asistență socială vizează aceste categorii de persoane.

Sistemul național de asistență socială în România este necesar să fie consolidat pe obiective care să asigure funcționarea coerentă și eficientă, cum sunt: prevenirea și combaterea tendințelor de discriminare și marginalizare socială a unor categorii de populație și persoane sau intensificarea și dezvoltarea parteneriatului social, ca mijloc de control și eficientizare a măsurilor de sprijin a persoanelor și familiilor aflate în dificultate.

Materializarea acestor obiective se asigură prin cele două tipuri ale asistenței sociale, respectiv asistență socială previzională și asistență socială curentă.

Asistența socială previzională, care revine direcțiilor de specialitate din Ministerul Muncii și Solidarității Sociale, are în vedere următoarele acțiuni principale: asigurarea cadrului juridic, instituțional și administrativ pentru realizarea politicii în domeniu, stabilirea mecanismelor de intervenție pentru acordarea de sprijin categoriilor sociale defavorizate – familii aflate în dificultate, minori, vârstnici, persoane cu handicap și bolnavi cronici; etc.



Asistența socială curentă, care se realizează de către compartimentele de specialitate din cadrul direcțiilor de muncă și solidaritate socială, în colaborare cu primăriile are în vedere: identificarea familiilor, a unor membri ai acestora și a persoanelor singure aflate în situație de risc social; acordarea de ajutoare materiale în bani sau în natură, potrivit reglementărilor în vigoare, pe bază de cerere, persoanelor care sunt îndreptățite; asistarea în cămine a bolnavilor cronici, a persoanelor cu handicap și a persoanelor vârstnice fără sprijin material.

În ciuda încercării de a transforma **Ministerul Sănătății din Slovacia** într-un organism care se bazează mai ales pe reglementarea funcțiilor sale, statutul său s-a schimbat oarecum lent în ultimul deceniu. Ca și organism executiv principal al statului, responsabil pentru protecția asistenței medicale și sănătății, Ministerul Sănătății propune direcțiile principale și prioritățile politicii sănătății de stat și pregătește și prezintă Guvernului legislația adecvată. Pe baza unei Legi pentru Asistență Medicală, Ministerul Sănătății este responsabil pentru reglementarea furnizorilor de servicii medicale pentru a asigura faptul că toată lumea are acces egal la serviciile de asistență medicală. Ministerul a emis autorizații pentru toți furnizorii privați de servicii medicale până când această funcție a fost delegată doctorilor regionali de stat în 1996. Din ianuarie 2002 (pe baza Legii Nr. 416/2001 pentru Transferul Competențelor de la administrația de stat, la regiunile și municipiile autonome), o mare parte a puterilor Ministerului Sănătății cu referire la emiterea autorizațiilor pentru furnizorii de servicii medicale a fost descentralizată la administrația teritorială locală – regiunile autonome (unități teritoriale superioare).

În 2003, managementul a 44 de spitale a fost transferat regiunilor. Din acestea, 16 spitale cu policlinici de tipul I au fost transferate municipiilor și 28 de spitale cu policlinici de tipul II au fost transferate unităților teritoriale superioare. Ca urmare a adoptării Legii „Transformării” Nr. 13/2002, alte 14 spitale au devenit organizații non-profit. Până în 2004 Ministerul Sănătății și-a asumat responsabilitatea și pentru investițiile de capital în instituțiile de asistență medicală deținute de stat. Această activitate s-a oprit practic, iar furnizorii de servicii medicale trebuie să își acopere investițiile din surse proprii.

Ministerul Sănătății este de asemenea responsabil pentru educația post-universitară, continuă și secundară a personalului de sănătate, precum și pentru recunoașterea diplomelor și certificatelor pentru calificări profesionale, obținute în străinătate. Totuși, Sistemele de Sănătate din Perioada de Tranziție (HiT) din Slovacia au observat că Ministerul Sănătății deține și opera școlile post-liceale sanitare, aceste școli fiind acum sub administrația regiunilor autonome. Pe 1 septembrie 2002 fosta Academie Post-universitară de Medicină din Slovacia a devenit Universitatea Slovacă de Asistență Medicală (Slovenska zdravotnícka univerzita).

Prin Biroul de Stat al Sănătății Publice din Republica Slovacă, Ministerul Sănătății asigură supravegherea și controlul bolilor comunicabile; siguranța alimentelor; lucrul și traiul în condiții sigure și sănătoase; și alte funcții de sănătate publică reglementate de Legea Protecției Sănătății. 36 de birouri regionale de sănătate publică, ca urmare a procesului de transferare din 2004, întreprind cele mai multe activități de supraveghere și control.

Serviciile de asistență socială includ îngrijirea pacientului spitalizat pe termen lung, centrele de zi de îngrijire și serviciile sociale pentru vârstnici, pacienți cu boli cronice sau alte grupuri cu nevoi speciale cum ar fi: persoanele cu dizabilități de învățare, afecțiuni mentale sau dizabilități fizice. Legislația din Slovacia definește aceste grupuri astfel: de îngrijire ulterioară, de îngrijire specială și respectiv de îngrijire comunitară. Companiile de asigurări de sănătate finanțează îngrijirea ulterioară și pe cea specială, pe când îngrijirea comunitară este finanțată fie din bugetul statului, fie prin plăți directe. Îngrijirea ulterioară are loc după îngrijirea acută și include asistența medicală, reabilitare, tratament psihologic și balnear.

În 1994 existau 6 institute cu 665 de locuri pentru spitalizare pe termen lung, mai ales pentru persoanele în vârstă. Până în 1997 numărul lor a crescut la 14, cu 1122 de locuri. În 2002 existau numai 10 instituții pentru îngrijire pe termen lung cu 685 de locuri, dar și 49 de departamente de îngrijire pe termen lung cu 1958 de locuri. În ciuda furnizării a încă 1978 de locuri pentru îngrijire pe termen lung, din 1994 nu mai sunt suficiente locuri, iar pacienții trebuie să aștepte uneori și luni ca să fie internați. De asemenea, cererile sunt mai multe, deoarece instituțiile de asistență socială percep taxe, astfel că familiile apelează la instituțiile pentru îngrijire pe termen lung, pentru a avea parte de servicii medicale mai accesibile (numai plățile marginale se percep) pentru rudele lor în vârstă sau cu dizabilități.



În 1997 existau 6 institute de reabilitare cu 511 locuri, dar acestea au fost reduse la 3 instituții cu numai 294 de locuri în 2002. Numărul caselor de convalescență (recuperare) a scăzut de la 13 cu 820 de locuri în 1994 la 12 cu 702 locuri în 1997 și 49 de sanatorii de zi și de noapte cu 1462 de locuri în 1994 au fost reduse la 38 cu 1095 de locuri în 1997. În 2002 existau 41 de instituții, inclusiv 10 sanatorii de reabilitare, cu 1137 de locuri, precum și 6 sanatorii pentru copii cu 403 locuri. Multe dintre acestea s-au privatizat. Numărul instituțiilor balneare curative a crescut de la 46 cu aproximativ 11 000 de locuri în 1994 la 55 cu 12 326 de locuri în 1997, dar au fost reduse la 30 de instituții balneare cu 12666 de locuri în 2002. Toate instituțiile balneare s-au privatizat. Actualmente, Slovacia finanțează tratamentul balnear prin planul de asigurare de sănătate și co-plata pacientului.

Asistența medicală specială include îngrijirea psihiatrică și îngrijirea pentru persoanele dependente de alcool și droguri. În 1994 existau 11 instituții psihiatrice cu 3215 de locuri, în comparație cu 12 instituții psihiatrice cu 3310 de locuri în 1997. În 2002 existau 6 spitale de psihiatrie cu 2300 de locuri și 5 institute de psihiatrie cu 900 de locuri, inclusiv un institut de psihiatrie pentru copii cu 90 de locuri. Numărul departamentelor de psihiatrie din cadrul spitalelor era de 29 cu 1384 de locuri. Îngrijirea persoanelor dependente de alcool și droguri era oferită în 5 departamente de psihiatrie pentru îngrijirea pacienților spitalizați din cadrul spitalelor de psihiatrie cu 420 de locuri și 9 centre pentru tratamentul dependentelor de alcool și droguri cu 146 de locuri în 2002. Proiectul Schimb de Ace și Seringi, Programul de Vaccinare împotriva Hepatitei B pentru consumatorii de droguri și proiectul Tratamentul Substitutiv cu Metadona au fost introduse în cadrul Programului Național pentru Lupta Împotriva Drogurilor.

Deși infrastructura pentru îngrijirea vârstnicilor s-a îmbunătățit, de la 195 de locuri în 1998 la 263 de locuri în trei institute de geriatrie și alte 856 de locuri în 21 de departamente de geriatrie din cadrul spitalelor în 2002, locurile tot nu sunt suficiente. Îngrijirea comunitară a fost îmbunătățită prin introducerea agenților de asistență medicală la domiciliu al căror număr a crescut de la 2 în 1997 la 173 până la sfârșitul lui 2003 și la mai mult de 200 în 2009. Asistența medicală comunitară și domiciliară pentru persoanele în vârstă și cu dizabilități este sprijinită de legislația care furnizează beneficii sociale îngrijitorilor persoanelor cu dizabilități. Aceste forme de îngrijire comunitară sunt în creștere. În 1994 Ministerul Sănătății administra 8 instituții pentru nou-născuți, 12 case pentru copii și 20 de case pentru nou-născuți. Deși transferate pentru responsabilitatea Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale, majoritatea acestor instituții au fost predate autorităților administrației regionale de stat. Multe dintre instituțiile pentru îngrijire comunitară au fost predate municipiilor și se află sub administrare mixtă.

În cadrul sistemului social există case pentru adulți cu dizabilități fizice; adulți cu dizabilități fizice și cu dificultăți de învățare; persoane cu simțurile afectate; și adulți cu dificultăți de învățare. În 2002 existau 98 cu 8330 de locuri. Există de asemenea și case pentru tineri cu dizabilități fizice; tineri cu dificultăți fizice și de învățare; tineri cu dificultăți de învățare; și tineri cu simțurile afectate. În 65 de instituții capacitatea era de 3749 în 2002. Există și 252 de instituții de asistență socială cu 16 202 de locuri. În concluzie, capacitățile bazate pe instituții pentru asistența socială au crescut între 1999 și 2002. Aproximativ 1500 de locuri pentru stări acute au fost transformate în locuri pentru asistența socială și alte 1000 de locuri de spital au fost transformate în locuri pentru îngrijirea bolnavilor pe termen lung.

Agențiile de asistență medicală la domiciliu au fost promovate încă de la sfârșitul anilor 1990. Proiectele bazate pe comunitate, cum ar fi cele pentru reducerea riscului la care se expun consumatorii de droguri, au fost introduse în ultimii ani. Totuși, serviciile de asistență medicală la domiciliu încă se confruntă cu obstacole financiare și legislative în ceea ce privește dezvoltarea acestora într-un mod care să fie adecvat priorităților și nevoilor în schimbare ale populației. Pentru a sprijini eforturile dezvoltării îngrijirii comunitare, amendamentul recent al Legii pentru Furnizarea Asistenței Medicale a definit conceptul de asistență medicală.

Politica de bază pentru asistență medicală din Polonia, inclusiv serviciile de asistență medicală, este implementată de Ministerul Sănătății sub Programul Național de Sănătate pentru anii 2007 – 2015, adoptat prin Rezoluția Nr. 90/2007 a Consiliului Miniștrilor, din 15 Mai 2007, pentru Programul Național de Sănătate, pentru anii 2007 - 2015. Programul Național de Sănătate menționează faptul că obiectivul fundamental este unificarea eforturilor administrării sociale și publice, care are scopul de a reduce inegalitățile și de a îmbunătăți sănătatea și deci calitatea vieții polonezilor. Acest program oferă ministrului sănătății, oportunitatea de a influența acțiunile celorlalte sectoare și oferă un instrument folositor pentru acțiunile comune în sănătatea publică. Incluzând factorii determinanți ai sănătății și



promovării sănătății, situația demografică, situația sănătății societății poloneze și diferențele sociale și teritoriale, Programul descrie un număr de obiective strategice și operaționale. Obiectivele potrivite îmbunătățirii serviciilor de asistență medicală sunt următoarele:

- Reducerea îmbolnăvirii și mortalității premature provocate de cancer
- Creșterea eficienței prevenirii bolilor infecțioase și infecțiilor
- Reducerea diferențelor sociale și teritoriale în starea de sănătate a populației poloneze
- Îmbunătățirea dietei și calității alimentelor; reducerea obezității
- Reducerea expunerii la factorii dăunători din mediu și efectele acestora și îmbunătățirea condițiilor sanitare din țară.

Măsurile folosite pentru a realiza obiectivele stabilite:

- Activarea unor unități locale guvernamentale și a unor organizații non-guvernamentale pentru sănătatea publică
- Îmbunătățirea calității serviciilor medicale în termeni de eficacitate, siguranță și acceptabilitate socială, care să respecte drepturile pacienților
- Îmbunătățirea diagnosticării timpurii și oferirea de îngrijire activă pentru pacienții expuși riscului bolilor cardiovasculare, atacurilor cerebrale, cancerului, complicațiilor de diabet, bolilor respiratorii și bolilor reumatice, mai ales prin activități de asistență medicală primară
- Utilizarea infrastructurii locale pentru promovarea sănătății și educației pentru sănătate.



5. Strategii și inițiative dezvoltate la nivel național și local pentru promovarea și îmbunătățirea serviciilor de asistență medicală la domiciliu.

Conform cu Raportul despre lipsa autosuficienței al Ministerului Muncii din **Italia**, familiile moderne (părinții singuri, separarea familiilor, etc ...) se caracterizează prin prezenta naturii multidimensionale a rolului femeii (muncă, îngrijire, generația sandviș), reducerea ratei natalității, abandonarea copiilor din unitățile familiale și creșterea numărului de persoane în vârstă și cu dizabilități.

Adesea familiile nu pot face față dizabilităților și nevoilor persoanelor în vârstă. Acest lucru crează condiții pentru creșterea numărului de îngrijitori neoficiali (mai mult de 400.000 între 2001 și 2008). Acești îngrijitori străini, veniți mai ales din țările Europei de Est, dar și din America de Sud și Asia, sunt adesea „clandestini”. Astăzi, fenomenul „îngrijitorilor neoficiali” este estimat la 770.000 în unități, din care, o parte fără contract regulamentar de muncă. Familia este cea care de obicei are grijă de persoanele dependente sau cu dizabilități, acest lucru însemnând pentru persoana o resursă fundamentală, pentru a face față limitărilor cauzate de dizabilitate.

În modelul nou de asistență medicală la domiciliu, îngrijitorul este o figură importantă în mod special (în jur de 9 milioane în Italia) și va reprezenta subiectul următoarei examinări în aprofundime, și cu referire la presupunerea recunoașterii și modificării actualului LEA (prevederea standard de asistență medicală). Îngrijitorul este ruda persoanei îngrijite, dependente, de orice vârstă, într-un mod constant chiar și la diferite niveluri de intensitate, la domiciliu sau, în cazul situațiilor speciale, în cadrul structurilor rețelei. Îngrijitorul asigură toate funcțiile zilnice ale nevoilor de bază (igiena personală, hrana, etc..) și îngrijire personală, prin integrarea performanțelor de asistență medicală.

Astăzi, în Italia, rețeaua serviciilor medicale și sociale este introdusă și completată la un procent foarte respectabil al îngrijitorilor de familie sau al îngrijitorilor privați, care reprezintă piesa de rezistență a sistemului. Astăzi, pentru a păstra sistemul de asistență socială și pentru a controla costurile, este necesară îmbunătățirea și formalizarea rolului funcției îngrijitorului. În plus, implicarea îngrijitorului este stabilită în cadrul Planului Individualizat de îngrijire. Recunoașterea drepturilor și îndatoririlor îngrijitorilor este un alt element de prim rang, pentru a nu-l lăsa singur și pentru a-l ajuta cu referire la activitățile domiciliare. Ar trebui de asemenea să se menționeze că disponibilitatea reală în acceptarea rolului și povarei îngrijirii, a timpului, metodelor și intensității îngrijirii acordate nu este obligatorie.

Această figură reprezintă de fapt subiectul riscurilor psihologice și emoționale și de îmbolnăvire, devenind în schimb o persoană care are nevoie de îngrijire și care crează dificultăți în cadrul sistemului familial din care face parte. Astfel, este necesară o negociere, o mediere sau un acord între îngrijitorii familiali și rețeaua de servicii instituționale.

În Spania, așa cum s-a menționat înainte, sistemul este alcătuit din 17 subsisteme, și tot atâtea regiuni, lucru care face că aproape orice inițiativă să fie una regională sau locală. Dar există un teren comun pentru unele dintre ele.

Unul dintre cele mai folosite, în acest caz, este așa-numitul Program al Asistenței Domiciliare, care este planificat și întreprins în cadrul domeniului Atenției Primare. În acele domenii, dar și în spitale, tot mai comun este „asistentul medical de legătură” sau „Managerul de caz”. Acesta este un model de atenție, care este adresat pentru a trata fiecare caz într-un singur mod, în vederea îmbunătățirii îngrijirii oferite.

Acești asistenți medicali au responsabilitatea de a administra și de a coordona diferitele servicii medicale oferite utilizatorului, de atenție domiciliară (ex. atenție primară, atenție specializată...). Prin aceste mijloace, managerul de caz, cunoscând situația și Rapoartele Medicale ale pacientului, este capabil să reducă fragmentarea și să evite dublările serviciilor medicale oferite fiecărui pacient. Managerul de caz, când face acest lucru, pregătește un plan de atenție domiciliară, adaptat fiecărei situații. Concluzia este că această figură ajută la îmbunătățirea raportului dintre calitate și eficiența costului serviciilor medicale.

Managerii de caz au printre responsabilități: atragerea activă a pacienților pentru serviciile de asistență medicală la domiciliu, atunci când aceștia au nevoie de ele, evaluarea pacienților și necesităților acestora și familiilor și îngrijitorilor neoficiali și pregătirea unui plan de îngrijire cuprinzător și continuu pentru fiecare pacient.



Această figură, managerul de caz, a fost introdusă în Spania de către Serviciul de Sănătate al Comunității Autonome Andalucia în 2002, iar restul Comunităților Autonome introduc acest profesionist, nu fără a întâmpina probleme, în mod progresiv. Prin caracteristicile meseriei sale, acei profesioniști au o dimensiune socială de lucru foarte importantă care poate fi conflictuală, dacă zonele de activitate nu sunt bine definite între serviciile de asistență medicală și socială, aceasta fiind opinia cercetătorilor importanți cum ar fi Mariano Sánchez Robles, din cadrul CSI din Spania. Dar, pe de altă parte, munca lor este justificată datorită diferitelor limbi folosite de către Serviciile Sociale și Serviciile Medicale. Aceste diferențe ușurează pentru managerul de caz contactul și coordonarea cu diferite feluri de servicii de sănătate.

O altă linie de lucru este îmbunătățirea Spitalizării la Domiciliu. Aceasta este încă rar întâlnită, datorită resurselor care sunt necesare în aceste cazuri. Așa cum s-a menționat înainte, aceasta a luat naștere datorită lipsei de locuri în spitale, pentru anumite cazuri specifice, în care se poate acorda asistență medicală, într-o manieră controlată, la domiciliu. Uneori este și mai bine ca internarea sa nu se facă la spital, datorită naturii patologiei tratate. Și, cu privire la confortul pacienților, aceștia se simt de obicei mai bine atunci când sunt în propriul lor mediu, cu familia și cu prietenii.

Acest fel de asistență, care este oferită în Spania, în domeniul atenției specializate, trebuie să fie oferită de o echipă multidisciplinară, care include doctori, asistenți medicali, psihologi (atât pentru îngrijirea pacienților, cât și pentru îngrijitori), asistenți sociali, ajutor de infirmieri și fizioterapeuți, printre altele. Resursele, tehnicile și îngrijirea oferite fac parte din cadrul domeniului asistenței medicale specializate. Atenția ar trebui să fie aceeași cu cea oferită în spital, însă la domiciliul pacientului, și să fie întotdeauna furnizată pe o perioadă limitată de timp, până când pacientul este vindecat sau până când afecțiunea sa este transferată către serviciile de atenție primară.

Acest gen de spitalizare este foarte utilă, așa cum s-a menționat înainte, dar este important să spunem că este și foarte scumpă, datorită costurilor pentru echipa și pentru echipamentul care trebuie folosit, pentru a implementa acest gen de asistență medicală, într-o manieră adecvată. Și în legătură cu acest gen de îngrijire, trebuie de asemenea să menționăm faptul că în Andalucia, în sudul Spaniei, există și "managerii de îngrijire", la spitalele care au legătură cu acest gen de spitalizare. Deci, această acțiune este întotdeauna legată de serviciile de sănătate publică și este relativ modernă și deci, așa cum s-a menționat înainte, nu este foarte răspândită în Spania. Lipsa unui plan comun și descentralizarea din cadrul serviciilor medicale au creat ca și consecință faptul că această asistență nu a fost omogen dezvoltată pe întregul teritoriu al Spaniei. Până în 2011 existau 100 de unități (numai 3 dintre ele erau private) în Spania care ofereau acest gen de asistență în 15 din 17 Comunități Autonome.

Cu privire la rezultate, este important să menționăm că acest gen de îngrijire nu este întotdeauna mai ieftin decât spitalizarea tradițională, uneori este chiar mai scump. Dar din punctul de vedere al pacienților (care consideră că acest gen de spitalizare le îndeplinește cerințele de accesibilitate, continuitate, adaptabilitate și personalizare a asistenței medicale), al profesioniștilor și managerilor în domeniul sănătății (care sunt capabili să administreze resursele într-un mod mai eficient cum ar fi acordarea de locuri pentru o spitalizare normală mai urgentă), aceasta măsură este adecvată în multe cazuri. Acestea sunt concluziile revizuirii situației din Spania după mai bine de 25 de ani cu privire la acest gen de serviciu care a început să fie furnizat în 1981 în Madrid pentru prima oară.

Un alt curs important al acțiunii, care este întreprinsă în multe comunități autonome, în concordanță cu serviciile sociale este asistența oferită îngrijitorilor neoficiali. Majoritatea îngrijitorilor care au grijă de rudele lor au situații foarte delicate. Implicarea pe care o au în situația care are loc, în majoritatea ocaziilor, la domiciliile lor este personală. Se considera că 80% din îngrijitorii neoficiali își dedică timpul zilnic pentru a avea grijă de părinții lor, de copiii lor, de rudele care depind de ei, etc. Și din aceștia 50% iau calmante. Mulți dintre ei au ceea ce se numește sindromul îngrijitorului principal.

Așa cum s-a stabilit într-un studiu efectuat, în urma consecințelor unui program de asistență pentru îngrijitorii principali, atunci când cineva este suprasolicitat cu responsabilități de îngrijire, calitatea vieții sale se poate diminua, iar riscul îmbolnăvirii și al morții crește. Această suprasolicitare depinde de experiențele subiective și de sprijinul social, iar nu de asistența reală, pe care ei o oferă pacienților.

Unul dintre principalele riscuri este îmbolnăvirea psihologică și o parte din programele de asistență medicală la domiciliu au ca scop reducerea acestui risc.



Studiul menționat mai sus a întreprins acțiuni multidisciplinare, de asistență medicală la domiciliu, cu privire la asistența îngrijitorilor pe o perioadă de 15 luni, cu 79 de pacienți și rude ale acestora (folosind pe 39 dintre aceștia ca și grup de control). Concluzia a fost ca acest gen de asistență nu reduce suprasolicitarea cu care aceste persoane se confruntă, dar reduce îmbolnăvirea lor psihologică. Propunerea care apare în urma concluziei acestui studiu, ca și din alte studii în domeniu, este aceea conform căreia aceste acțiuni sunt necesare în cadrul asistenței medicale la domiciliu și trebuie furnizate de doctori și de asistenți medicali în timpul vizitelor normale la domiciliul pacienților.

Dar atunci când vină vorba de acest gen de acțiuni, trebuie să nu uităm că suntem la limita dintre asistența medicală și socială și că acest lucru poate cauza probleme dacă domeniile de acțiune ale ambelor sisteme nu sunt bine definite.

În același sens, trebuie să vorbim despre dezbaterile generale de acum din Spania, ca și consecința a aprobării Legii despre Dependență și despre Promovarea Autonomiei din 2006. Este vorba despre integrarea asistenței sociale și medicale pentru asistență oferită persoanelor dependente. Luând în considerare criteriile de dependență definite în lege, este foarte important să ținem cont de mediul pacienților. Acești pacienți au întotdeauna o dublă dimensiune, au o patologie care le reduce autonomia și fac parte dintr-o realitate socială. Astfel, pacienții sunt evaluați cu privire la autonomia lor în propria lor casă, atâta timp cât realitatea lor este considerată ca un tot unitar. Și această evaluare produce o calificare a gradului lor de dependență.

Însă, realitatea este că, odată cu independența evaluării efectuate la domiciliu, Legea stabilește o diagramă a serviciilor în care nu există prevederi pentru integrarea socio-sanitară. Consecința este că, persoanele care au nevoie de ambele servicii, trebuie să depună eforturi mai multe pentru a le obține. Această coordonare este responsabilitatea Comunităților Autonome respective, de pe teritoriile lor. Acest lucru este stabilit de Legea despre Dependență, în articolul nr. 11, care spune că este responsabilitatea organismelor executive a acelor entități de a crea unitățile necesare, pentru coordonare. Foarte puține Comunități Autonome au o coordonare socio-sanitară reglementată până acum.

În ZZZdecembrie 2011 s-a publicat cartea albă pentru coordonarea socio-sanitară de către Institutul Național de Servicii Sociale pentru Vârșnici. Acest document analizează situația cu privire la acel gen de acțiuni comune. În cartea albă se stabilește că există o tendință generală și pozitivă de a dezvolta metode pentru promovarea asistenței integrale și coordonării dintre sectoarele medicale și sociale. Anumite acțiuni dezvăluie un adevărat și explicit angajament politic și o importanță miză pentru acest model de atenție (atât la nivel național, cât și la nivel regional). Însă ritmul de implementare și de dezvoltare a acestor măsuri este foarte diferit între regiuni.

Legi, protocoale, modele organizaționale și angajamente financiare... toate acestea au fost întreprinse în multe Comunități Autonome în legătură cu coordonarea necesară, dar chiar dacă există protocoale de transferare a pacienților către alte spitale, servicii primare, domiciliu sau programe... acestea sunt încă foarte puține cu privire la asistența socială la domiciliu și la asistența medicală la domiciliu. Numai 3 comunități autonome au acest gen de protocoale într-un model care, conform cărții albe, trebuie să ofere o importanță specială acestui gen de coordonare.

Stabilirea unei diagrame comune a serviciilor socio-sanitare, potrivirea harților de servicii sociale și medicale pe teritoriu și protocoalele pentru transferul pacienților între servicii reprezintă cheia pe care cartea o oferă pentru îmbunătățirea asistenței medicale la domiciliu în sensul coordonării cu serviciile sociale.

În final, este important să ținem cont de faptul că anumite servicii deja oferite de sistemul de asistență socială au o dimensiune medicală. În Spania este foarte importantă măsura tele-asistenței denumite. Această asistență constă într-un dispozitiv de alarmă, care este conectat la un serviciu de urgență. Când un pacient cu dizabilități sau cu boli cronice ori un pacient în vârstă locuiește singur, poate solicita din partea serviciilor sociale instalarea unui astfel de dispozitiv la domiciliul său. Dacă pacientul cade sau are orice fel de probleme neașteptate care îl fac să aibă nevoie de ajutor extern,

acesta poate folosi dispozitivul (este ca un fel de buton, care este pus pe un lanț), iar conexiunea este rapidă și eficientă.



Pe de cealaltă parte, este important să se remarce faptul că tehnologia face ca asistența medicală la domiciliu să fie mai ușoară, în diferite feluri: ajută managerul de caz cu referire la activitatea de administrare, la utilizarea diferitelor dispozitive de către pacienți (PDA sau Tableta PC), monitorizarea pacienților și administrarea medicamentelor... Toate acestea pot fi foarte folositoare în dezvoltarea sistemului de asistență medicală la domiciliu.

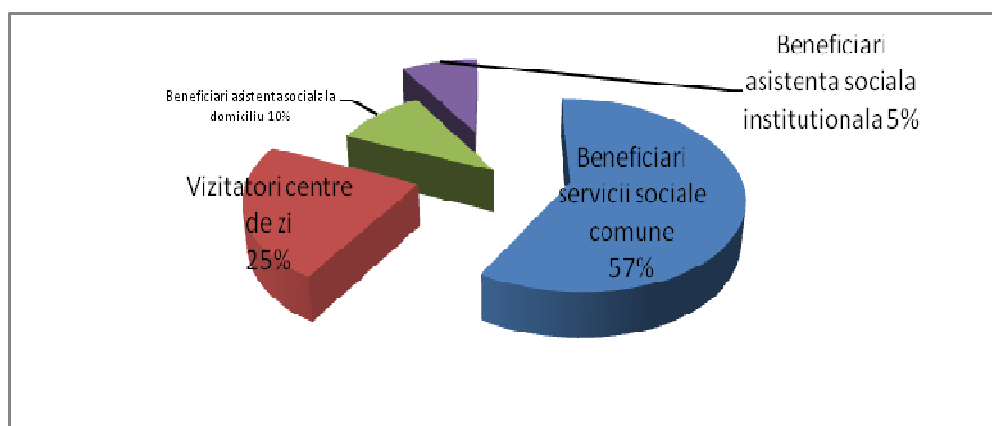
Ministerul Sănătății din **Lituania** a stabilit implementarea a trei scopuri strategice în 2010:

Crearea unui sistem de asistență medicală sigur și eficient, prin reorganizarea instituțiilor de asistență medicală; oferirea de asistență medicală calitativă și accesibilă pentru pacienți; protejarea și consolidarea sănătății publice. Printre aspectele pozitive ale anului 2010 trebuie să menționăm restructurarea instituțiilor de asistență medicală, eforturile de a echilibra bugetul asigurării de sănătate și măsurile pentru reducerea prețurilor produselor farmaceutice, finanțarea programelor profilactice de sănătate, lipsite de deteriorarea accesibilității asistenței medicale pentru cetățeni. Metoda lituaniană de strângerea primelor asigurării de sănătate cuprinde o variabilă încorporată pentru estimarea primelor pentru statutul asigurat (listă care cuprinde grupurile vulnerabile ale populației), care permite reglementarea Fondului de Stat de Asigurări de Sănătate fără ajustări legislative substanțiale. Accesul la o calitate mai înaltă a serviciilor medicale și plățile ilegale reprezintă o provocare pentru Lituania (raport 14)

La implementarea Proiectelor de Servicii pentru persoanele cu Dizabilități din Comunitate, în conformitate cu natura dizabilităților și cu problemele persoanelor cu dizabilități reprezentate de asociații, drepturile persoanelor cu dizabilități au fost reprezentate, s-au furnizat informații și servicii de consultanță pentru persoanele cu dizabilități, s-a oferit sprijin psihologic pentru persoanele cu dizabilități și pentru membri familiilor lor, s-au furnizat servicii pentru creșterea autonomiei, servicii culturale și sportive constante, s-au oferit servicii sociale (informații, consultanță, organizarea transportului, servicii socioculturale, organizarea igienei personale și a îngrijirii, ajutor la domiciliu, condiții de locuit pentru o viață autonomă, îngrijire socială zilnică, îngrijire socială pe termen lung și scurt), s-au sprijinit activitățile pentru creșterea motivării, pentru implicarea persoanelor cu dizabilități pe piața muncii, s-au căutat locuri de muncă pentru persoanele cu dizabilități și s-au furnizat servicii de asistență în muncă, pentru persoanele cu dizabilități.

Conform cu datele Departamentului de Statistică al Guvernului Republicii Lituaniei, aceste instituții au furnizat cu regularitate servicii sociale pentru 91.200 de persoane cu dizabilități, persoane în vârstă, copii privați de îngrijirea parentală, persoane și familii expuse riscului social și alte persoane. Aproximativ 27.600 de persoane și 4.800 de familii au beneficiat de servicii sociale la domiciliu. În plus, 161.400 de persoane au folosit serviciile sociale comune (catering gratuit, furnizarea de obiecte esențiale, produse pentru igiena personală și servicii de transport).

Beneficiarii serviciilor sociale în 2010



Partea cea mai mare (57 %) a beneficiarilor de servicii sociale au folosit servicii sociale comune, o pătrime din beneficiari au frecventat centre de zi, fiecare al zecelea beneficiar a primit asistență la domiciliu. Asistența socială instituțională a fost furnizată pentru 5 % din beneficiarii de servicii sociale; aproximativ 3 % dintre beneficiari au utilizat serviciile furnizate de case cu cazare temporară, centre de criză sau case independente.

În 2010, infrastructura serviciilor sociale s-a schimbat. Schimbările cheie au avut legătura cu reforma sectorială și cu transferul drepturilor și îndatoririlor fondatorilor anumitor instituții de asistență socială, care au aparținut înainte sectoarelor, municipiilor și Ministerului Muncii și Protecției Sociale.

Ministerul Muncii și Protecției Sociale a devenit autoritatea care implementează drepturile și îndatoririle fondatorilor a 28 de instituții de îngrijire medicală pentru adulți cu dizabilități.

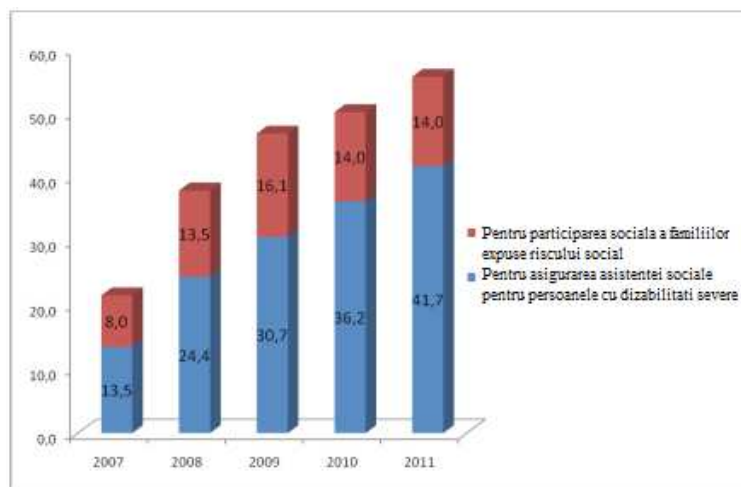
Cererile de fonduri pentru furnizarea asistenței sociale pentru persoanele cu dizabilități severe se stabilesc ținând cont de informațiile prezentate de către municipii cu referire la numărul prezentat de locuitori cu o dizabilitate severă de pe teritoriul lor, care vor primi asistența socială și de cererea estimată de fonduri. Cererea de fonduri este estimată prin utilizarea a 7.2 beneficii sociale de bază (BSB), fixate în Metodologia pentru Finanțarea Serviciilor Sociale și Calcularea Fondurilor (Monitorul Oficial *Valstybės žinios*, 2006, Nr. 110-4163), pentru furnizarea lunară a asistenței sociale pentru o persoană cu dizabilități severe. Cererea de fonduri este estimată având în vedere tendințele de schimbare ale numărului de persoane cu dizabilități severe în ultimii trei ani, prin întreprinderea unei analize comparative a numărului de persoane cu o dizabilitate severă care au primit, care trebuie să primească sau care nu au primit serviciile necesare de asistență socială, și evaluarea eficienței fondurilor alocate pentru asistență socială a persoanelor cu dizabilități severe.

Cu privire la faptul că municipiile au extins infrastructura serviciilor sociale, prin organizarea furnizării unor servicii noi de asistență socială, mai eficiente din punct de vedere calitativ, cererea pentru fondurile de stat, pentru furnizarea serviciilor sociale pentru persoanele cu dizabilități severe a crescut în fiecare an (în 2008–2010, în jur de 20% pe an).

Pozițiile asistenților sociali sunt distribuite având în vedere numărul de familii cu servicii la domiciliu, care locuiesc pe teritoriul municipiului, și distribuția teritorială a municipiilor.

13.962.600 de LTL au fost alocați pentru remunerare și pentru contribuțiile la asigurările sociale ale celor 630.5 de poziții de asistenți sociali în 2010 și 2011 în fiecare an.

Subvenții țintă pentru serviciile sociale din bugetul statului, milioane de LTL



Strategiile și inițiativele dezvoltate la nivel național și local în **România** sunt următoarele: **Programul național „Servicii de Îngrijire la Domiciliu”**

Scopul programului

Scopul proiectului este îmbunătățirea condiției de viață a persoanelor dependente, imobilizate la pat și/sau domiciliu, care nu își pot satisface nevoile de bază și necesită îngrijire.

Obiective

- Asigurarea accesului cetățenilor la serviciile de îngrijire social-medicală, care reprezintă un complex de activități ce se acordă în cadrul unui sistem social și medical integrat și au drept scop principal menținerea autonomiei persoanei, precum și prevenirea agravării situației de dependență.
- Asigurarea accesului membrilor de familie a asistaților la informații și suport în participarea activă la procesul de asistență.
- Antrenarea responsabilității și participării comunităților locale în procesul de asistență. Integrarea modelului de servicii implementat în sistemul public de asistență socială și medicală din România.
- Fundamentarea unei culturi empaticе, centrate pe om în sensul cel mai nobil al cuvântului în cadrul serviciilor de îngrijire acordate.
- Consolidarea unei culturi empaticе, de grijă față de aproape, în societatea noastră.

Servicii oferite

- Servicii de bază: ajutor pentru igienă corporală, îmbrăcare și dezbrăcare, igiena eliminărilor, hrănire și hidratare, transfer și mobilizare, deplasare în interior, comunicare;
- Servicii de suport: ajutor pentru prepararea hranei sau livrarea acesteia, efectuarea de cumpărături, activități de menaj, însoțirea în mijloacele de transport, facilitarea deplasării în exterior, companie, activități de administrare și gestionare, activități de petrecere a timpului liber;
- Servicii de îngrijiri medicale: monitorizarea parametrilor fiziologici, manevre terapeutice de tipul injecțiilor, pansamentelor, cateterisme, tratamentul stomelor și fistulelor, prevenirea și tratamentul escarelor de decubit, prevenirea complicațiilor venoase, pulmonare și osteo-musculo-articulare aferente imobilizării etc;
- Servicii de recuperare și reabilitare, conexe domeniului medical și social: kinetoterapie, fizioterapie, terapie ocupațională, psihoterapie, psihopedagogie, logopedie, podologie și altele asemenea;
- Servicii de reabilitare și adaptare a mediului: mici amenajări, reparații și altele asemenea.
- Administrarea, coordonarea și controlul serviciilor acordate în vederea asigurării calității acestora.
- Acțiuni vizând extinderea și îmbunătățirea serviciilor în beneficiul asistaților.

Toate aceste servicii sunt oferite de echipe multidisciplinare, care au ca scop acoperirea unei game cât mai variate a nevoilor beneficiarilor. Echipele sunt formate din: medici, asistente medicale, îngrijitoare bătrâni și bolnavi la domiciliu, asistenți sociali și voluntari.

Programul Național de îngrijire la domiciliu face parte din rețeaua de îngrijire la domiciliu Caritas care are membri în toate țările Europene.

Programul Național de îngrijire la domiciliu este membru fondator în Federația Furnizorilor de Îngrijire la Domiciliu din România (FFIDR).





517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

Hospice Perspective Medicale oferă servicii de îngrijiri paliative în Cluj-Napoca, România. Acestea cuprind asistență medicală, sprijin psiho-social și spiritual.

Hospice Perspective Medicale, membră a Asociației Naționale de Îngrijiri Paliative este o organizație non-guvernamentală (ONG) non-profit care oferă asistență medicală și socială persoanelor cu afecțiuni care pun în pericol viața (conform definiției OMS a îngrijirilor paliative). Totodată oferă sprijin emoțional și spiritual pacienților și aparținătorilor lor. Majoritatea pacienților sunt diagnosticați cu cancer în fază avansată.

Pentru a putea fi luat în îngrijire de către Hospice Perspective Medicale pacientul trebuie să fie diagnosticat cu o boală incurabilă cu un prognostic de viață limitat, și trebuie să accepte ideea unui tratament orientat spre creșterea calității vieții și nu spre vindecarea bolii.

Echipa medicală a centrului menține sub control, pe baza unui plan complex de îngrijire, durerea și simptomele cauzate de boală. Serviciile medicale sunt oferite la domiciliul pacienților. Problemele emoționale se întrepătrund cu problemele familiale cauzate de boală, iar membrii echipei și voluntarii instruiți oferă consiliere specifică nevoilor fiecărui pacient.

Acest centru a organizat grupuri de sprijin pentru pacienți și oferă acestora posibilitatea de a-și exprima sentimentele, temerile sau îngrijorările, în acest mod sprijinindu-se reciproc.

Centrul pune la dispoziția pacienților și terapii complementare, prin care le este distrasă atenția întreprinzând orice activitate care le produce bucurie. De asemenea, echipa organizează picnicuri și excursii la munte atât pentru pacienți cât și pentru familiile acestora.

Hospice Perspective Medicale organizează atât cursuri de îngrijire paliativă care vin în întâmpinarea nevoii de cunoștințe de îngrijiri paliative și intră în programul de educație medicală continuă a cadrelor medicale, cursuri pentru medici, cursuri pentru asistenți medicali, cât și conferințe și simpozioane pe diverse teme în îngrijirea paliativă.

Fundația Creștină Diakonia

Serviciile de îngrijire la domiciliu din cadrul Fundației Creștine Diakonia au început să fie acordate în Cluj în 1992, urmând ca în Februarie 2006 să fie acreditate de către Ministerul Sănătății.

Serviciul de Îngrijire la Domiciliu al fundației, este în relații contractuale din Mai 2006 cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contractul fiind reînnoit anual. Conform acestuia, bolnavii beneficiază de gratuitate pentru serviciile de îngrijire la domiciliu (90 de zile anual), la recomandarea medicului specialist sau al medicului de familie. Cheltuielile aferente sunt suportate de Casa de Asigurări de Sănătate.

Începând din anul 2007, grație sprijinului acordat de asociația scoțiană SOMETHING FOR ROMÂNIA, Fundația Creștină Diakonia asigură servicii de îngrijire paliativă la domiciliu gratuite pacienților cu boli incurabile, în stare avansată, fiind „excluse”, conform viziunii medicale curative/clasice din sistemul de sănătate. Casa de Asigurări de Sănătate nu recunoaște deocamdată serviciul de îngrijire paliativă ca fiind un serviciu finanțabil, și suportă prin urmare doar o mică parte a inițiativei.

Serviciului de îngrijire la domiciliu și asistență paliativă sunt oferite de o echipă multidisciplinară formată din 2 medici, 5 asistente medicale, 1 asistent social și 1 îngrijitoare. Conștiința lor profesională este întărită de angajamentul și seriozitatea lor. Echipa este membră a Asociației Naționale de Îngrijiri Paliative.

Fundația Crucea Alb Galbenă România cu sprijinul Consiliului General al Municipiului București, prin proiectul „**Centrul Pilot de coordonare a serviciilor de îngrijiri la domiciliu**”, este alături de cetățenii capitalei care au nevoie de îngrijiri medicale și sociale la domiciliu. Astfel, pacienții din cadrul proiectului și nu numai, au fost ajutați, ca pe lângă serviciile oferite, să primească suport din partea



**Programul de
Invatare pe tot
Parcursul Vietii**

Acest proiect a fost finantat cu sprijinul Comisiei Europene. Aceasta publicatie reflecta numai perspectivele autorului, iar Comisia nu este responsabilă pentru utilizarea informațiilor care apar aici.

echipei, sub formă de pachete cu alimente și medicamente, cumpărături, însoțire la cabinete medicale, etc.

Au început în urmă cu 15 ani, alături de un grup de la Crucea Alb Galbenă Belgia, care au lucrat alături de ei timp de 6 ani. Așa s-a creat un colectiv de profesioniști care au pus bazele Îngrijirii la domiciliu la Crucea Alb Galbenă, dar și în sistemul de sănătate românesc.

Au o echipă de 31 de angajați, 22 autoturisme, 11 proiecte de finanțare și 700 pacienți îngrijiți pe lună. Primesc des recunoașterea celor îngrijiți și partenerilor din proiecte.

Au capacitatea să răspundă cererilor tuturor persoanelor care au nevoie de îngrijiri la domiciliu.

Hospice Emanuel

„Hospice Emanuel” este un centru de îngrijire paliativă din Municipiul Oradea pentru pacienți, adulți și copii, aflați în stadiul terminal al unei boli incurabile. Hospice oferă pacienților un mediu familiar, luminos, în care atât ca ambient cât și ca relație cu personalul de îngrijire, aceștia se simt “acasă” fiind tratați cu respect și demnitate până în ultima clipă a vieții.

Fundația „Hospice Emanuel” Oradea este o organizație caritabilă, neguvernamentală, care are ca activitate principală îngrijirea paliativă a pacienților, adulți și copii, diagnosticați cu o boală incurabilă avansată, din municipiul Oradea și localitățile învecinate. Misiunea este de a asigura o calitate optimă de viață acestor pacienți, precum și familiilor lor.

Serviciile hospice sunt gratuite și sunt oferite în mod nediscriminatoriu pacienților eligibili, adulți sau copii, indiferent de apartenența etnică, culturală sau religioasă.

Echipa hospice alcătuită din medici, asistente medicale, asistente sociale (cu pregătire de specialitate în domeniul îngrijirii paliative) și voluntari, asigură la domiciliul pacienților:

- servicii medicale și de nursing
- servicii sociale
- servicii de suport psiho-emoțional și asistență spirituală
- servicii de sprijin pentru familie în perioada de doliu
- servicii de voluntariat.

Beneficiarii „Hospice Emanuel” sunt:

- adulți diagnosticați cu boli oncologice în stadii avansate și terminale, domiciliați în municipiul Oradea sau localități situate până la 15 km distanță
- copii cu afecțiuni oncologice, malformații congenitale, SIDA și alte patologii cu prognostic limitat, cu domiciliul în Oradea sau localități din județul Bihor, situate până la 50 km distanță.

Obiectivele „Hospice Emanuel”:

- Asigurarea de servicii de îngrijire paliativă pacienților eligibili.
- Promovarea conceptului hospice și de îngrijire paliativă
- Avocarea pentru drepturile pacientului cu boală incurabilă avansată la controlul durerii și la o îngrijire adecvată, care să răspundă nevoilor complexe ale acestuia.

Fundația și-a propus să construiască un ansamblu de clădiri în care să funcționeze: un ambulator de specialitate; un centru de îngrijire paliativă la domiciliu pentru adulți și copii; centre de zi pentru adulți și copii; o unitate cu 15 paturi de paliativă pentru adulți și 5 paturi destinate copiilor cu boli incurabile avansate; un centru de educație în domeniul îngrijirilor paliative.

În plus, față de Programul Național de Sănătate implementat de Ministerul Sănătății din **Polonia** la nivel local și la inițiativa diferitelor societăți, s-au dezvoltat multe programe care afectează îmbunătățirea statutului, organizarea și accesibilitatea serviciilor de asistență medicală în Polonia. Se implementează un număr de programe naționale de promovare, prin diferite unități ale sistemului de asistență medicală. În domeniul asistenței medicale la domiciliu, acest rol aparține în principiu Societății Poloneze a Medicinii de Familie, care actualmente administrează programe precum:



- Programul Național pentru Diagnosticarea Vârstnicilor și pentru Tratarea Astmului
- Programul Național de Promovare a Sănătății Mentale
- Programul Național pentru Protejarea Antibioticelor

Alte programe, care se ocupă cu asistența medicală la domiciliu, dar care nu au legătură directă cu medicina de familie pot fi, de exemplu, Programul Național pentru tratarea durerilor cauzate de cancer. Pentru implementarea programelor menționate mai sus, se organizează conferințe și cursuri de formare pentru personalul medical, cu scopul de a îmbunătăți calificările acestuia. În plus, se determina obiectivele strategice și se propun mijloacele prin care se realizează aceste obiective.



6. Descrierea Cursurilor de Formare pentru Asistenții Medicali Profesioniști în Domeniu.

În Italia, primul curs de formare în domeniul promovării sănătății a fost întreprins de Universitatea din Perugia, în 1990.

DoRS (Centrul Regional pentru Documentarea Promovării Sănătății) este o organizație finanțată de Piemonte la nivel regional și a fost fondată în 1998. [...] Aceasta se implica în formarea profesioniștilor și a celor care stabilesc politicile pentru a dezvolta competențele și cunoștințele necesare pentru practicarea promovării sănătății. De asemenea se oferă asistență pentru planificarea, implementarea și evaluarea intervențiilor, proiectelor și politicilor pentru sănătate.

În colaborare cu DORS, Departamentul de Sănătate Publică de la Universitatea din Torino a lucrat la competențele studenților prin desfășurarea unui curs de masterat în promovarea sănătății, în profilaxie și în educația despre alimentație (Regiunea Piemonte, 2005) [...].

În ultimii ani, cursurile facultății de medicină au întreprins un proces de organizare pe teritoriul Italiei pentru a satisface nevoile actuale și viitoare ale industriei de asistență medicală. Promovarea sănătății este considerată a fi o componentă cheie în cadrul noului curriculum și acest lucru arată că există o conștientizare în creștere a faptului că promovarea sănătății este esențială pentru pregătirea și formarea doctorilor.

Printre alte cursuri oferite în Italia, există masteratul în proiectarea, coordonarea și evaluarea intervențiilor integrate ale educației și promovării sănătății la Universitatea din Perugia. Alte cursuri despre promovarea sănătății sunt oferite în Siena, Torino, Cagliari, Milano și Roma."

Începând cu ceea ce este menționat în paragraful de mai sus, am încercat să studiem ce fel de formare din domeniul promovării sănătății exista în Italia, cine o furnizează și cui i se adresează.

În 1990, Modolo și Briziarelli au scris că educația pentru sănătate din Italia a devenit parte din Universitate exclusiv în sectorul sănătății și numai de curând. Cu câțiva ani în urmă, educația a fost inclusă în Școala Post-universitară de Igiena și Medicină Preventivă din Perugia, dar abia în 1988 a devenit o parte importantă din curriculum. Apoi, s-a introdus în planul de învățământ al Facultății de Medicină, ca și disciplina a cursului integrat de Igiena și Sănătate Publică. În ceea ce privește alte cursuri, până atunci nu au existat abordări pozitive, nici măcar pentru formarea profesorilor. Referitor la cea din urmă, formarea disciplinară obișnuită nu s-a ocupat prea mult cu chestiunile care privesc copilăria și adolescența și cu atât mai puțin sănătatea. În cursurile pentru asistenții medicali profesioniști, fie că sunt universitare sau nu, s-a dedicat destul de mult spațiu sănătății și educației pentru sănătate.

Douăzeci de ani mai târziu, situația nu pare să se fi schimbat prea mult; de fapt, conform lui Briziarelli, în ciuda recunoașterii și acceptării generale a promovării sănătății, s-a făcut prea puțin pentru a o introduce în formarea de bază a operatorilor, care trebuie să o pună în practică.

Acesta a evidențiat faptul că, atât la nivel esențial, cât și la nivel specializat, zonele formării specifice au rămas foarte vagi și, în ceea ce privește ce s-a întâmplat cu educația de prevenire și de asistență medicală, conținutului promovării sănătății nu a intrat practic în Facultatea de Medicină. Acest lucru nu s-a întâmplat numai în Italia, ci peste tot în lume, cu excepția câtorva realități, în care nu s-au respectat regulile, cum ar fi anumite locații din Marea Britanie și Olanda. Au existat diferite încercări în Italia în sectorul disciplinar al MED/42 (igiena generală și aplicată), dar, în orice caz, nu au fost efectuate în toate locațiile. Speranță se afla în cursurile de specializare pentru profesori, mulțumită introducerii educației pentru sănătate care, totuși, acoperă numai o mică parte din promovarea sănătății.

Ca și alte paradoxuri comune din Italia, sectorul MED/42 a întreprins o dezvoltare interesantă, în ceea ce privește promovarea sănătății și educația pentru sănătate, în Cursurile pentru Grad pentru profesiile legate de sănătate, mai ales Cursuri pentru Grad de prima clasă (asistență medicală și obstetrică) și Cursuri pentru Grad de clasa a patra (tehnicieni pentru sănătate și profilaxie) și, înainte de toate, acest lucru a fost posibil mulțumită igieniștilor, care au avut oportunitatea de a avea un post în Comitetul acestor Cursuri în toată Italia.



Deși într-o măsură mai mică, același fenomen a caracterizat și alte Cursuri, cum ar fi disciplina pietista, educația profesională, terapia discursului. În toate Cursurile pentru Grad pentru profesii referitoare la sănătate, toate disciplinele umaniste (antropologie, psihologie, pedagogie...) s-au dezvoltat considerabil. În ceea ce privește aceste discipline, s-au făcut câteva încercări și în Cursurile pentru Grad în Medicină, inclusiv Cursul pentru Grad din Perugia care a fost printre primele cursuri din Italia care au interacționat cu disciplina Antropologiei Medicale. În școlile specializate, aceste aspecte au făcut referire numai Școala din Perugia. Promovarea sănătății și disciplinele asociate cu aceasta au fost predate și practicate mai intens în anumite locații decât în altele. Totuși, așa cum concluzionează Briziarelli, putem spune acum că a existat un impuls foarte puternic din partea tinerilor profesori din diferite universități, care au învățat din experiența din Perugia pe care o urmează.

În ceea ce privește formarea psihologilor, promovarea sănătății/psihologia comunității se afla printre domeniile de predare ale școlii specializate în psihologia pentru sănătate, care are ca scop formarea specialiștilor pentru a întreprinde următoarele intervenții în organizații, comunități, grupuri și la domiciliile oamenilor:

- promovarea și menținerea sănătății;
- prevenirea și tratarea bolilor;
- analizarea și îmbunătățirea sistemelor pentru protecția sănătății și pentru elaborarea politicilor sănătății;
- utilizarea competențelor și tehnicilor, care caracterizează profesia de psiholog.

Conform cu definiția general acceptată, "Psihologia sănătății corespunde tuturor contribuțiilor specifice - științifică, profesională, și de formare – ale disciplinei psihologice, la promovarea și menținerea sănătății, prevenirea și tratarea bolilor, identificarea corelărilor etiologice și de diagnosticare ale sănătății, bolilor și tulburărilor asociate, și la analizarea și îmbunătățirea sistemului de asistență medicală și de elaborare a politicilor sănătății".

În Italia, exista 3 școli specializate în psihologia sănătății, în Torino, Roma și Bologna.

În cadrul asistenței medicale, promovarea sănătății și educația pentru sănătate sunt în principiu legate de asistență medicală a familiei și comunității din cadrul asistenței medicale publice. În multe documente, Organizația Mondială a Sănătății îndeamnă statele membre să implementeze reformele de asistență medicală cu scopul de a prioritiza asistența medicală de bază cu accentul pe familie și comunitate (asistența comunitară), mai presus de toate, cu scopul final de a întreprinde activități de autoîngrijire, profilaxie, promovare a sănătății în perspectiva consolidării resurselor individuale, precum și a resurselor comunității (împuținire). În acest context, în virtutea profilului și formării specifice a asistentului medical, acesta este responsabil din punct de vedere profesional pentru asistență generală deoarece poate înțelege nevoile comunității și poate participa la "managementul" pacientului mai bine decât oricare alți profesioniști.

Cursuri de Formare în Spania.

Pe baza Legii despre Dependența și a dezvoltării serviciilor de îngrijire oferite la domiciliul pacientului, există o tendință importantă de creștere a numărului de cursuri desfășurate în Spania. Multe dintre acestea sunt furnizate de către instituții private (în domeniul serviciilor de asistență socială), pentru a pregăti viitorii profesioniști. Conținutul acestor cursuri sunt atât despre asistența socială, cât și despre asistenta medicală.

Unul dintre cele mai comune cursuri, în acest sens, este cursul despre "Igiena și Asistența Medicală la Domiciliu". Acest curs este autorizat de către Comitetul Internațional de Formare al UNESCO. Acesta are ca scop stabilirea principiilor și bazelor intervențiilor specializate, cu persoanele dependente. Acesta transmite cunoștințele, abilitățile și competențele necesare, care permit oamenilor să desfășoare activități de atenție și promovare a autonomiei persoanelor vârstnice, cu dizabilități și aflate în convalescență la domiciliile lor. Următorul program este dezvoltat pentru persoanele, care nu au competențe în acest domeniu și încearcă să ofere un răspuns la modelul socio-sanitar, care este tot mai exigent.



Programul de formare include următoarele module:

- Identificarea caracteristicilor și necesităților persoanelor dependente.
- Specificarea domeniului asistenței la domiciliu.
- Tehnicile pentru igiena persoanelor dependente.
- Planificarea meniului.
- Utilizarea tehnicilor de hrănire.
- Eliminarea materiilor fecale.
- Felul în care medicamentele trebuie luate acasă.
- Mobilitatea persoanelor dependente.
- Felul în care se verifică semnele vitale.
- Tehnicile de prim ajutor.

Cursurile din domeniul Învățării pe tot Parcursul Vieții cu ideea unei formari continue sunt următoarele. Există cursuri specializate pentru profesioniști, cu referire la diferitele domenii posibile de intervenție în asistența domiciliară.

Însă astăzi acestea sunt cursurile care se desfășoară în domeniu. Aceste cursuri sunt foarte bine acceptate datorită existenței unei game largi de companii private care furnizează servicii de asistență medicală asociate cu servicii sociale. Companiile private de sănătate oferă mai puține servicii de asistență medicală la domiciliu.

7.2. Competențe.

Cu privire la competențele necesare, referitor la profesioniștii socio-sanitari (luând în considerare faptul ca asistența medicală la domiciliu are întotdeauna o dimensiune socială), s-au desfășurat anumite studii. Profesioniști în acest domeniu sunt Bienvenida Gala Fernández, Sergio Romeo López Alonso și Rosa María Pérez Hernández:

- **Profesionist limitat:** cu privire la prezența pe teritoriu și cu privire la identificarea sa, ca și parte din sistemul de asistență medicală, care furnizează serviciile.
- **Competent:** capacitatea de a integra cunoștințele, competențele și atitudinile asociate cu bunele practici profesionale.
- **Vedere Generală:** în vederea evaluării adecvate a diferitelor necesități ale pacienților.
- **Capacitate de anticipare:** luarea în considerare a apropierei de populație.
- **Capacitatea de a face față crizei datorate lipsei de resurse.**

În Lituania, asistenții sociali sunt pregătiți de majoritatea universităților și facultăților. Aproximativ 900 de asistenți sociali sunt pregătiți anual.

Noi centre metodice de asistență socială:

În 2011, lista centrelor metodice de asistenți sociali la domiciliu a fost suplimentată cu următoarele trei instituții: Centrul de Servicii Sociale al Districtului Jonava, Casa de Bătrâni Kaunas Panemunė, instituția publică Centrul Trakai de Muncă pentru Persoanele cu Dizabilități. Actualmente funcționează 51 de centre metodice de asistență socială la domiciliu.

Dezvoltarea profesională a asistenților sociali

La sfârșitul anului 2010, Descrierile Procedurii pentru Dezvoltarea Profesională a Asistenților Sociali și Procedura pentru Evaluarea Asistenților Sociali au fost specificate și aprobate.



Descrierea Procedurii pentru Evaluarea Asistenților Sociali oferă o oportunitate de evaluare pentru asistenții sociali care au educația echivalentă asistenței sociale. Aceasta specifică de asemenea și

activitățile unei comisii locale pentru evaluarea asistenților sociali; la începutul anului 2011, a fost revizuită structura subcomisiilor din cadrul comisiei locale pentru evaluarea asistenților sociali.

Amendamentele procedurii pentru evaluarea asistenților medicali

Disponând de formare cu referire la piața regională a muncii și disponând de servicii de consultanță, în care au funcționat 7 comisii locale pentru evaluarea asistenților sociali, s-a format o comisie locală de evaluare alcătuită din 6 subcomisii locale (Vilnius, Kaunas, Klaipėda, Šiauliai, Panevėžys, Alytus) care, ca și mai înainte, vor evalua asistenții sociali mai aproape de domiciliile sau de birourile lor. Aceasta comisie locală de evaluare, ca și fosta comisie de evaluare, va fi sprijinită din punct de vedere

tehnic de către Autoritatea pentru Administrarea Instituțiilor de Asistență Medicală condusă de Ministerul Muncii și Protecției Sociale.

Cerințele de educație pentru asistenții sociali la domiciliu

Începând cu 1 iulie 2011, așa cum se stipulează în Legea despre Serviciile Sociale, numai persoanele care au educație superioară (universitară sau non-universitară) în asistenta socială sau educație echivalentă vor avea dreptul la o funcție de asistent social. Condiția educației pentru asistenții sociali a fost stabilită încă din 2006. Cu scopul de a crea pentru asistenții sociali posibilitatea de a se reforma fără taxe, între 2009 și până în 2011 s-au folosit Fondurile structurale ale UE (până pe 1 iulie 2011) pentru reformarea națională a asistenților sociali care au educație (universitară sau non-universitară), alta decât în domeniul asistenței sociale sau educație echivalentă. Munca anumitor persoane care au funcția de asistent social nu are legătură cu asistenta socială (calcularea beneficiilor, alocațiilor, compensațiilor, primirea și examinarea aplicațiilor pentru sprijin acordat elevi, implementarea ocupației profesionale sau artistice, etc.); anumiți asistenți sunt clasificați ca și asistenți sociali, dar care, conform cu conținutul activităților (fișa postului), au lucrat ca asistenți sociali sau specialiști în alte domenii (îngrijirea persoanelor cu dizabilități, catering, furnizarea serviciilor de igienă personală, curățarea instituțiilor, etc.).

O situație similară a fost observată în ultimul timp în centrele pentru persoanele cu dizabilități, în centrele de zi pentru copii și în instituțiile de asistență socială instituțională, în care anumite funcții de asistenți sociali au fost clasificate ca și asistent social-specialist. Aceștia lucrează cu persoanele cu dizabilități, cu copiii și persoanele în vârstă, organizându-le timpul liber și practicând diferite arte frumoase, muzica, sport etc. Funcțiile lor nu sunt identice cu funcțiile unui asistent social și nu pot fi atribuite funcțiilor îndeplinite de specialiștii cu educație neoficială (pedagogii).

În încercarea de a clarifica și de a diferenția funcțiile asistenților sociali și activitățile de asistență socială, Lista Funcțiilor Specialiștilor Angajați în Asistenta Socială (18) a fost completată. Aceasta reglementează poziția unei ocupații a unui specialist în instituții de servicii sociale, fiind atribuită asistenților sociali. Specialiștii din instituțiile de servicii sociale nu vor reprezenta subiectul condiției de educație, așa cum se aplică asistenților sociali.



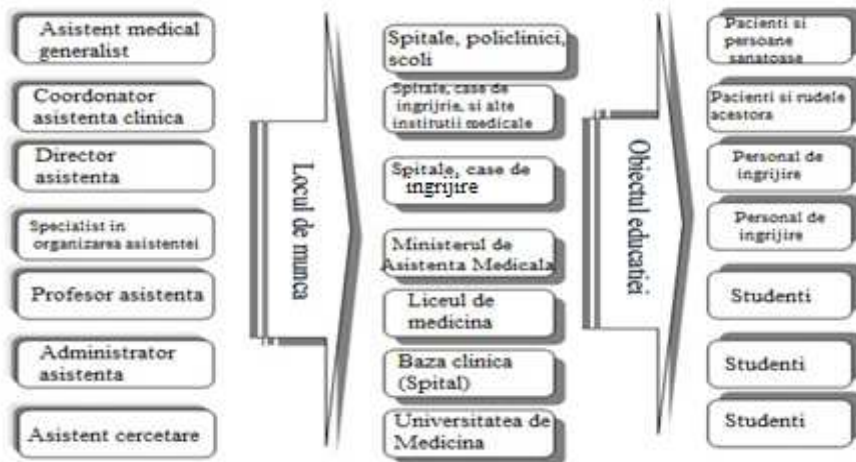


Fig. 3. Parametri majori ai activității educaționale de îngrijire

Conform cu datele din iunie 2011 adunate de minister, condiția învățământului superior în asistența socială sau a educației echivalente se aplică pentru 3.196 de asistenți sociali. Aproximativ 84 la sută (2.697 de persoane) din totalul de asistenți sociali aveau educația cerută, sau considerau că aceste condiții sunt irelevante (persoane cu vârsta înainte de pensionare). 56 la sută (1.786 de persoane) aveau educație superioară în asistența socială sau educație echivalentă, 21 de persoane. Aproximativ 16 la sută (aprox. 500 de persoane) nu au educația cerută și nu reprezintă excepția prevăzută în Legea despre Serviciile Sociale. O parte din acești asistenți (aproximativ 11 la sută) au primit alte funcții (specialist district, specialist în beneficii sociale, specialist în munca în cadrul unei instituții de servicii sociale, asistent social, etc.

Pentru România se pot menționa următoarele cursuri:

Perfecționarea competențelor profesioniștilor din domeniul îngrijirii la domiciliu la nivel european

Cursul include cincizeci de module împărțite în patru zone principale după cum urmează:

A. Aspecte medicale

- A1 Susținerea persoanelor pentru a participa la activități recreative
 - Mediul de îngrijire
 - Evaluarea nevoilor și dorințelor unei persoane
 - Promovarea activității
- A2 Susținerea persoanelor în viața de zi cu zi
 - Îndeplinirea nevoilor domestice și personale
 - Alimente și băuturi pentru persoane
 - Igiena personală

B. Aspecte de ordin psihologic

- B3 Comunicarea cu persoanele în vârstă
 - Maturitatea târzie
 - Factorii care afectează comunicarea cu persoanele în vârstă
 - Abilități de comunicare – moduri de îmbunătățire
- B4 Comunicarea cu pacienții pe moarte și familiile lor
 - Comunicarea cu pacienții în stare terminală și pe moarte



- Comunicarea cu familiile pacienților pe moarte
 - Cum să vorbim despre o boală terminală
- B5 Comunicarea cu pacienții cu deficiențe de auz
- Ce este?
 - Pierderea auzului
 - Cum să comunicăm cu succes cu cei cu deficiențe de auz?
- B6 Comunicarea cu pacienții cu deficiențe de vedere
- Vederea, deficiențe de vedere, orbire
 - Cum percep nevăzătorii și persoanele cu deficiențe de vedere lumea
 - Principiile de comunicare cu nevăzătorii și cu cei cu deficiențe de vedere
- B7 Relația cu familia pacientului
- Ascultare și comunicare
 - Întărirea familiei (și profesionalism)
- B8 Stabilirea unei relații de ajutor
- Mediere și mediatori
 - Relația de ajutor
- C Legislația națională / UE în domeniul sănătății**
- C9 Introducere în legislația UE privind lucrătorii în domeniul asistenței medicale la domiciliu
- Tratatul Uniunii Europene
 - Drepturile fundamentale
 - Strategia europeană în domeniul sănătății
- C10 Legislația din Marea Britanie privind lucrătorii în domeniul asistenței medicale la domiciliu
- Standarde legale privind activitatea de îngrijire
 - Nivelul minim al standardelor de servicii
 - Depășirea standardelor
- C11 Legislația din Slovenia privind lucrătorii în domeniul asistenței medicale la domiciliu
- Mediul juridic general
 - Legislația în sectorul de îngrijire medicală
- D Aspecte sociale / etice**
- D12 Profesia de asistent medical: codul profesional și aspecte etice
- Asistentul medical și pacientul
 - Asistentul medical și aspectele etice ale muncii sale
 - Asistentul medical și deciziile etice
- D13 Diferențe culturale în abordarea față de pacienți
- Cultură și culturi
 - Teoria universalității și diversității domeniului de asistență medicală
 - Rituri de trecere
- D14 Codul profesional și aspectele etice ale lucrătorilor din domeniul asistenței sociale
- Codul de bune practici
 - Standardele de îngrijire
 - Politici și proceduri



- D15 Auto-instruirea și învățarea continuă
- Drumul spre practica reflexivă

Competențe cheie pe care îngrijitorii la domiciliu trebuie să le aibă pentru a oferi servicii de calitate

Titlul calificării profesionale: Asistent medical comunitar

Nivel: CNC3/ EQF 4.

Asistentul medical comunitar contribuie la starea de sănătate generală a individului, familiei și comunității prin acordarea îngrijirilor care vizează promovarea sănătății, prevenirea îmbolnăvirilor, îngrijirea celor bolnavi la domiciliu, în condițiile utilizării unei intervenții care adeseori reclamă o tehnologie avansată și o foarte bună pregătire practică.

Profesionistul trebuie să fie capabil ca, pe lângă îngrijirile enumerate succint mai sus, să fie capabil să:

- implice indivizii, familiile și comunitățile în îngrijirea proprie și să se formeze la aceștia responsabilitate privind sănătatea;
- reprezinte la diferite niveluri unde se iau deciziile privind sănătatea, persoanele îngrijite, nevoile acestora și să intervină pentru a fi recunoscute drepturile lor;
- colaboreze în calitate de membru în cadrul echipei multidisciplinare, dar și cu alte organizații
- guvernamentale și nonguvernamentale pentru sănătatea celor îngrijiți;
- asigure calitatea îngrijirilor acordate prin respectarea standardelor de educație și practică clinică și calitatea vieții indivizilor, familiilor și comunităților de care răspund.

Responsabilitățile majore ale asistentului medical comunitar sunt:

- acordarea îngrijirilor de promovare, prevenire, curative, de recuperare sau de sprijin a indivizilor, familiilor și grupurilor;
- transmiterea cunoștințelor și formarea abilităților în domeniul sănătății în rândul pacienților, altor beneficiari, personalului din sistemul de sănătate și a celor aflați în procesul de formare;
- participarea în calitate de membru în cadrul echipei de îngrijire, ceea ce presupune solide cunoștințe în domeniul comunicării, realizării relațiilor interpersonale bazate pe respect reciproc și înțelegere a rolului propriu și a celorlalți profesioniști, implicare activă și responsabilă în luarea deciziilor, informarea autorităților, mass mediei, etc.;
- îmbunătățirea practicii clinice printr-o gândire critică, aprecierea și utilizarea cercetărilor existente în domeniu pe plan național și internațional.

Denumirea competenței cheie	Nivel
C1. Comunicare în limba oficială	CNC3/ EQF 4
C2. Comunicare în limbi străine	CNC3/ EQF 4
C3. Competențe de bază în matematică, știință și tehnologie	CNC3/ EQF 4
C4. Competențe informatice	CNC3/ EQF 4
C5. Competența de a învăța	CNC3/ EQF 4
C6. Competențe sociale și civice	CNC3/ EQF 4
C7. Competențe antreprenoriale	CNC3/ EQF 4
C8. Competența de exprimare culturală	CNC3/ EQF 4
G1. Acordarea primului ajutor în caz de urgență	CNC3/ EQF 4
G2. Planificarea propriei activități	CNC3/ EQF 4
G3. Comunicarea interactivă cu toți actorii de la nivelul comunității	CNC3/ EQF 4
S1. Identificarea nevoilor de îngrijiri de sănătate la nivelul comunității	CNC3/ EQF 4



S2. Supravegherea gravidei	CNC3/ EQF 4
S3. Supravegherea nou-născutului și a lăuzei	CNC3/ EQF 4
S4. Promovarea sănătății la nivelul comunității	CNC3/ EQF 4
S5. Întocmirea dosarului de evidență a beneficiarului	CNC3/ EQF 4
S6. Prevenirea și depistarea îmbolnăvirilor	CNC3/ EQF 4
S7. Monitorizarea auto-îngrijirii	CNC3/ EQF 4
S8. Administrarea unor tratamente medicale la domiciliul persoanelor asistate	CNC3/ EQF 4

Sistemul studiului asistenței medicale și sociale în **Slovacia** este descris în secțiunea următoare.

Studiul asistenței medicale cuprinde un curs de 5 ani (aproape cât un curs de masterat) sau studii de licență de 3 ani și este furnizat de 2 universități cu afiliații regionale (Univerzita sv. Alžbety, Slovenská zdravotnícka univerzita).

Cursurile de asistență medicală includ următoarele capacități și competente:

Absolvenții pot lucra în asistența medicală în cadrul echipei de asistență medicală sau independent în planificarea, furnizarea, coordonarea și evaluarea asistenței medicale în asistența medicală primară, secundară sau terțiara, în asistența socială și îngrijire la domiciliu. Absolventul cunoaște procesul de îngrijire, are cunoștințe despre științele umane cu referire la îngrijire, execută activități de îngrijire, ia decizii și își asumă responsabilitatea pentru deciziile luate. Efectuează diagnosticări, proceduri terapeutice, tehnici de îngrijire și reabilitare, precum și tehnici și procese educaționale, metode de diagnosticare și proceduri de evaluare a stării de sănătate și administrarea asistenței medicale. Rezolvă sarcinile în mod independent, conduce echipa și lucrează în echipă, efectuează schimbări, își asumă riscuri, este responsabil, aplica și utilizează cunoștințele și competențele în practică.

Programul educațional consta în cunoștințe medicale, umanitare și manageriale integrate în îngrijirea holistică, dedicată persoanelor și comunității în stare de sănătate și pe caz de boală.

Durata: 5 ani (10 semestre) - master

3 ani (6 semestre) - licență

Cursurile speciale de îngrijire cuprind 220 de ore de studiu. Scopul cursului este de a pregăti studentul pentru munca personală cu clientul, pentru a-i asigura nevoile personale, pentru a sprijini autonomia clientului pe cât de mult posibil cu ajutorul onestității sale.

Cursul de asistență socială implica următoarele capacități și competente:

Asistența socială, organizarea muncii, planificarea și elaborarea documentației, bazele igienei și infecțiilor, primul ajutor, principiile de îngrijire pentru bătrâni și pentru persoanele cu dizabilități, pe termen lung sau pentru persoanele aflate în faza terminală a bolii. Bazele fizioterapiei, ergoterapie, ergonomie, tratamentul și transportul clienților. Menaj și gospodărire, siguranță și prevenirea leziunilor. Psihologia îngrijirii bătrânilor și a persoanelor cu boli pe termen lung sau în faza terminală. Comunicarea, rezolvarea conflictelor, baza asistenței sociale în țările europene individuale. În domeniul asistenței sociale, ordinea de zi și documentația clientului social.

Furnizorii de cursuri sunt organizațiile educaționale cu acreditare pentru oferirea cursurilor de asistență socială eliberate de Ministerul Educației. Cursurile sunt organizate și cu agențiile străine și certificatul oferit este valabil în toată Europa.

Formarea personalului medical în **Polonia** se bazează pe învățământul superior și pe educația post-universitară. Studiile medicale durează 6 ani și se termină cu un titlu de doctor în medicină, studiile de asistență medicală durează trei ani și se termină cu o diplomă de licență în Asistența Medicală (există posibilitatea de a continua studiile pentru obținerea titlului de master). Atât doctorul, cât și asistentul medical pot lucra după absolvire în asistența medicală la domiciliu, dar pentru a se specializa în acest domeniu, amândoi trebuie să finalizeze specializarea în sistemul educației post-universitare. În cazul asistenței medicale la domiciliu implementate în asistența medicală primară (POZ) specializarea se va face în medicină de familie (numele specializării este același pentru doctori și pentru asistenți medicali), pentru aziluri cele mai comune specializări sunt: oncologia și pediatria. Cu referire la acest studiu vom discuta despre specializarea în medicină de familie pentru doctori și asistenți medicali.



Trebuie să se presupună că sistemul de specializare în diferite domenii este similar în termeni de organizare și de timp de lucru; există numai câteva aspecte diferite. Educația post-universitară pentru doctori în Polonia se continuă la Centrul de Educație Medicală Post-universitară (CMKP) și pentru asistenți medicali la Centrul de Educație Post-universitară pentru Asistenți Medicali (CKPPIP).

Doctorul de familie

Specializarea în medicină de familie va dura minim 48 de luni, dar cel mai adesea durează până la 5 ani. Este posibil să se scurteze durata specializării atunci când doctorul a fost specialist în medicină internă, pediatrie sau chirurgie. Programul de specializare constă în [11]:

- Etapa preliminară – introducere în medicină de familie
- Etapa educației în spitale și clinici specializate, inclusiv stagii și ture
- Etapa educației despre practica generală a doctorului de familie
- Participarea la cursuri specializate
- Autoeducația

În timpul specializării, progresul este verificat prin teste și examene, doctorul fiind responsabil și pentru programele de dezvoltare și implementare pentru îmbunătățirea calității în practică generală a doctorului de familie și pentru pregătirea materialelor de formare. Specializarea în domeniul medicinei de familie este obținută după finalizarea tuturor cursurilor din program și după luarea Examenului de Stat. Planul detaliat al formării specializate în medicină de familie este prezentat în Tabelul 4.

Tabelul 4. Planul formării specializate în medicină de familie pentru doctori.

Etapa preliminară (introducere în medicină de familie)	Etapa educației în spitale și clinici specializate								Etapa educației despre practica generală a doctorului de familie
	Boli interne	Pediatrie	Obstetrică și ginecologie	Chirurgie generală	Psihiatrie	Dermatologie, Laringologie, Neurologie, Oftalmologie, Boli infecțioase	Fizioterapiile	Facultativ	
2 luni	6 luni	6 luni	3 luni	1 luna	1 luna	4 luni	1 săptămâna	1 luna	24 luni

Asistentul medical de familie

Această specializare se realizează într-un timp de la 18 la 24 de luni cu posibilitatea de a scurta durata în cazul în care asistentul medical a obținut deja calificări în programul de specializare (ex. pe o specializare diferită sau în timpul studiilor de masterat). Numărul total de ore de formare este 995 de ore din care 330 de ore – practica generală și 665 de ore – practica specializată. Scopul specializării în asistentă medicală de familie este de a pregăti asistenți medicali profesioniști care să furnizeze servicii medicale pentru persoanele sănătoase și bolnave în propriul lor mediu de viață și mai ales de a-i pregăti pentru:

- furnizarea de servicii de asistență medicală pentru persoane, familii și persoanele supuse riscului, pentru grupurile neglijate, pentru comunitatea locală în situații neobișnuite sau dificile,
- rolul de consultant sau consilier cu referire la chestiunile de sănătate,
- rolul de șef de echipă într-o echipă de asistenți medicali de familie.



Specializarea de asistență medicală se termină cu un Examen de Stat pentru Asistenți Medicali și Moașe. Programul detaliat al specializării este prezentat în Tabelul 5.

Tabelul 5. Planul de formare pentru asistenții medicali în domeniul medicinei de familie.

	Modul	Teorie	Stagiu	Număr de ore
Practica generală, comună tuturor specializărilor	Elemente de psihologie, Educație medicală. Sociologia sănătății și a bolii, etică, deontologie și lege, Organizarea și managementul elementelor de protecție a sănătății, Politica Socială și sănătatea publică, Evaluarea sănătății și examinarea fizică, Teoria asistenței medicale, Cercetare în asistența medicală, Dezvoltare profesională, Informatică și statistică în practică asistentului medical și a moașei.			330
Specializare în asistența medicală de familie	Subiecte selectate din epidemiologie și demografie	30	-	30
	Dezvoltarea practicii profesionale – calitatea îngrijirii în asistența medicală primară	30	-	30
	Forma, domeniul și metodele de activarea a comunităților locale	15	35	50
	Sociologia familiei cu elemente de antropologie culturală	30	-	30
	Promovarea sănătății, educația pentru sănătate în familie și în comunitatea locală	45	35	80
	Asistența medicală de familie	30	-	30
	Asistența medicală avansată în problemele de sănătate selectate	240	175	415

7. Identificarea celor mai bune practici.

Prin programul său de sănătate publică, Comisia Europeană a sprijinit multe inițiative importante în acest domeniu, printre care se afla dezvoltarea competențelor pentru formarea pentru al doilea nivel în promovarea sănătății din cadrul proiectului EUMAHP (Master European în Promovarea Sănătății) și alte inițiative colaborative, precum proiectele pentru dezvoltarea competențelor la nivel european organizate de PHETICE (Educația pentru Sănătate Publică în contextul Extinderii Europei) și ASPHER (Asociația Școlilor de Sănătate Publică în Regiunea Europeană).

Masterul European în Promovarea Sănătății (EUMAHP): EUMAHP este una dintre inițiativele finanțate de Comisia Europeană, dezvoltată în relație cu promovarea sănătății în Europa (Meresman, 2004). Un grup de experți implicați în formarea, pentru promovarea sănătății din toate statele membre și Norvegia s-a adunat în 1997. Dezvoltarea programului EUMAHP a început în 1998, cu scopul de a îmbunătăți calitatea promovării sănătății, prin formare vocațională, pentru promovarea sănătății în Europa și pentru a beneficia de valoarea adăugată a dimensiunii europene. Proiectul caută de asemenea să „dezvolte și să consolideze pe mai departe conceptualizarea europeană a promovării sănătății după Carta Ottawa” (Colomer et al., 2002).

Dezvoltarea competențelor a reprezentat centrul lucrului inițial al proiectului EUMAHP (Davies et al., 2000). Obiectivele proiectului EUMAHP erau:

- îmbunătățirea standardelor educaționale, în contextul promovării sănătății în cadrul instituțiilor academice
- certificarea sau acreditarea profesioniștilor și operatorilor în promovarea sănătății
- profesionalizarea domeniului promovării sănătății și recunoașterea acestuia.

Dezvoltarea curriculumului pentru formarea în promovarea sănătății a fost unul dintre domeniile principale ale lucrului în grup și a pus accentul mai ales pe controlul calității programelor educaționale relevante. Dezvoltarea competențelor curriculare la nivel european, a reprezentat centrul acestui proiect (Davies et al., 2000). Grupul de lucru EUMAHP pentru standardele profesionale și academice a definit competențele necesare pentru promovarea sănătății ca și „cunoștințe, competențe și atitudini necesare pentru implementarea acțiunilor specifice, pentru promovarea sănătății în cadrul domeniilor specifice de practică, pe baza standardelor specifice” (Meresman et al., 2006). Ca și parte din sarcinile acestui grup de lucru, s-a alcătuit un chestionar referitor la promovarea sănătății în general și la activitățile întreprinse în medii specifice și cu anumite grupuri de oameni. Acesta a fost creat de 33 de experți în promovarea sănătății din toată Europa. Participanții au fost rugați să descrie competențele pe care le consideră a fi esențiale, dezirabile sau irelevante. 27 de competențe au fost identificate și împărțite în 5 domenii:

1. competențe analitice; ex. înțelegerea factorilor determinanți sociali, culturali și subiectivi ai sănătății
2. competențe pentru managementul social; ex. sensibilitatea față de dinamică grupului și instituțiilor. Abilitatea de a face față acestor situații
3. competențe politice; ex. înțelegerea sectoarelor, politicilor și serviciilor publice
4. competențe de comunicare; ex. abilitatea de a vorbi, de a asculta activ și cu grijă, empatie și simpatie
5. competențe operaționale; ex. abilități de management: conducere, luare de decizii, abilitatea de a mobiliza resursele și de a organiza sarcini.

Cadrul EUMAHP pentru competențe, care include cele 5 dimensiuni menționate mai sus, a pus bazele dezvoltării curriculumului central pentru programele de formare pentru al doilea nivel publicat de grup (Colomer et al., 2002). Această lucrare inițială a furnizat bazele importante ale dezvoltării colaborative ale unui curriculum esențial adecvat pentru formarea pentru al doilea nivel în promovarea sănătății în Europa.



Educația pentru Sănătate Publică, în contextul Extinderii Europei (PHETICE)

Un alt proiect finanțat de către Comisia Europeană și care se bazează pe expertiza pentru dezvoltarea curriculumului este proiectul PHETICE (Educația pentru Sănătate Publică în contextul Extinderii Europei), care a dezvoltat o diagramă pentru a ghida formarea multidisciplinară a operatorilor de sănătate publică și a inclus experți, pentru promovarea sănătății în consiliul de conducere.

Proiectul PHETICE a fost lansat în 2005, cu ideea că dezvoltările sănătății publice din Uniunea Europeană au necesitat o abordare unificată pentru dezvoltarea forței de muncă prin specializări în sănătatea publică. S-a considerat că introducerea unei dimensiuni comune a UE cu referire la sănătatea publică a fost necesară pentru obținerea acestor dezvoltări și pentru a folosi cadrul pregătit de Comisia Europeană.

Acest proiect a început prin 5 programe de Master European finanțate de Comisia Europeană în domeniul sănătății publice în cel mai larg sens, nutriție, gerontologie, epidemiologie și promovarea sănătății. Munca efectuată în cadrul proiectului PHETICE include o zonare a situației curente a formării în sănătatea publică și o strângere de documente și informații importante despre felul în care sistemul european comun de monitorizare a sănătății poate fi sprijinit prin formare și cum se dezvoltă în Europa sistemele de competențe și control al calității.

Proiectul PHETICE a fost împărțit în 7 pachete de lucru și distribuit către cinci parteneri. În cadrul programului PHETICE, s-a întreprins o zonare a situației curente a formării, în contextul sănătății publice, în vederea furnizării de informații de context, și o strângere de documente și informații importante despre învățământul superior în sănătatea publică din Europa. S-au adunat de asemenea informații despre strategiile educaționale și pedagogice potrivite pentru sănătatea publică, dar optimizate pentru a fi în rând cu Procesul Bologna. S-a efectuat un studiu în universitățile și școlile de sănătate publică în Europa, folosind o listă comună a cursurilor ASPHER (Asociația școlilor de Sănătate Publică) și programele europene de master deja existente. S-au primit răspunsuri de la 86 de universități (PHETICE, 2008).

S-a dezvoltat un model pentru analizarea competențelor pentru sănătate publică și promovarea sănătății. Acest model, care a fost dezvoltat din modelele internaționale deja existente de sănătate publică și promovare a sănătății, trebuie să fie flexibil pentru a permite cea mai largă utilizare posibilă, în așa fel încât acesta să se conecteze la alte domenii și ca utilizarea lui să fie răspândită la nivel european, național și local. Acest model a fost revizuit, pentru a permite includerea disciplinelor specifice și competențelor centrale. Modelul este dinamic și este împărțit în 3 domenii, care au legătură între ele. În termeni de rezultate, modelul este menit să îmbunătățească dezvoltarea sănătății publice și conține exemple de grupuri cheie de referință (de la populații, la indivizi). De asemenea, le permite utilizatorilor să definească modelul de sănătate, în cadrul căreia aceștia lucrează (de la Clasificarea Internațională a Bolilor la Dezvoltarea Indicatorilor pentru Promovarea Sănătății în Europa).

Pentru a îmbunătăți sănătatea publică a grupului de referință, procesul de sănătate publică se bazează pe valorile cheie ale „Sănătății pentru toți” (ex. justiție socială și imparțialitate), care definesc contextul în care competențele sunt folosite și puse în practică. Competențele centrale sunt împărțite în următoarele categorii:

- evaluare și analiză
- politici și planificare
- implementare și evaluare
- comunicare
- procesarea informațiilor
- lucru în grup
- conducere.



Procesul ciclic interacționează cu structură existentă a instituțiilor și profesioniștilor și a componentelor cheie, care le constituie (de exemplu, misiunile, valorile, competențele instituțiilor și valorile, competențele și performanța indivizilor).

Proiectul PHETICE stabilește legăturile cu munca efectuată de către ASPHER și recomandă ca legătura cu rețeaua europeană să fie menținută (Davies et al., 2008).

Asociația Școlilor de Sănătate Publică din Regiunea Europeană (ASPHER)

ASPHER a fost fondată în 1966 pentru a reprezenta școlile de sănătate publică, alte tipuri de educație de al doilea nivel, în sănătatea publică și alte programe. Aceste școli precum și alte programe pregătesc studenții pentru o carieră în serviciile sau în domeniul sănătății publice academice prin obținerea diplomelor în sănătate publică la toate nivelurile (licența, master și doctorat). ASPHER dezvoltă actualmente standarde bazate pe competențele pentru educația profesioniștilor în sănătatea publică, inclusiv cei care lucrează în promovarea sănătății.

Atenția Programului Competențelor Centrale în Sănătate Publică a programului european ASPHER (EPHCC) este direcționată către dezvoltarea unei liste de competențe centrale pe care Școlile de Sănătate Publică le consideră a fi necesare pentru formarea studenților cu referire la dezvoltarea, organizarea, administrarea și preconizarea problemelor de sănătate publică (ASPHER, raport Faza 1). Aceste competențe sunt necesare pentru a face față provocărilor impuse de sănătatea oamenilor și de sistemele de sănătate, cu care o parte din profesioniștii în sănătate publică ar putea să se confrunte, și, bineînțeles, sistemele de prevenire a bolilor și de promovare a sănătății reprezintă o componentă importantă a acestui portofoliu de competențe (Birt și Foldspang, 2009).

Era mai probabil că aceste competențele să fi fost considerate adecvate și valabile dacă acestea au fost dezvoltate de jos în sus, cu o implicare atentă a profesioniștilor în sănătate publică ce trebuie să demonstreze în fiecare zi că au competențe de sănătate publică în meseria lor. Prima fază a proiectului a fost strângerea de informații. Toate școlile de sănătate publică au fost invitate să trimită o listă de competențe care sunt importante pentru ele (Birt și Foldspang, 2009). Competențele au fost clasificate în șase domenii tematice:

1. metode (epidemiologie, biostatistica, metode calitative)
2. mediul social și sănătatea
3. mediul fizic, chimic și biologic și sănătatea
4. politici, organizații, management și economie pentru sănătate
5. promovarea sănătății și profilaxia
6. cercetări interdisciplinare, inclusiv strategie, etică și alte subiecte.

Aceste domenii au fost acceptate de domeniile ASPH (Asociația Școlilor de Sănătate Publică) în Statele Unite. Fiecare domeniu are propriul său grup de lucru și președintele grupului poate sugera subdiviziuni. Pentru a optimiza inclusivitatea procesului, în cazul în care un membru al grupului a sugerat o competență, aceasta trebuie introdusă în listă. Scopul a fost de a produce un cadru sigur de competențe aplicate în formarea pentru sănătatea publică din Europa. Nu a existat o limită maximă de competențe (ASPHER, 2007).

În cadrul acestor domenii, competențele au fost împărțite în două grupuri: practic (care necesită competențe) și intelectual (care necesită cunoștințe și înțelegere) și fiecare grup a avut o listă de competențe pentru fiecare dintre următoarele domenii:

- factorii determinanți ai sănătății, factorii de risc
- teoriile și principiile promovării sănătății și profilaxiei
- strategia, dezvoltarea, managementul și evaluarea programelor
- comunicarea.

Câteva dintre competențele incluse în lista grupului de competențe practice necesare pentru promovarea sănătății a cerut studenților să își demonstreze abilitatea de a descrie și de a evalua factorii determinanți ai sănătății, să descrie și să identifice principiile și elementele biologice, fizice,



chimice, sociale și psiho-sociale implicate în profilaxie și în promovarea sănătății, să întreprindă investigații despre stilul de viață, să analizeze date și să știe cum să utilizeze metodele cercetării calitative. Lista de competențe intelectuale a cerut studenților să știe și să înțeleagă o gamă largă de domenii sociale, psihologice și economice, inclusiv filosofia de bază, științele sociale, impactul mediului social asupra sănătății, înțelegerea originii sociale, culturale și economice a factorilor determinanți ai sănătății.

Listă provizorie a competențelor centrale, pentru faza 1 a sănătății publice a fost publicată în octombrie 2007. Această listă a fost făcută din listele de competențe primite de la fiecare președinte. Anumite competențe au fost revizuite sau ușor modificate de către președinți, pentru a evita repetițiile sau suprapunerile, care apar inevitabil atunci când serie de candidați independenți lucrează împreună (ASPHER, 2007).

În timpul fazei 2, contactul s-a stabilit cu părțile interesate din cadrul sănătății publice. Două conferințe au fost susținute în 2008 (Arhaus, Danemarca și Paris, Franța) și s-au organizat anumite seminarii în Slovenia și Scoția. Rezultatul acestor consultații a fost faptul că lista de competențe creată de șase grupuri inițiale de lucru s-a schimbat, iar listă provizorie cu competențele centrale în faza 2 a sănătății publice a fost publicată în octombrie 2008 (ASPHER, 2008).

Conform cu Birt și Foldspang (2009), provocările privitoare la sănătatea oamenilor și sistemele de sănătate variază în timp și în diferite regiuni europene. Astfel, sperăm că acest proces va fi continuat și consolidat în faza 3, și că acesta va duce la formarea listelor împărțite la nivel general și regional cu competențele centrale pentru educația în domeniul sănătății publice în diferite niveluri de educație. În cele din urmă, competențele pentru sănătatea publică trebuie definite pentru a se adapta adecvat la diferite niveluri de educație și formare în domeniul sănătății publice și de asemenea la diferite niveluri de angajare în sănătatea publică (pentru a facilita abilitatea de a compara ofertele de muncă și pentru o adevărată mișcare liberă a profesioniștilor în sănătatea publică din Europa). Competențele pot fi monitorizate la un nivel individual, iar listele de competente oferă de asemenea un nou potențial pentru dezvoltarea diplomelor în sănătate publică la nivel european (Birt și Foldspang, 2009).

Faza 3 este actualmente în progres și include planuri pentru școlile de sănătate publică și interacțiuni între părțile interesate ale sănătății publice prin conferințe, seminarii locale și regionale, clasificări ale competențelor pe baza nivelului de formare, revizii continue și publicații continue ale listelor cu competențele revizuite.

În planificarea pentru 2015, ASPHER urmărește o serie de studii din Delphi pentru a consolida lista cu priorități. Studiile din Delphi au arătat un sprijin foarte puternic pentru proiect cu referire la competențe.

În 2005, Comitetul Regional European al Uniunii Internaționale pentru Promovare și Educație în Sănătate (IUHPE) a creat un subcomitet cu scopul de a dezvolta recomandările referitoare la desfășurarea formării, la standardele profesionale și de acreditare pentru promovarea sănătății în Uniunea Europeană. Un studiu explicativ despre dezvoltarea promovării sănătății în Europa a fost întreprins de către Santa-María Morales și Barry (2007) în numele subcomitetului. Obiectivele studiului au fost:

- examinarea nivelului de formare specializată în promovarea sănătății în regiunile europene
- determinarea situației curente cu privire la acreditarea și înregistrarea profesională a operatorilor de promovare a sănătății în țările europene
- privirea de ansamblu asupra activităților curente la nivel național/regional cu referire la competențe și la standardele profesionale
- determinarea existenței și situației curente a drumului carierelor, în promovarea sănătății în diferite țări.

Datele provin din 33 de țări, iar studiul a demonstrat că formarea în promovarea sănătății trece printr-un proces de dezvoltare în Europa, deși există niveluri diferite de dezvoltare de la o țară la alta. Foarte puține țări au raportat dezvoltări active în competențele pentru promovarea sănătății și niveluri diferite de dezvoltare. Studiul dovedește că cel puțin 7 țări au dezvoltat competențe pentru promovarea sănătății și 4 dintre acestea dezvoltă standarde profesionale. În ciuda numărului mic de sisteme



existente, concluziile studiului arata că există exemple care pot fi folosite pentru dezvoltarea competențelor și standardelor profesionale la nivel european (Santa-María Morales și Barry, 2007).

Pe baza informațiilor adunate prin studiul explicativ, subcomitetul IUHPE/EURO a activat un proiect de încercare, cu participanți din șapte țări, pentru a verifica fezabilitatea unui sistem de acreditare bazat pe competențe, la nivel european. Proiectul inițiat de Battel-Kirk și Barry (2009) identifică nivelul de interes și progresul către o dezvoltare, în cadrul țărilor participante și explorează barierele și stimulii acreditării, pe baza competențelor. În general, proiectul a confirmat suportul său pentru sistemul european și a recomandat ca acest sistem să ia în considerare diferențele dintre țările europene, cu referire la sistemele de sănătate, la infrastructură și dezvoltarea promovării sănătății. Împreună cu alți opt parteneri, participanții la acest proiect au continuat dezvoltarea unei propuneri pentru a obține fonduri din partea Agenției Executive pentru Programul de Sănătate Publică al Comisiei Europene (astăzi Agenția Executivă pentru Sănătate și Consumatori). Propunerea a avut succes și s-a transformat astăzi în proiectul CompHP. Partenerii proiectului au lucrat și la dezvoltarea Declarației de Consens de la Galway în domeniile competențelor centrale pentru promovarea sănătății (Allegrante et al., 2009), care a fost privit ca sprijin pentru cadrul de referință ce poate fi utilizat pentru dezvoltările europene.

Pe baza dezvoltărilor internaționale, Conferința de Consens de la Galway din 2008 a fost concepută ca un prim pas spre acordul internațional asupra competențelor centrale necesare pentru formarea profesională a specialiștilor în promovarea și educația în sănătate. Această conferință a căutat să promoveze schimbul și colaborarea mai extinsă, asupra dezvoltării competențelor centrale, pentru promovarea sănătății și consolidarea abordărilor comune, ale dezvoltării competențelor și forței de muncă. În colaborare cu SOHPE (Societatea pentru Sănătate Publică), CDC (Centrul pentru Prevenirea și Controlul Bolilor) din Statele Unite și alți parteneri, IUHPE a organizat o întrunire la Universitatea Națională din Irlanda în Galway între 16 și 18 iunie 2008 pentru Conferința de Consens de la Galway care a culminat cu publicarea Declarației de Consens de la Galway în domeniile competențelor centrale pentru promovarea și educația în sănătate (Allegrante et al., 2009; Barry et al., 2009). Participanții la conferința au venit din instituții de învățământ superior și din organisme guvernamentale cheie, organizații non-guvernamentale, societăți profesionale la nivel național și global. Conferința a avut ca scop participarea liderilor și părților interesate din întreaga lume; totuși, printre cei aproximativ 35 de experți care au fost invitați să participe, numai 26 de experți, majoritatea veniți din Europa și America de Nord, au acceptat invitația și au participat la conferință. Diferite regiuni din lume, inclusiv Africa subsahariana, regiunea asiatică a Pacificului și America Latină, nu au fost reprezentate sau au fost subreprezentate din cauza lipsei de resurse financiare pentru acoperirea cheltuielilor de călătorie.

Rapoartele pregătite de către secretariatul conferinței pentru a stimula reflecțiile au inclus majoritatea revizuirilor actualizate ale literaturii legate de acreditarea în domeniul promovării sănătății și educației pentru sănătate, care a inclus pregătirea și evaluarea profesională bazate pe competențe, standarde și abordări direcționate pe controlul calității.

Participanții la conferința de la Galway au ajuns la o înțelegere, cu referire la valorile și principiile cheie, o definiție comună și opt domenii de competențe centrale, necesare pentru o practică efectivă a promovării sănătății. Declarația de Consens întocmită de către organizatori nu se referă la competențe specifice, ci pune accentul pe domeniile de competențe centrale, care sunt fundamentale pentru realizarea îmbunătățirilor, în domeniul sănătății. Cele opt domenii ale competențelor centrale sunt definite după cum urmează:

1. Schimbarea catalizatoare – permiterea schimbării și oferirea posibilității pentru indivizi și comunități de a-și îmbunătăți sănătatea
2. Conducerea – furnizarea unei direcții strategice și a unor oportunități, pentru participarea la dezvoltarea politicilor publice pentru sănătate, prin mobilizarea și administrarea resurselor, pentru promovarea sănătății și dezvoltarea competențelor
3. Aprecierea – aprecierea nevoilor și resurselor prezente în comunități și în sistemele care pot duce la identificarea și analizarea factorilor determinanți comportamentali, culturali, sociali, de mediu și organizaționali, care promovează și pun în pericol sănătatea



4. Planificarea - dezvoltarea obiectivelor măsurabile, ca răspuns la evaluarea nevoilor și resurselor și identificarea strategiilor bazate pe cunoștințe provenite din teorie, dovezi și practică
5. Implementarea – evidențierea strategiilor efective și eficiente, cultural sensibile și etice pentru a asigura cele mai bune îmbunătățiri posibile ale sănătății, inclusiv administrarea resurselor umane și a materialelor
6. Evaluarea – determinarea domeniului, eficacității și impactului programelor și politicilor pentru promovarea sănătății. Aceasta include utilizarea evaluării și metodelor de cercetare adecvate, pentru a sprijini îmbunătățirile, durabilitatea și diseminarea programului
7. Susținerea – promovarea cu și în numele indivizilor și comunităților, îmbunătățirea sănătății lor și starea lor de bine, precum și construirea competențelor lor, în așa fel încât să poată acționa pentru îmbunătățirea sănătății în timpul consolidării resurselor comunității
8. Parteneriatul – lucrul într-o manieră colaborativa cu alte discipline, sectoare și parteneri pentru creșterea impactului și durabilității programelor și politicilor pentru promovarea sănătății.

Cele mai bune practici spaniole

REPOCA®.

Spitalul Univeristar Dr Peset, împreună cu VitalAire, a dezvoltat un Program de Atenție Domiciliară, pentru persoanele care suferă de BPOC. Acesta este un program de atenție domiciliară continuă, care include atenție domiciliară programată, monitorizare telefonică și asistență medicală la cerere, în afară de sesiunile educative în care profesioniștii lucrează împreună cu pacienții și îngrijitorii, cu referire la chestiuni precum vaccinurile, poluarea, nutriția, sexualitatea sau detoxifierea de tutun. Echipamentul de asistență a fost furnizat de un pneumolog în regim ambulatoriu.

Principalul obiectiv al acestui program a fost evaluarea eficacității asistenței domiciliare, pentru pacienții cu exacerbări grave ale BPOC, în vederea reducerii necesității asistenței la spital și a spitalizării. Acest program a avut foarte mult succes. S-a lucrat pentru o perioadă de 6 luni în regiunea Comunității Autonome Valencia și spitalizările au fost reduse la 83%. Au fost tratați 25 de pacienți cu BPOC ușoare (8), grave (8) și foarte grave (9). Programul a redus și numărul mediu de exacerbări de care sufereau acei pacienți în legătură cu perioadă anterioară de timp.

Criteriile de calitate ale acestei practici sunt următoarele:

- S-a furnizat un nou program de asistență domiciliară.
- Obiectivele propuse au fost realizate, s-a dorit reducerea numărului de spitalizări al populației țintă și reducerea numărului de exacerbări ale BPOC de care suferă populația.
- Programul bazat pe profilaxie și pe educația pentru sănătate a dus la îmbunătățirea calității vieții pacienților și familiilor. Consider că acesta este un criteriu de succes al acestui program, în afara faptului că pacienții s-au simțit mai în siguranță știind că pot apela la programul pentru ajutor.

Planul de Comunicare Telefonică

Acesta este un program care este testat chiar acum în Serviciul de Sănătate Publică al comunității autonome Andalucia.

Programul are ca scop furnizarea atenției telefonice pentru îngrijitorii neoficiali ai pacienților, care sunt dependenți sau imobilizați, care prezintă o fragilitate deosebită sau un risc în propria lor locuință. Acesta oferă îngrijitorilor posibilitatea de a se consulta și de a obține sfatul asistenților medicali sau managerilor de caz, despre problemele și situațiile referitoare la starea pacientului.

Managerul de caz va oferi îngrijitorului informațiile de contact necesare și, în serviciile primare va exista coordonarea adecvată pentru transferarea apelurilor primite în acest program către profesioniștii corespunzători (fie că sunt asistenți medicali, doctori...).



Obiectivele specifice ale acestui program sunt: evitarea sau reducerea complicațiilor la pacienții imobilizați; oferirea unui răspuns la întrebările și îndoielile prezentate de către îngrijitorii neoficiali; oferirea de informații pentru îngrijitorii neoficiali; evitarea necesității sau reducerea frecvenței asistenței urgente; și administrarea resurselor de sănătate evitând călătoriile inutile.

Această practică a fost aleasă datorită inovației, care implică prezența unui protocol foarte bun pentru asistență telefonică pentru îngrijitori. Programul a început pe 1 septembrie 2011 și se termină la sfârșitul lui 2012.

În 1996 grupul de lucru al Organizației Samaritane din **Lituania** (LSB) a pregătit programul de formare și metodologia pentru asistenții sociali. Acest program a fost aprobat după o perioadă de probă de trei ani de către Ministerul Educației și Științei și Ministerul Muncii și Protecției Sociale. Patru facultăți pregătesc acum asistenți medicali profesioniști, conform cu acest program. Pentru a garanta locurile de muncă pentru acești oameni, LSB a fondat instituții publice care oferă servicii medicale pentru persoanele bolnave care stau acasă. Voluntarii care au fost învățați de către profesorii LSB despre competențele medicale de bază, lucrează împreună cu profesioniștii salariați. Deja de doi ani, în anumite ramuri, LSB a învățat familiile să aibă grijă de membrii familiei lor care sunt bolnavi. Această inițiativă bazată pe proiecte a primit finanțare de la câteva municipii. Este un sprijin major pentru familiile care nu își pot permite un asistent medical.

Bunele practici identificate în România sunt:

COACH BOT - “Curs modular la distanță asistat de profesor virtual”

DESCRIEREA INDICATORILOR

Utilizarea mijloacelor medicinei narrative	Mijloacele medicinei narrative sunt filmele, cărțile și experiențele teatrelor utilizate cu scopul de a ajuta pacienții să își relateze poveștile
Utilizarea mijloacelor pedagogiei parentale	Mijloacele pedagogiei parentale o reprezintă utilizarea descrierilor narrative parentale, prezența unui contract educațional dintre profesioniștii din domeniul sănătății și părinți, implicarea asociațiilor părinților în acțiunile de instruire ale profesioniștilor în domeniul sănătății
Utilizarea metodelor Internaționale de Clasificare ale Funcționării, Dizabilității și Sănătății (OMS 2011)	Mijloacele ICF sunt: Verificarea listei ICF, setul nucleu ICF, WHODAS OMS, Manualul ICF, evaluarea influențată de ICF
Utilizarea strategiilor de colectare a descrierilor narrative	Strategiile de colectare a descrierilor narrative sunt audipurile civice, ședințele deschise, întâlnirile cetățenilor și grupul de focalizare de cetățeni și pacienți cu privire la evaluarea și planificarea serviciilor de sănătate.
Utilizarea descrierilor narrative ale cetățenilor în vederea îmbunătățirii serviciilor de sănătate	Exemplu de descrieri narrative ale cetățeanului sunt: reclamații, feedback-uri cu privire la serviciile de sănătate, scrisori de apreciere
Utilizarea metodologiilor în vederea implicării cetățenilor în domeniul instruirii și educației sistemului de sănătate	Exemple de metodologii pentru a implica cetățenii în cadrul sistemului de sănătate și formare sunt: implicarea cetățenilor ca lideri de opinie. Implicarea părinților și a rudelor în calitate de martori privilegiați, etc.

Descrierea bunei practici:



Proiectul COACH BOT are ca scop crearea și testarea unei metodologii de e-learning inovatoare în vederea educării adulte care combină Tehnologia Agentului Conversațional (chatbot or chatterbot) împreună cu o metodă de învățare modulară creată ad hoc.

În consecință, metodologia proiectului combină metoda de e-learning modulară creată în mod corespunzător conform nevoilor lucrătorilor adulți împreună cu interfață individ-calculator (chatbot) pentru a îmbunătăți eficacitatea e-learning-ului.

A fost dezvoltat un mediu e-learning de colaborare care permite utilizatorilor comunicarea și interacționarea cu un chatbot, denumit "Antrenor Virtual" printr-o interfață umană .

Cursurile electronice pilot au fost create și livrate adresându-se profesioniștilor de îngrijire la domiciliu, cum ar fi personalul medical, asistentele, îngrijitori și medici, care constituie grupul țintă direct al proiectului.

Inovația principală a proiectului COACH BOT o reprezintă "Antrenorul Virtual". Susține participanții "individuali" pe parcursul cursului electronic modular asigurându-le diverse tipuri de servicii. "Antrenorul Virtual" acționează asemenea profesorului personal, un antrenor și coleg asistent care asigură cursanților:

- orientarea și crearea unei metode de formare personalizate
- informație aprofundată
- evaluarea și sugerarea conținuturilor lecțiilor
- ajutorul și suportul tehnic
- studiile de caz și interpretarea de roluri

Metodologia COACH BOT include de asemenea un curriculum al cursului electronic dezvoltat ad-hoc conform unei abordări personalizate. Această abordare permite cursanților să beneficieze de o metodă de formare bazată pe nevoile specifice ale curanților. Având în vedere că fiecare curant își are propriile nevoi de muncă specifice, cunoștințe și cerințe de calificare, cursanții au posibilitatea de a-și crea propriul program de instruire. De exemplu, un cursant poate alege să se focalizeze pe anumite subiecte în timp ce evită alte sau abia studiază numai informațiile de bază. "Instructorul Virtual" interviează și discută cu cursanții pentru a crea un profil al studentului care poate să îi ajute la selectarea modulelor de curs utile care vor constitui propriile metode de formare personale.

Acest proiect se bazează pe tehnologia agentului de conversație. Motorul agentului conversațional va fi creat prin tehnologia sursei deschise AIML (Artificial Intelligence Mark-up Language), standardul XML utilizat pentru crearea de chatbots. Cu scopul de interfața chatbot a sistemului de învățare și indivizii, un interpret AIML cu sursă deschisă va fi utilizat și modificat pentru a gestiona diversele date și algoritmi.

Rezultate:

Cursul electronic « Consolidarea competențelor profesioniștilor pentru îngrijirea la domiciliu » a avut la bază metodologia e-learning care permite fiecărui cursant să construiască o metodă de învățare personalizată.

□ Metoda de învățare personalizată a fiecărui student constă în anumite subiecte selectate din lista de module din curriculumul cursului, în baza nevoilor specifice fiecărui student. Curriculumul de curs complet include 15 module divizate în 4 arii principale după cum urmează:

□ A) Aspecte medicale : Modulul A1 Susținerea indivizilor pentru a accesa și participa la activitățile recreative ; Modulul A2 Susținerea indivizilor din viața de zi cu zi.

□ B) Aspectele psihologice : Modulul B3 Comunicarea cu persoanele în vârstă ; Modulul B4 Comunicarea cu pacienții aflați pe patul de moarte și cu familiile acestora ; Modulul B5 Comunicarea cu pacienții care prezintă dizabilități de auz ; Modulul B6 Comunicarea cu pacienții cu probleme de vedere ; Modulul B7 Relația cu familia pacientului ; Modulul B8 Stabilirea unei relații de ajutor.



- C) Legile sănătății naționale / UE : Modulul C9 Introducere în legislația UE a statului îngrijitorului la domiciliu; Modulul C10 Introducere în legislația Marii Britanii a statului îngrijitorului la domiciliu, Modulul C10 Introducere în legislația ȘI a statului îngrijitorului la domiciliu.
- D) Aspectele etice / sociale : Modulul D12 Asistenta : aspectele etice și codul profesional ; Modulul D13 Diferențele culturale din relațiile de ajutor ; D14 Codul profesional al îngrijitorilor sociali ; D15 Auto instruirea și continuarea procesului de învățare.

Mai multe informații la www.coachbot.eu

GATA4ProVIP – Ghidare în vederea consilierii și formării pentru părinții și rudele persoanelor cu deficiențe de vedere

DESCRIEREA INDICATORILOR

Utilizarea mijloacelor medicinei narative	Mijloacele medicinei narative sunt filmele, cărțile și experiențele teatrelor utilizate cu scopul de a ajuta pacienții să își relateze poveștile
Utilizarea mijloacelor pedagogiei parentale	Mijloacele pedagogiei parentale o reprezintă utilizarea descrierilor narative parentale, prezența unui contract educațional dintre profesioniștii din domeniul sănătății și părinți, implicarea asociațiilor părinților în acțiunile de instruire ale profesioniștilor în domeniul sănătății
Utilizarea metodelor Internaționale de Clasificare ale Funcționării, Dizabilități și Sănătății (OMS 2011)	Mijloacele ICF sunt: Verificarea listei ICF, setul nucleu ICF, WHODAS OMS, Manualul ICF, evaluarea influențată de ICF
Utilizarea strategiilor de colectare a descrierilor narative	Strategiile de colectare a descrierilor narative sunt auditerile civice, ședințele deschise, întâlnirile cetățenilor și grupul de focalizare de cetățeni și pacienți cu privire la evaluarea și planificarea serviciilor de sănătate.
Utilizarea descrierilor narative ale cetățenilor în vederea îmbunătățirii serviciilor de sănătate	Exemplu de descrieri narative ale cetățeanului sunt: reclamații, feedback-uri cu privire la serviciile de sănătate, scrisori de apreciere
Utilizarea metodologiilor în vederea implicării cetățenilor în domeniul instruirii și educației sistemului de sănătate	Exemple de metodologii pentru a implica cetățenii în cadrul sistemului de sănătate și formare sunt: implicarea cetățenilor ca lideri de opinie. Implicarea părinților și a rudelor în calitate de martori privilegiați, etc.

Descrierea bunei practici:

Pentru a reduce impactul de a deveni îngrijitorul unei persoane care tocmai și-a pierdut vederea . Prin această structură, proiectul a avut ca scop oferirea noilor îngrijitori tot ajutorul și ghidarea necesare pentru a ști cum să se adapteze problemelor imediate și cum să planifice în avans pentru a oferi cel mai bun sprijin posibil și oportunități ale modului de viață partenerilor sau rudelor acestora. Proiectul a încercat să adreseze toate aspectele practice pe care grupul țintă trebuie să le cunoască atât pentru nevoile practice pe termen scurt sau lung, precum și reducerea impactului aspectelor psihologice atât printr-un curs rezidențial care oferă contact cu experții în vederea reabilitării precum și un forum grup în vederea auto susținerii pe termen lung.

Rezultate:



1. Un curs de 3 zile pentru a explica condițiile fizice ale ochilor, modul de comportament al unui ghid pentru nevăzători, etapele necesare care trebuie luate acasă, modul de percepere a impactul psihologic al evenimentului, suportul disponibil.

Cursurile sunt derulate asemănător unităților rezidențiale de mici dimensiuni de partenerii de proiecte, structura și conținutul fiind imediat transferabile unor alte state UE.

Cursurile :

Manualul de formare 1 – Aspectele Fizice ale Insuficienței Vizuale

Manualul de formare 2 – Aspectele psihologice pentru îngrijitorii persoanelor cu insuficiențe vizuale

Manualul de formare 3 – Consiliere. Orientare și Formare

Manualul de formare 4 – Tehnologie de Asistență

Manualul de formare 5 – Deprinderi de Viață și Motivare

2. Un website care va detalia pe viitor cele anterior menționate în vederea referinței pe termen lung și oferirea de link-uri pentru sursele de informare, ajutor și orientare suplimentare .

Mai multe informații la <http://www.gat4provip.eu>

Proiectul serviciilor de îngrijire la domiciliu de Fundația Crucea Albă – Galbenă

DESCRIEREA INDICATORILOR

Utilizarea mijloacelor medicinei narative	Mijloacele medicinei narative sunt filmele, cărțile și experiențele teatrelor utilizate cu scopul de a ajuta pacienții să își relateze poveștile
Utilizarea mijloacelor pedagogiei parentale	Mijloacele pedagogiei parentale o reprezintă utilizarea descrierilor narative parentale, prezența unui contract educațional dintre profesioniștii din domeniul sănătății și părinți, implicarea asociațiilor părinților în acțiunile de instruire ale profesioniștilor în domeniul sănătății
Utilizarea metodelor Internaționale de Clasificare ale Funcționării, Dizabilități și Sănătății (OMS 2011)	Mijloacele ICF sunt: Verificarea listei ICF, setul nucleu ICF, WHODAS OMS, Manualul ICF, evaluarea influențată de ICF
Utilizarea strategiilor de colectare a descrierilor narative	Strategiile de colectare a descrierilor narative sunt audipurile civice, ședințele deschise, întâlnirile cetățenilor și grupul de focalizare de cetățeni și pacienți cu privire la evaluarea și planificarea serviciilor de sănătate.
Utilizarea descrierilor narative ale cetățenilor în vederea îmbunătățirii serviciilor de sănătate	Exemplu de descrieri narative ale cetățeanului sunt: reclamații, feedback-uri cu privire la serviciile de sănătate, scrisori de apreciere
Utilizarea metodologiilor în vederea implicării cetățenilor în domeniul instruirii și educației sistemului de sănătate	Exemple de metodologii pentru a implica cetățenii în cadrul sistemului de sănătate și formare sunt: implicarea cetățenilor ca lideri de opinie. Implicarea părinților și a rudelor în calitate de martori privilegiați, etc.

Descrierea bunei practici:

Serviciile de îngrijire la domiciliu au început în colaborare cu United Wasz România în anul 2005 cu un total de 50 beneficiari și a continuat în fiecare an până în prezent datorită rezultatelor favorabile înregistrate. Proiectul câștigat în 2007 premiat pentru cel mai bun program al anului 2006 / 2007 în cadrul Civil Society Gala.

Proiectul are ca scop asigurarea unor servicii de sănătate complete pentru a se adresa persoanelor cu nevoi speciale, în special celor în vârstă, rezidenților dependenți și foarte dependenți din București.



Grupurile țintă constau în 6 de persoane / lună, cu un nivel avansat de susținere a nevoii (incapabili de a se deplasa și / sau de a-și satisface propriile nevoi). Majoritatea acestora sunt persoane în vârstă (54 persoane), altele nu pot fi internate în spital, sau nu pot fi spitalizate pentru o perioadă lungă. Aici întâlnim pacienți aflați în faza finală a bolii cu cancer și patologii care necesită îngrijire paliativă.

Rezultate:

- Peste 90% din pacienții diabetici învață cum să se protejeze și cum să își gestioneze medicația hypoglicemică și modul în care trebuie să își regleze în mod responsabil dieta
- Dobândirea cunoștințelor și a abilităților pentru auto-îngrijire pentru pacienții care au familie
- Reducerea cu 100% a stresului în familie cauzat de îngrijirea pacientului aflat în faza terminală, prezența echipei în momentele critice
- Independența pentru monitorizarea parametrilor fiziologici și a glucozei din sânge la pacienții cu hipertensiune și / sau diabetici
- 20% din beneficiari primesc medicație
- Capacitatea de refacere într-o manieră activă și educarea familiei în vederea alimentării artificiale.

Alte rezultate:

- Creșterea simțului de securitate;
- Calitatea vieții;
- Reducerea spitalizărilor ;
- Manifestarea independenței în mediul beneficiar

Îngrijirea celor în vârstă

DESCRIEREA INDICATORILOR

Utilizarea mijloacelor medicinei narrative	Mijloacele medicinei narrative sunt filmele, cărțile și experiențele teatrelor utilizate cu scopul de a ajuta pacienții să își relateze poveștile
Utilizarea mijloacelor pedagogiei parentale	Mijloacele pedagogiei parentale o reprezintă utilizarea descrierilor narrative parentale, prezența unui contract educațional dintre profesioniștii din domeniul sănătății și părinți, implicarea asociațiilor părinților în acțiunile de instruire ale profesioniștilor în domeniul sănătății
Utilizarea metodelor Internaționale de Clasificare ale Funcționării, Dizabilități și Sănătății (OMS 2011)	Mijloacele ICF sunt: Verificarea listei ICF, setul nucleu ICF, WHODAS OMS, Manualul ICF, evaluarea influențată de ICF
Utilizarea strategiilor de colectare a descrierilor narrative	Strategiile de colectare a descrierilor narrative sunt audierile civice, ședințele deschise, întâlnirile cetățenilor și grupul de focalizare de cetățeni și pacienți cu privire la evaluarea și planificarea serviciilor de sănătate.
Utilizarea descrierilor narrative ale cetățenilor în vederea îmbunătățirii serviciilor de sănătate	Exemplu de descrieri narrative ale cetățeanului sunt: reclamații, feedback-uri cu privire la serviciile de sănătate, scrisori de apreciere
Utilizarea metodologiilor în vederea implicării cetățenilor în domeniul instruirii și educației sistemului de sănătate	Exemple de metodologii pentru a implica cetățenii în cadrul sistemului de sănătate și formare sunt: implicarea cetățenilor ca lideri de opinie. Implicarea părinților și a rudelor în calitate de martori privilegiați, etc.

Descrierea bunei practici:

Proiectul a propus prevederea îngrijirii sociale și paliative a bătrânilor la domiciliu, contribuind la:

- Dezvoltarea serviciilor de îngrijire paliative și a celor socio-medicale ajustate pentru pacienții în vârstă și bazate pe principiul egalității;



- Pentru a facilita accesul grupurilor vulnerabile ale celor în vârstă la serviciile de îngrijire socială;
- Dezvoltarea parteneriatului între instituțiile care pot oferi sprijin, inovare și flexibilitate ale serviciilor specializate și ale celor de îngrijire socială paliativă.

Beneficiarii sunt:

1. bătrânii imobilizați și lipsiți de îngrijire
2. bătrânii care se află în faza terminală a bolii;
3. pacienții în vârstă care se află în zonele fără acces la serviciile sociale și de îngrijire medicală pentru care privarea duce la înrăutățirea sănătății.

Mai multe informații la <http://www.ingrijirevarstnici.ro>

Rezultate:

Standarde de sănătate pentru casă și servicii:

Îngrijire socio-medicală la domiciliu

Îngrijire paliativă la domiciliu

Standarde de calitate pentru servicii de îngrijire paliative

DESCRIEREA INDICATORILOR

Utilizarea mijloacelor medicinei narative	Mijloacele medicinei narative sunt filmele, cărțile și experiențele teatrelor utilizate cu scopul de a ajuta pacienții să își relateze poveștile
Utilizarea mijloacelor pedagogiei parentale	Mijloacele pedagogiei parentale o reprezintă utilizarea descrierilor narative parentale, prezența unui contract educațional dintre profesioniștii din domeniul sănătății și părinți, implicarea asociațiilor părinților în acțiunile de instruire ale profesioniștilor în domeniul sănătății
Utilizarea metodelor Internaționale de Clasificare ale Funcționării, Dizabilități și Sănătății (OMS 2011)	Mijloacele ICF sunt: Verificarea listei ICF, setul nucleu ICF, WHODAS OMS, Manualul ICF, evaluarea influențată de ICF
Utilizarea strategiilor de colectare a descrierilor narative	Strategiile de colectare a descrierilor narative sunt auditerile civice, ședințele deschise, întâlnirile cetățenilor și grupul de focalizare de cetățeni și pacienți cu privire la evaluarea și planificarea serviciilor de sănătate.
Utilizarea descrierilor narative ale cetățenilor în vederea îmbunătățirii serviciilor de sănătate	Exemplu de descrieri narative ale cetățeanului sunt: reclamații, feedback-uri cu privire la serviciile de sănătate, scrisori de apreciere
Utilizarea metodologiilor în vederea implicării cetățenilor în domeniul instruirii și educației sistemului de sănătate	Exemple de metodologii pentru a implica cetățenii în cadrul sistemului de sănătate și formare sunt: implicarea cetățenilor ca lideri de opinie. Implicarea părinților și a rudelor în calitate de martori privilegiați, etc.

Descrierea bunei practici:

Acesta este un document în care sunt prezentate standardele pentru serviciile de îngrijire paliative din România. Proiectul a redactat standardele de calitate minime care au luat naștere din dorința de a îmbunătăți îngrijirea medicală asigurată grupurilor de pacienți foarte vulnerabili și insuficient asistați, ex. cei care suferă de boli incurabile. Standardele rezultate într-un set de criterii pentru a fi îndeplinite de către un potențial serviciu de îngrijire paliativ care urmează să fie înființat și poate fi de asemenea utilizat de autoritățile de sănătate și donatori ca obiect practic în vederea evaluării serviciilor de îngrijire paliative din România.



Având la bază standardele de calitate minime din cadrul îngrijirii paliative, au fost calculate costurile îngrijirii paliative în România (Februarie 2010).

De asemenea, au existat propuneri pentru norme pentru personalul care lucrează în cadrul serviciilor de îngrijire paliativă; pentru asiguratorii de îngrijire paliativă autorizați și formarea asistentelor în îngrijirea paliativă.

Mai multe informații la <http://www.studiipaliative.ro/STANDARDE%20INTERIOR.pdf>

Rezultate:

14 principii cu un total de mai mult de 30 standarde de calitate.

Elementul asistenței medicale din **Polonia**, care este cel mai dezvoltat, este azilul, mai ales azilurile pentru copii. În acest domeniu putem găsi multe exemple de bună practică. Îngrijirea unei persoane care suferă de o boală în faza terminală este întotdeauna o mare provocare, mai ales dacă cel bolnav este un copil. Pentru a asigura cea mai bună îngrijire posibilă pentru un pacient mic în ultimele sale luni de viață, într-un azil se oferă asistență individuală și interdisciplinara, iar familia este implicată în întregul proces. Un bun exemplu este Azilul pentru Copii din Opole [15]. Echipa din azil este alcătuită din:

- un anestezist
- doi pediatrii
- un specialist în neurologie pediatrică
- doi asistenți medicali anesteziști
- asistenți medicali
- doi fizioterapeuți
- un asistent social
- un psihoterapeut
- un diacon

Această gamă largă de specialiști permite o îngrijire cuprinzătoare a copilului bolnav. Ceea ce este important, chiar dacă există nevoia de participare a unui alt doctor decât cel obișnuit, acesta face parte din echipă și nu este un străin pentru copil. Acest lucru îl ajută pe pacient să se simtă mai confortabil, deoarece este înconjurat de o echipă de oameni pe care îi cunoaște și nu îi tratează ca pe doctori impersonal, care apar numai pentru un moment, așa cum se întâmplă în spitale. Această impresie este evidențiată de un angajament puternic din partea familiei pacientului.

În plus, față de îngrijirea interdisciplinară permanentă și de implicarea parentală în azil, putem găsi alte două exemple de bună practică – organizarea taberelor de vacanță și a grupurilor de ajutor. Taberele sunt organizate anual pentru pacienții tineri, iar echipa medicală are grijă de ei tot timpul, astfel de tabere reprezentând pentru copii o metodă foarte bună de a uita, cel puțin pentru un timp de boala lor și de a se distra cu copiii de seama lor.

În azil, există și un grup de ajutor pentru toată familia pacienților, care sunt bolnavi în faza terminală și pentru cei care au decedat.

Nu înseamnă nimic faptul că azilurile joacă un rol important în promovarea îngrijirii interdisciplinare, care câștigă astfel un grup mai larg de susținători și este implementată într-un număr tot mai mare de instituții, nu numai în domeniul serviciilor de asistență medicală.



8. Concluzii

Situația lituaniană

Pentru a concluziona, o atenție considerabilă a fost acordată calității serviciilor sociale și asigurării drepturilor omului, cu referire la persoanele care locuiesc în instituții de asistență socială și la domiciliu. Căutând cel mai adecvat model de infrastructură a instituțiilor de asistență socială și analizarea potențialului reorganizării instituțiilor de asistență socială și descentralizarea serviciilor, grupurile de lucru au lucrat, iar experții au oferit consultanță. Cerințele superioare au fost stabilite nu numai pentru instituțiile de asistență socială și specialiștii care lucrează în acestea, dar și pentru conducerea acestora. Evaluarea administratorilor instituțiilor de asistență socială trebuie să înceapă în 2015; procedura de evaluare trebuie desfășurată în 2011.

Regulile pentru Autorizarea Instituțiilor de Asistență Socială trebuie pregătite în același an.

Sub influența asistenței sociale se schimbă contradicția dintre partea actuală și oficială a calificării medicale. Structura schimbătoare a calificării vocaționale de asistență medicală influențează schimbările din cele mai importante dimensiuni ale educației și formării vocaționale. Condiția pentru o asistență medicală eficientă, care să satisfacă cererile societății este educația și formarea vocațională adecvată a asistenților medicali, care să ofere calificări de perspectivă. Anumiți asistenți medicali intră în contact direct cu persoanele care au ca scop dezvoltarea și extinderea atitudinii lor conștiente față de sănătatea lor, de stilul personal de viață și reorganizează modelele de gândire și de viață ale pacienților, alții îi învață pe viitorii asistenți medicali să lucreze cu oamenii. Astfel, asistenții medicali ca și agenți educaționali pot în mod relativ să fie împărțiți în două grupuri: profesori de asistență medicală și profesori vocaționali. Pregătirea pedagogică a celor din urmă este un obiectiv excepțional din cadrul politicii asistenței medicale. (19)

Dezvoltarea științei asistenței medicale și extinderea educației și curriculumului de formare în asistența medicală determină educația și formarea universitară a asistenților medicali, unde o atenție serioasă este acordată conținutului subiectului pedagogic al educației și formării asistenților, care garantează dobândirea calificării pedagogice corespunzătoare cererilor impuse de educația și formarea profesorilor vocaționali; dezvoltarea abilităților generale, care permit adaptarea mai flexibilă la schimbarea rapidă a cererilor sociale; și dobândirea educației interculturale, care este semnificativă pentru activitatea pedagogică a asistenților și pentru cariera vocațională.

Sistemul de îngrijire la domiciliu este abia la început în România și mai sunt foarte multe de făcut pentru a funcționa corespunzător. Astfel s-ar reduce foarte mult cheltuielile din spitale, supravegherea putându-se să se facă acasă, de către personal calificat și la recomandarea medicului specialist.

Totodată există o mare birocrație, pentru asigurații care au nevoie de astfel de servicii, mulți oameni nefiind informați despre îngrijirea la domiciliu, iar din acest motiv bolnavul fiind îngrijit de familie. Totodată ar fi util ca medicii de familie, cei de specialitate și Ministerul Sănătății să se implice mai mult în informarea asiguraților, despre beneficiile acestor servicii.

Asistența medicală la domiciliu din **Polonia** trebuie să se confrunte cu aceleași probleme ca și întregul sistem de asistență medicală. Fondurile insuficiente, birocrația excesivă și criza de personal specializat, cauzează o accesibilitate limitată la asistența medicală. De aici rezultă o dezvoltare rapidă a sectorului privat, pentru utilizarea serviciilor, care sunt disponibile pentru o mică parte a societății, pentru cei care și le pot permite.

Dar trebuie evidențiat faptul că aceste probleme sunt reflectate mai ales în medicină specializată, însă asistența medicală la domiciliu, implementată mai ales în sistemul POZ, oferă o disponibilitate mai bună. De asemenea, al doilea membru central al asistenței medicale la domiciliu sunt azilurile, care ies în evidență, atenția specială fiind oferită datorită profilului pacienților, iar golul crizei instituțiilor publice face ca centrele private, adesea gratuite, să fie pline – organizații, fundații, Caritas. În ciuda unui personal medical calificat, problema principală pare să fie lipsa fondurilor suficiente.





517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

Această problemă afectează educația continuă pentru personal, care se rezumă la lipsa angajaților specializați și lipsa de resurse necesare, în timpul procesului de tratament. Aceste probleme sunt lent, dar sistematic eliminate prin implementarea Programului Național de Sănătate.

Însă ar trebui să se evidențieze faptul că, în ciuda problemelor din cadrul sistemului de asistență medicală, în multe cazuri, buna practică poate fi identificată, în mare parte, datorită devotamentului uriaș al personalului medical.



**Programul de
Învățare pe tot
Parcursul Vieții**

Acest proiect a fost finanțat cu sprijinul Comisiei Europene. Aceasta publicatie reflecta numai perspectivele autorului, iar Comisia nu este responsabilă pentru utilizarea informațiilor care apar aici.

9. Bibliografie și Referințe

- Piano sanitario nazionale 2011-2013, Ministero della Salute
- Libro bianco su principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale, Ministero della salute
- Le indicazioni programmatiche nazionali sul sistema dell'assistenza domiciliare nel Servizio Sanitario Nazionale, AGENAS
- Patto della salute 2010-2012
- Modolo M.A., Briziarelli L., Educazione sanitaria e promozione della salute: sviluppo sociale e culturale, în Educazione sanitaria e promozione della salute, Vol. 13, n. 3, settembre 1990
- Briziarelli L., Necessità formative per la promozione della salute e la salute globale, în Educazione sanitaria e Promozione della salute, vol. 33, n. 2, 2010
- Briziarelli L., La promozione della salute, indicazioni per la formazione dei medici, în ESPS, volume 33, n.1, 2010
- Relazione dello stato sanitario del paese, 1999
- Modolo M.A., Briziarelli L., Educazione sanitaria e promozione della salute: sviluppo sociale e culturale, în Educazione sanitaria e promozione della salute, Vol. 13, n. 3, settembre 1990
- Resegotti L., Promozione Salute n. 4, CIPES Piemonte, Torino, 2010
- Polish Constitution of 2 April 1997.
- http://www.gazetapodatnika.pl/artykuly/budzet_nfz_w_2008_r_489_mld_zl-a_5027.htm
- Report on the activities of the national consultant in the field of family nursing in 2007.
- http://www.izbapiel.org.pl/upload/wskaznik_w_UE.pdf
- Employment of doctors in the Zachodniopomorskie province in the years 2008 - 2009, Report - Office of the Marshal of Zachodniopomorskie Province.
- http://www.wynagrodzenia.pl/moja_placa.php?s=480&Lekarz%20rodziny
- Average employment and salary in enterprise sector in April 2012. Central Statistical Office.
- <http://www.izbapiel.org.pl/upload/1%20-%20Liczba%20zarejestrowanych%2031.12.2011.pdf>
- http://www.izbapiel.org.pl/upload/2_Liczba_zatrudnionych_31.12.2011.pdf
- Statement on the long-term nursing services at patient's home on 01.03.2010. National Health Fund.
- The range of competences of family midwife. The Superior Council of Nurses and Midwives.
- Center for Postgraduate Medical Education. Family medicine - program of specialization for physicians.
- Regulation of the Minister of Health on 29 October 2003. Journal of Laws from 2003 No. 197 item 1922.
- <http://www.hospicjum.opole.pl/>
- <http://www.dors.it>
- www.unipg.it/csesi
- www.asnas.it
- www.societaitalianaigiene.org/cms/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=86
- http://www.epicentro.iss.it/focus/guadagnare_salute/PinInformatiCompetenti.asp
- <http://www.unipg.it/csesi/ita/cipes.htm>
- <http://www.antropologiamedica.it/fondazione.html>
- http://www.ccm-network.it/prg_area4_centri_doc_Asl3TO
- http://www.retepromozionesalute.it/allegati/REPORT_progettoAdolescenti.pdf
- <http://www.guadagnaresalute.it/site/la-banca-dati>
- http://www.agenas.it/norm_naz_assist_dom_ssn.htm

