

**ORGANIZAREA ȘI FUNCȚIONAREA
INSTITUȚIILOR DE
ASISTENȚĂ SOCIALĂ
ÎN REGIM REZIDENȚIAL
PENTRU
PERSOANE VÂRSTNICE**

Cuprins

Introducere	3
1. Asistența socială a persoanelor vârstnice	7
1.1. Sistem național, principii de funcționare, beneficiari.....	7
1.2. Serviciile sociale – conținut, principii de acordare, clasificare și control.....	9
2. Instituții de asistență socială	14
2.1. Tipuri de instituții și, atribuții principale ale acestora.....	14
2.2. Căminele pentru persoanelor vârstnice în cămine.....	17
2.3. Centrele de îngrijire și asistență.....	19
2.4. Centre de recuperare și reabilitare.....	22
3. Evaluarea situației persoanelor vârstnice care necesită asistență socială ...24	
4. Parteneriatul public – privat în administrarea instituțiilor de asistență socială pentru persoane vârstnice	25
5. Prezentarea cercetării privind organizarea și funcționarea instituțiilor de asistență socială în regim rezidențial	28
5.1. Aspecte de ordin metodologic.....	29
5.2. Analiza și interpretarea datelor.....	32
6. Concluzii	54
7. Propuneri	58
<i>Cadrul legislativ</i>	60
<i>Anexe (chestionare)</i>	

Introducere

Este cunoscut faptul că fenomenul îmbătrânirii atrage marginalizarea și excluziunea socială a vârstnicilor cu consecințe *demografice, socio – medicale, economice, psihosociale și socio-culturale*:

- consecințele *demografice* au în vedere tendința continuă de depopulare a zonelor rurale și de îmbătrânire a forței de muncă;
- consecințele *sociale* privesc creșterea riscului de marginalizare a persoanelor vârstnice care și-au încetat activitatea profesională, scăderea capacității de adaptare socială, precum și accentuarea dificultăților în asigurarea unei protecții sociale adecvate, diminuarea veniturilor odată cu pensionarea și apariția riscului de pierdere a independenței financiare;
- consecințele *socio - medicale* vizează creșterea nevoilor de îngrijiri complexe datorate polipatologiei specifice vârstei a treia, creșterea duratei de spitalizare și creșterea numărului de internări datorită bolilor cronice, apariția stărilor de invaliditate severă generatoare de situații de dependență care creează probleme deosebite persoanelor în cauză, familiei și comunității, necesitând acordarea unui număr mărit de servicii medico – sociale și, nu în ultimul rând, asistarea în instituții de asistență socială;
- *consecințele economice* vizează declinul economic și efectele restructurării societății care creează probleme greu de rezolvat pe linia asigurării unei protecții economico – sociale minime a persoanelor vârstnice;
- *consecințele psihosociale și socio-culturale* vizează scăderea capacității de adaptare socială și psihosocială și apariția conflictelor între generații.

Pentru prevenirea marginalizării sociale a vârstnicilor și pentru dezvoltarea unui sistem de asistență socială care să fie capabil să acopere necesarul de servicii sociale, socio-medicale și medicale al persoanelor vârstnice este necesar să se intensifice parteneriatul dintre sistemul public și cel privat, dintre autoritățile publice locale și organizațiile neguvernamentale (asociații și fundații).

Un pachet distinct de servicii sociale trebuie asigurat pentru persoanele vârstnice aflate în dificultate. La 1 ianuarie 2009 în România, populația de 60 ani și peste număra 4.234.328 persoane, reprezentând 19,7% din totalul populației;

persoanele cu vârsta de peste 65 ani, care au nevoie, în general, de servicii sociale și medicale a fost de 3.198.358 persoane (14,9% din totalul populației).

Cheia pentru asigurarea unor servicii de calitate care să satisfacă nevoile cetățenilor constă în planificarea furnizării acestor servicii pe baza unei bune informări în legătură cu nevoia socială care trebuie acoperită integral și cu impactul serviciilor acordate asupra acestei nevoi și a vieții persoanelor vârstnice în general.

Acordarea serviciilor sociale este necesar să se bazeze pe următoarele cerințe:

- Egalitatea de șanse;
- Libertatea de alegere;
- Independența și individualitatea fiecărei persoane;
- Servicii de calitate, accesibile, flexibile, adaptate nevoilor sociale;
- Transparența și participarea membrilor comunității la acordarea serviciilor sociale;
- Confidențialitatea cu privire la beneficiarii serviciilor sociale;
- Respectarea demnității umane.

Fenomenul general de îmbătrânire a populației obligă societatea să facă față unui număr crescut de pensionari și unui număr important de persoane dintre acestea care au rămas singure, de regulă de sex feminin.

Sistemul actual de asistență socială reunește, în principal :

- transferurile bănești de la bugetul statului;
- facilitățile diverse;
- serviciile de îngrijire la domiciliu;
- serviciile de găzduire, supraveghere, recuperare în unități specializate;
- personalul specializat pentru acordarea serviciilor;
- descentralizarea acțiunilor sociale până la nivelul comunităților;
- finanțarea județeană și locală;
- parteneriatul și solidaritatea socială a membrilor comunităților;
- identificarea beneficiarilor și stabilirea formelor de sprijin.

Este necesară constituirea unui cadru comprehensiv și dinamic care să permită dezvoltarea și implementarea politicilor și programelor de asistență socială destinate nevoilor specifice persoanelor vârstnice, în vederea susținerii participării acestora la viața economică, socială și culturală a comunității și asigurării dreptului pentru acestea la o viață autonomă. În prezent există forme de îngrijire a persoanelor vârstnice atât în sistem rezidențial, cât și în sistem de centre de zi și de îngrijiri la domiciliu, fără însă ca acestea să acopere nevoia socială.

Persoanele vârstnice sunt subiect al strategiei privind protecția socială a persoanelor vârstnice care datorită veniturilor insuficiente, bolilor, a relațiilor sociale diminuate sau din alte motive individualizate se află într-o situație de risc de marginalizare socială.

În domeniul asistenței persoanelor vârstnice o nevoie socială prioritară o constituie identificarea soluțiilor pentru îngrijirea de tip rezidențial a acestora ,cu prioritate a celor care nu dispun de fonduri suficiente pentru a plăti integral costul de întreținere din căminele care funcționează în administrarea unor organizații neguvernamentale și a consiliilor locale.

În România se întâlnește o situație particulară și anume solicitările unui mare număr de persoane vârstnice pentru a fi îngrijite în instituții de asistență socială, deoarece veniturile personale sunt insuficiente pentru acoperirea costurilor vieții de zi cu zi, privind medicamentele, alimentația și cheltuielile de întreținere a locuinței, căldură, curent electric, etc și pentru că au rămas singure;în prezent nu există îngrijitori și un sistem național de îngrijire la domiciliu care să le asigure serviciile de care au nevoie fără a mai fi instituționalizate.

De asemenea, mediul rural este un spațiu foarte puțin deschis spre oferta de servicii sociale, de îngrijire medicală și socio - medicală.

Căminele pentru persoane vârstnice, centrele de îngrijire și asistență, centrele de recuperare și reabilitare, finanțate de la bugetele locale, sunt puține la număr și nu acoperă nici pe departe solicitările, acestea fiind cu mult mai mari decât capacitatea acestor instituții.Căminele pentru persoane vârstnice finanțate de organizațiile neguvernamentale au de asemenea puține locuri, iar cererea pentru asistare este foarte mare deși costurile de întreținere în aceste instituții de asistență socială sunt mari .

În această situație, **acordarea serviciilor sociale impune o abordare complexă și integrată** care să asigure menținerea persoanelor vârstnice la propriul domiciliu, ceea ce ar degreva substanțial găzduirea și îngrijirea lor în instituții, unde costurile, după cum am menționat, sunt mult mai mari.

Ținând cont de faptul că populația vârstnică înregistrează o creștere rapidă și constantă în întreaga lume și consecințele socio – economice ale acestui fenomen afectează și România, asistența socială a persoanelor vârstnice trebuie considerată o activitate importantă de protecție socială și de îmbunătățire a calității vieții acestui segment de populație.

Acțiunile în domeniul protecției sociale, în conformitate cu cerințele Uniunii Europene, au la bază mai multe principii aplicabile pentru programele de îngrijire a persoanelor vârstnice în sistem rezidențial, ca de exemplu:

- garantarea unei participări totale și active la viața comunității a persoanelor aflate în dificultate socială;
- asistarea persoanelor aflate în dificultate socială pentru a-și conduce viața independent, în acord cu propriile dorințe;
- prevenirea sau eliminarea posibilității apariției deficienței, prevenirea agravării și diminuarea consecințelor acesteia;
- prevenirea apariției barierelor sociale, precum și diminuarea consecințelor situației actuale;
- evitarea sau eliminarea formelor negative de discriminare.

În sensul folosit în cultura europeană, gradul de civilizație și dezvoltare a unei societăți se măsoară în mod determinant și prin sistemul de protecție socială existent în societatea respectivă, prin măsura în care mecanismele de redistribuire a veniturilor și sistemul serviciilor sociale reușesc să asigure un nivel de trai acceptabil și șanse egale de participare la viața socială pentru toți cetățenii.

Reformarea sistemului de pensii și a sistemului de asigurări de sănătate, aprobarea legislației cadru a asistenței sociale și pentru serviciile sociale, retragerea treptată a administrației centrale din acordarea asistenței sociale și aducerea acesteia cât mai aproape de comunitate, recunoașterea rolului societății civile în asistența socială, sunt măsuri ale căror rezultate pozitive vor apărea cu siguranță în următorii ani.

Mobilizarea resurselor necesare, responsabilizarea factorilor relevanți și asigurarea unui parteneriat eficient în vederea valorizării persoanei vârstnice în societate și a promovării, protecției și respectării drepturilor persoanei vârstnice, constituie un obiectiv relevant .

Completarea, sistematizarea și profesionalizarea sistemului de servicii sociale specializate sunt necesare în vederea asigurării accesibilității, transparenței și coerenței sistemului în beneficiul persoanei ori familiei, aflată în situații specifice de vulnerabilitate sau de risc de excludere socială.

CAPITOLUL 1

Asistența socială a persoanelor vârstnice

1.1. Sistem național, principii de funcționare, beneficiari

În conformitate cu **Legea nr.47/2006, sistemul național de asistență socială** reprezintă ansamblul de instituții și măsuri prin care statul, prin autoritățile administrației publice centrale și locale, colectivitatea locală și societatea civilă intervin pentru prevenirea, limitarea sau înlăturarea efectelor temporare ori permanente ale unor situații care pot genera marginalizarea sau excluderea socială a persoanei, familiei, grupurilor ori comunităților. Asistența socială, componentă a sistemului național de protecție socială, cuprinde serviciile sociale și prestațiile sociale acordate în vederea dezvoltării capacităților individuale sau colective pentru asigurarea nevoilor sociale, creșterea calității vieții și promovarea principiilor de coeziune și incluziune socială. În vederea promovării procesului de incluziune socială, **sistemul național de servicii sociale trebuie să beneficieze de coordonare și organizare unitară.**

Dreptul la asistența socială este garantat, în condițiile legii, pentru toți cetățenii români care au domiciliul sau reședința în România, fără nici un fel de discriminare. Persoanele au dreptul de a fi informate asupra conținutului și modalităților de acordare a măsurilor și acțiunilor de asistență socială. Drepturile la asistența socială se acordă la cerere sau din oficiu în conformitate cu prevederile legii.

Ion Mărgineanu în „Politici sociale” definește asistența socială ca fiind „un suport ce se îndreaptă spre cei care nu-și pot procura cele necesare traiului, iar familia este și ea neputincioasă sau pur și simplu lipsește”.

Asistența socială are ca obiectiv principal „protejarea persoanelor care, datorită unor motive de natură economică, fizică, psihică sau socială, nu au posibilitatea să își asigure nevoile sociale, să își dezvolte propriile capacități și competențe pentru integrarea socială” și se întemeiază pe următoarele **principii generale**:

■ Principiul parteneriatului

Axa strategiei privind asistența socială este constituită prin parteneriat, conceput atât ca principiu al întregii activități de asistență socială, cât și ca mijloc de realizare a strategiei-prin convenții de parteneriat între principalii factori implicați.

■ Principiul solidarității sociale

Comunitatea are obligația să participe la sprijinirea persoanelor care nu își pot asigura nevoile sociale, pentru menținerea și întărirea coeziunii sociale.

■ Principiul universalității

Fiecare persoană are dreptul la asistență socială, în condițiile prevăzute de lege. Prin acest drept se recunoaște principiul egal la servicii sociale pentru persoanele din orice parte a unității administrativ-teritoriale.

■ Principiul subsidiarității

Statul intervine atunci când resursele personale și comunitare nu au satisfăcut sau au satisfăcut insuficient nevoile sociale ale persoanelor.

■ **Principiul planificării și furnizării de servicii** pe baza cazurilor identificate în cadrul comunității.

Persoanele vârstnice sunt, potrivit **Legii nr. 17/2000** privind asistența socială a persoanelor vârstnice, acele persoane care au împlinit vârsta de pensionare stabilită de lege. Acestea au dreptul la asistență socială în raport cu situația sociomedicală și cu resursele materiale de care dispun.

De asistență socială beneficiază persoana vârstnică care se găsește în una din următoarele situații:

- nu are familie sau nu se află în întreținerea unei sau unor persoane obligate la aceasta, potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
- nu are locuință și nici posibilitatea de a-și asigura condițiile de locuit pe baza resurselor proprii;
- nu realizează venituri proprii sau acestea nu sunt suficiente pentru asigurarea îngrijirii necesare;
- nu se poate gospodări singură sau necesită îngrijire specializată;
- se află în imposibilitatea de a-și asigura nevoile sociomedicale, datorită bolii ori stării fizice sau psihice.

1.2. Serviciile sociale –conținut, principii de acordare, clasificare, control

Serviciile sociale reprezintă, potrivit art. 1 din OG nr. 86/2004, „ansamblul complex de măsuri și acțiuni realizate pentru a răspunde nevoilor sociale individuale, familiale sau de grup, în vederea prevenirii și depășirii unor situații de dificultate, vulnerabilitate sau dependență pentru preservarea autonomiei și protecției

persoanei, pentru prevenirea marginalizării și excluziunii sociale, pentru promovarea incluziunii sociale și în scopul creșterii calității vieții”.

Principiile care stau la baza acordării serviciilor sociale sunt:

- respectarea drepturilor și a demnității persoanei;
- asigurarea autodeterminării și a intimității persoanelor beneficiare;
- solidaritatea socială;
- unicitatea persoanei;
- libertatea de a alege serviciul social în funcție de nevoia socială;
- egalitatea de șanse și nediscriminarea accesului la servicii sociale și în furnizarea acestora;
- participarea beneficiarilor la întregul proces de furnizare a serviciilor ;
- transparența și responsabilitatea publică în acordarea serviciilor sociale;
- proximitatea în furnizarea serviciilor sociale;
- complementaritatea și abordarea integrată în furnizarea serviciilor sociale;
- concurența și competitivitatea în furnizarea serviciilor sociale;
- confidențialitatea;
- orientarea pe rezultate;
- îmbunătățirea continuă a calității serviciilor sociale;
- combaterea abuzului asupra persoanelor beneficiare, în cadrul instituțiilor;
- parteneriatul între părțile implicate în procesul de furnizare a serviciilor sociale și beneficiarii acestora.

Serviciile sociale pot fi servicii cu caracter primar și specializate.

Serviciile sociale cu caracter primar sunt servicii sociale care au drept scop prevenirea sau limitarea unor situații de dificultate ori vulnerabilitate, care pot conduce la marginalizare sau excluziune socială. Acest tip de servicii sunt următoarele: activități de identificare a nevoii sociale individuale, familiale și de grup, activități de informare despre drepturi și obligații, măsuri și acțiuni de conștientizare și sensibilizare socială, măsuri și acțiuni de urgență în vederea menținerii în comunitate a persoanelor în dificultate, activități și servicii de consiliere, măsuri și activități de organizare și dezvoltare comunitară în plan social pentru încurajarea participării și solidarității sociale etc.

Serviciile sociale cu caracter primar au rol în evidențierea, diagnosticarea și evaluarea nevoilor sociale individuale, familiale și de grup, în informarea asupra situațiilor de risc social, precum și asupra drepturilor sociale ale persoanei, identificarea persoanelor aflate în situații de risc în vederea realizării unor acțiuni și

măsuri cu caracter preventiv, dezvoltarea de programe cu caracter comunitar, în scopul promovării sociale a persoanelor și colectivităților, prevenirea oricărei forme de dependență prin acțiuni de identificare, ajutor, susținere, informare și consiliere.

Serviciile sociale specializate sunt servicii sociale care au drept scop menținerea, refacerea sau dezvoltarea capacității individuale pentru depășirea unei situații de nevoie socială. Aceste servicii sociale sunt de recuperare și reabilitare, suport și asistență pentru persoanele aflate în dificultate, inclusiv pentru persoanele vârstnice dependente, îngrijire socio – medicală pentru persoanele aflate în dificultate, consiliere în cadrul instituționalizat, în centre de informare și consiliere etc.

Serviciile de îngrijire socio-medicală reprezintă un complex de activități care 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. Ele sunt acordate persoanelor care se găsesc în situația de dependență parțială sau totală de a realiza singure activități curente de viață, celor izolate, precum și celor care suferă de afecțiuni fizice, psihice, mentale sau senzoriale.

Principalele categorii de persoane cărora li se adresează serviciile de îngrijire social – medicală sunt persoanele vârstnice, persoanele cu handicap, bolnavii cronici, bolnavii care suferă de boli incurabile.

Serviciile de îngrijire socio – medicală sunt *servicii sociale, servicii medicale și servicii conexe* acestora.

Servicii de îngrijire socio – medicală de natură socială pot fi următoarele:

- **servicii de bază:** ajutor pentru igiena 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 reabilitare și adaptare a mediului:** mici amenajări, reparații etc.

Servicii de îngrijire socio – medicală de natură medicală sunt reprezentate de acțiuni de diagnostic, tratament și îngrijire.

Servicii de îngrijire socio – medicală de natura serviciilor conexe sunt servicii de recuperare și reabilitare, kinetoterapie, fizioterapie, terapie ocupațională, psihoterapie, psihopedagogie, logopedie și altele asemenea.

Principalele **funcții ale serviciilor sociale specializate** sunt: găzduire, îngrijire, recuperare, reabilitare și reinserție socială a persoanelor vârstnice aflate într-o situație de nevoie socială, găzduire pe perioadă determinată a persoanelor fără adăpost, asistență și suport pentru asigurarea unei vieți autonome și active persoanelor vârstnice, precum și servicii de îngrijire acordate celor aflate într-o situație de dependență, informare, consiliere juridică sau de altă natură, sprijin și tratament specializat.

Îndeplinirea standardelor generale de calitate de către furnizorii de servicii sociale acreditați este monitorizată și evaluată de Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale prin direcțiile teritoriale de muncă și protecție socială, cât și prin inspectoratele teritoriale ale Inspecției Sociale.

Cadrul juridic în baza căruia se desfășoară **activitatea de control în domeniul serviciilor sociale și socio-medicale** pentru beneficiarii vârstnici este reprezentat de:

- **Ordinul ministrului muncii, familiei și protecției sociale nr. 383 din 6 iunie 2005** *pentru aprobarea standardelor generale de calitate privind serviciile sociale și a modalității de evaluare a îndeplinirii acestora de către furnizori care aprobă standardele generale de calitate privind serviciile sociale furnizate în sistem public, privat și în parteneriat public-privat și stabilește standarde pentru acreditarea furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv condițiile pe care trebuie să le îndeplinească furnizorii de servicii;*
- **Ordinului ministrului muncii, familiei și protecției sociale nr. 246 din 27.03.2006** *privind aprobarea Standardelor minime specifice de calitate pentru serviciile de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice și pentru centrele rezidențiale pentru persoane vârstnice este actul normativ care statuează standarde specifice pentru serviciile acordate vârstnicilor.*

Inspecția Socială este instituția publică înființată prin **Ordonanța de urgență nr. 130/2006 privind Inspecția Socială și respectiv Legea nr. 211/2007 pentru aprobarea O.U.G. nr. 130/2006 privind Inspecția Socială** ca organ de specialitate al administrației publice centrale, cu personalitate juridică, care are drept scop controlul implementării legislației în domeniu, precum și inspectarea activității

instituțiilor publice și private, responsabile cu furnizarea prestațiilor și serviciilor sociale, inclusiv celor destinate persoanelor vârstnice.

Furnizorii de servicii sociale beneficiază de o perioadă de 12 luni pentru a îndeplini condițiile de acreditare conform standardelor obligatorii de calitate, perioadă în care are obligația :

- să stabilească obiective valabile pe o perioadă de 3-5 ani, împreună cu personalul angajat sub forma unui proiect propriu, elaborat în conformitate cu legislația în vigoare ;
- să își dezvolte o procedură de informare a instituțiilor competente în domeniu, a personalului, beneficiarilor, familiilor ori susținătorilor legali ai acestora și a altor actori relevanți, în ceea ce privește proiectul sau alte documente referitoare la procesul de furnizare a serviciilor, ori de câte ori este nevoie sau intervin schimbări ;
- să transmită trimestrial datele necesare evaluării procesului de furnizare a serviciilor folosind instrumente adecvate;
- să aplice proceduri prin care sunt evaluate anual rezultatele comunicării interne și externe privind serviciile furnizate;
- să dețină proceduri de evaluare periodică a utilizării eficiente a resurselor umane, materiale și financiare pentru acordarea serviciilor;
- să elaboreze și să disemineze materiale care să promoveze imagini pozitive despre beneficiari, bune practici, noutăți în modul de administrare și furnizare a serviciilor;
- să prezinte anual rezultatele obținute și celorlalți furnizori de servicii din domeniu.

Prin activitatea pe care o desfășoară, **furnizorii de servicii sociale este necesar să soluționeze următoarele obiective:**

- **apărarea și promovarea drepturilor beneficiarilor** în baza unui cod etic care promovează respectarea demnității beneficiarului, a familiei acestuia, a susținătorilor săi legali, prin care protejează beneficiarii împotriva unor eventuale riscuri și se promovează ideea de justiție socială;
- **asigurarea continuității în furnizarea de servicii**, astfel încât să fie valorificată contribuția tuturor actorilor sociali: beneficiarii, comunitatea locală, societatea civilă;
- **dezvoltarea și diversificarea de servicii în funcție de nevoile beneficiarilor** și de nevoile identificate în comunitate, implicând beneficiarul

ca membru activ al echipei serviciului furnizat, contribuția fiecărei persoane prin angajarea ei în autoevaluare, feedbackul și evaluarea făcută de beneficiar, cât și valorile emise de acesta, respectând obiectivele serviciului furnizat;

- **promovarea participării beneficiarilor** la toate nivelurile de organizare și furnizare a serviciilor, precum și în cadrul comunității;
- **cooperarea la organizarea și dezvoltarea serviciilor sociale**, prin încheierea de parteneriate, pentru a asigura continuitate în furnizarea serviciilor sociale, în cadrul unui sistem eficient și transparent care vine în întâmpinarea dificultăților și riscurilor la care sunt expuse persoanele vârstnice din cadrul comunităților .

Principalele instrumente care se recomandă să fie utilizate de către furnizorii de servicii pentru aducerea la îndeplinire a acestor obiective sunt :

- carta drepturilor, specifică tipurilor de beneficiari cărora li se adresează, cunoscută atât de beneficiari, cât și de asistenții sociali;
- regulamentul de organizare și funcționare prin care se stabilesc pentru beneficiari responsabilități și obligații, care le sunt făcute cunoscut și pe care trebuie să le respecte permanent și la orice nivel al intervenției;
- planul de intervenție și, după caz, planul de asistență și îngrijire, care valorifică întregul potențial uman corelat cu nevoile personale și ale căror rezultate sunt monitorizate și evaluate sistematic;
- proceduri de măsurare a satisfacției beneficiarilor cu privire la condițiile în care se acordă serviciul și facilitățile puse la dispoziție de furnizor;
- procedurile prevăzute în regulamentul de organizare și funcționare referitoare la înregistrarea, medierea și soluționarea reclamațiilor formulate de beneficiari, familiile ori susținătorii legali ai acestora;
- modalitățile de evaluare inițială și complexă a nevoilor persoanei vârstnice;
- proceduri de implicare a beneficiarilor în procesul de luare a deciziilor, în procesul dezvoltării de programe, precum și pentru evaluarea și administrarea serviciului primit;
- un set de indicatori pentru monitorizarea procesului de integrare socială și de reabilitare a vârstnicilor;
- un concept de management al informației, bazat pe un set unic de proceduri și de formulare utilizat pentru organizarea, stocarea, transmiterea și publicarea informației.

CAPITOLUL 2

Instituțiile de asistență socială

2.1. Tipuri de instituții și atribuțiile principale ale acestora

Principalele instituții de asistență socială în regim rezidențial pentru persoanele vârstnice sunt:

- **căminele pentru persoane vârstnice** (fostele cămine pentru pensionari),
- **centrele de îngrijire și asistență** (fostele cămine de bătrâni și căminele-spital pentru bolnavi cronici),
- **centrele de recuperare și reabilitare** (fostele cămine-spital neuropsihice).

Menționăm că nu au fost incluse în această clasificare unitățile medico-sociale, care sunt instituții de tip rezidențial și găzduiesc cu preponderență persoane vârstnice, dar al căror scop nu este rezidența pe termen lung, ci numai rezolvarea problemelor de natură medicală după externarea din unitățile spitalicești.

Căminele pentru pensionari, căminele pentru bătrâni și căminele pentru bătrâni bolnavi cronici, existente la data intrării în vigoare a Legii nr. 17/2000 sau care au fost date ulterior în folosință, funcționează sub denumirea de cămine pentru persoane vârstnice, cu secții pentru:

- a) persoane dependente;
- b) persoane semidependente;
- c) persoane care nu sunt dependente.

Cheltuielile curente și de capital ale căminelor pentru persoane vârstnice se asigură din venituri extrabugetare și din subvenții acordate de la bugetul local.

Principalele obiective ale unui cămin sunt:

- să asigure persoanelor vârstnice asistate maximum posibil de autonomie și siguranță;
- să ofere condiții de îngrijire care să respecte identitatea, integritatea și demnitatea persoanei vârstnice;
- să permită menținerea sau ameliorarea capacităților fizice și intelectuale ale persoanelor vârstnice;
- să stimuleze participarea persoanelor vârstnice la viața socială;

- să faciliteze și să încurajeze legăturile interumane, inclusiv cu familiile persoanelor vârstnice;
- să asigure supravegherea și îngrijirea medicală necesară, potrivit reglementărilor privind asigurările sociale de sănătate;
- să prevină și să trateze consecințele legate de procesul de îmbătrânire.

Cheltuielile curente și de capital ale căminelor pentru persoane vârstnice se asigură din venituri extrabugetare și din subvenții acordate de la bugetul de stat.

Contribuția lunară a persoanelor vârstnice sau a susținătorilor legali ai acestora pentru serviciile de asistare în cămine se plătește după cum urmează:

- Persoanele vârstnice care dispun de venituri proprii și sunt îngrijite în cămine precum și susținătorii legali ai acestora au obligația să plătească lunar o contribuție de întreținere, stabilită pe baza costului mediu lunar de întreținere;
- Persoanele vârstnice care nu au venituri și nici susținători legali nu datorează contribuția de întreținere, aceasta fiind suportată de la bugetele consiliilor locale.

Costul mediu lunar de întreținere în căminele pentru persoane vârstnice se stabilește anual de către consiliile locale înainte de adoptarea bugetelor proprii. Costul mediu lunar de întreținere are în vedere gradul de dependență al persoanei vârstnice îngrijite și cheltuielile pentru întreținere, hrană și gospodărie, obiecte de inventar, echipament și cazarmament, materiale sanitare și altele asemenea, în conformitate cu clasificarea bugetară specifică bugetelor autorităților administrației publice locale. Cheltuielile aferente plății salariilor pentru personalul angajat în cămine, plății medicamentelor și cheltuielilor de capital nu se iau în calcul la stabilirea costului mediu lunar de întreținere.

Costul mediu lunar de întreținere trebuie să asigure îndeplinirea nivelului standardelor de calitate pentru serviciile oferite, adoptate și aprobate în condițiile legale.

Acoperirea valorii integrale a contribuției lunare se stabilește astfel:

- a) persoanele vârstnice care au venituri și sunt îngrijite în cămin datorează contribuția lunară de întreținere în cuantum de până la 60% din valoarea veniturilor personale lunare, fără a se depăși costul mediu lunar de întreținere aprobat pentru fiecare cămin în parte;
- b) diferența până la nivelul valorii integrale a contribuției lunare de întreținere se plătește de către susținătorii legali ai persoanelor vârstnice asistate în cămine,

dacă realizează un venit mediu pe membru de familie mai mare decât salariul minim brut pe țară în vigoare.

Instituțiile de asistență socială sunt înființate și organizate ca unități specializate, publice și private. Ele asigură protecție, ocrotire, găzduire, îngrijire, activități de recuperare și reintegrare socială pentru persoanele vârstnice, în funcție de nevoile individuale specifice.

Instituțiilor de asistență socială le revin următoarele **atribuții**:

- asigură furnizarea serviciilor sociale în interesul beneficiarului și în baza contractului încheiat cu acesta;
- asigură furnizarea serviciilor sociale cu titlu permanent ori temporar, cu sau fără găzduire;
- asigură întreținerea și folosirea eficientă a bazei materiale și a bunurilor din dotare;
- întocmesc proiecte și programe proprii care le asigură creșterea calității activității, potrivit politicilor și strategiilor județene și locale;
- organizează activități de socializare, în vederea relaționării beneficiarilor cu mediul exterior al instituțiilor;
- acordă sprijin și asistență de specialitate în vederea prevenirii situațiilor care pun în pericol siguranța beneficiarilor;
- dezvoltă parteneriate și colaborează cu organizații, instituții și orice forme organizate ale societății civile, în condițiile legii, în vederea diversificării serviciilor sociale furnizate;
- asigură îndeplinirea măsurilor de aducere la cunoștință, atât personalului cât și beneficiarilor, a prevederilor din regulamentul propriu de organizare și funcționare;
- elaborează carta drepturilor, specifică tipurilor de beneficiari cărora li se adresează serviciile oferite de către instituție.

Instituțiile de asistență socială pot acorda servicii sociale și la domiciliul persoanelor vârstnice, în funcție de nevoile acestora.

Găzduirea în instituțiile de asistență socială se realizează atunci când menținerea la domiciliu a persoanei vârstnice nu este posibilă și poate fi dispusă în urma evaluării sociale și sociomedicale a persoanei, cu consimțământul acesteia.

Acordarea serviciilor sociale se face direct de către consiliile locale prin serviciul public de asistență socială sau de către ONG-urile care încheie contracte cu primăriile pentru acordarea de servicii persoanelor vârstnice aflate în dificultate.

2.2. Căminele pentru persoanele vârstnice

Căminele pentru persoanele vârstnice sunt instituții de asistență socială a căror activitate este finanțată de la bugetul local sau de către organizații neguvernamentale. Ele au personalitate juridică și asistă persoanele pe care le găzduiește în limita locurilor disponibile.

Serviciile comunitare asigurate persoanelor vârstnice găzduite în cămine pot fi:

- *servicii sociale*, care constau în:
 - ✓ ajutor pentru menaj;
 - ✓ consiliere juridică și administrativă;
 - ✓ modalități de prevenire a marginalizării sociale și de reintegrare socială în raport cu capacitatea psihoafectivă;
- *servicii socio-medicale*, care constau în:
 - ✓ ajutor pentru menținerea sau readaptarea capacităților fizice ori intelectuale;
 - ✓ asigurarea unor programe de ergoterapie;
 - ✓ sprijin pentru realizarea igienei corporale;
- *servicii medicale*, care constau în:
 - ✓ consultații și tratamente la cabinetul medical propriu, prin trimitere la instituții medicale de profil sau la patul persoanei, dacă aceasta este imobilizată;
 - ✓ servicii de îngrijire – infirmerie;
 - ✓ asigurarea medicamentelor;
 - ✓ asigurarea cu dispozitive medicale;
 - ✓ consultații și îngrijiri stomatologice.

Accesul unei persoane vârstnice în cămin se face pe baza următoarelor **criterii de prioritate**:

- necesită îngrijire medicală permanentă deosebită, care nu poate fi asigurată la domiciliu;
- nu se poate gospodări singur;
- persoana vârstnică este lipsită de susținători legali sau aceștia nu pot să își îndeplinească obligațiile datorită stării de sănătate sau situației economice și a sarcinilor familiale;
- nu are locuință și nu realizează venituri proprii.

Actele necesare pentru întocmirea dosarului persoanelor vârstnice în vederea asistării în cămin sunt următoarele:

- cererea pentru îngrijirea în cămin, semnată de persoana care solicită internarea sau curatorul legal al acesteia;
- fișa de evaluare socio-medicală;
- copii după cartea de identitate, certificatul de naștere și de căsătorie ale persoanei asistate în cămin sau acte doveditoare ale decesului soțului/soției;
- copia după talonul de pensie;
- declarația privind lipsa susținătorilor legali, după caz;
- adeverința de venit eliberată de organele financiare teritoriale;
- adeverința privitoare la suprafața de teren pe care o deține sau nu, persoana solicitantă și susținătorii legali;
- adeverința de salariu a susținătorilor legali;
- declarația notarială pe propria răspundere că nu are venituri;
- declarația notarială pe propria răspundere prin care își dă acordul de a fi internat într-o instituție de asistență socială, veniturile realizate și acordul de a plăti contribuția stabilită conform legii.

Alocația zilnică de hrană pentru consumurile colective din instituțiile publice de asistență socială, instituțiile de asistență pentru adulți și persoane vârstnice este stabilită prin **HG nr. 729 din 14 iulie 2005** după cum urmează:

Instituția publică de asistență socială pentru persoane vârstnice	Nivelul alocației zilnice de hrană (RON/zi/persoană)
Cămine pentru persoane vârstnice	7
Instituții de asistență socială pentru persoane cu handicap	7

Alocația zilnică de hrană pentru consumurile colective din instituțiile private de asistență socială se stabilește cel puțin la nivelul prevăzut pentru instituțiile publice de asistență socială.

În limita bugetelor aprobate, consiliile județene, consiliile locale ale sectoarelor municipiului București și consiliile locale ale municipiilor, orașelor și comunelor pot aproba, prin hotărâre, la propunerea direcțiilor generale de asistență socială și protecția copilului, respectiv a serviciilor publice de asistență socială, un cuantum al alocației de hrană mai mare decât cel stabilit prin hotărârea de guvern.

Activitatea căminelor pentru persoane vârstnice este coordonată și controlată de Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale împreună cu autoritățile administrației publice locale.

Finanțarea serviciilor de asistență socială acordate persoanelor vârstnice în cămine se asigură din:

- *bugetele locale*;
- *venituri extrabugetare* – sumele reprezentând contribuția lunară de întreținere ale instituțiilor de asistență socială;
- *donății* – sponsorizările și donațiile în bani sau în natură, făcute de persoane fizice și juridice române și străine căminelor pentru persoane vârstnice, se folosesc ca venituri extrabugetare numai în scopul pentru care au fost acordate;
- *investiții* – investiții pentru construirea, dotarea, întreținerea, modernizarea, precum și cheltuielile pentru funcționarea căminelor care deserveșc mai multe unități administrativ – teritoriale se finanțează potrivit convențiilor încheiate între finanțator și consiliile locale interesate;
- *autofinanțarea* – căminele pentru persoane vârstnice pot organiza, cu aprobarea finanțatorului, în funcție de condițiile de care dispun, gospodării – anexă, ca activități autofinanțate pentru îmbunătățirea hranei.

2.3. Centrele de îngrijire și asistență

Centrele de îngrijire și asistență sunt instituții de interes public cu personalitate juridică, care au rolul de a asigura la nivel local aplicarea politicilor și strategiilor de asistență specială a persoanelor cu handicap, prin creșterea șanselor recuperatorii și integrării acestora în familie ori în comunitate, și de a acorda sprijin și asistență pentru prevenirea situațiilor ce pun în pericol securitatea persoanelor cu handicap.

Inițial, instituțiile pentru asistență specială a persoanelor cu handicap au fost reorganizate conform prevederilor **O.U.G. nr. 102/29.06.1999** privind protecția specială și încadrarea în muncă a persoanelor cu handicap. Centre de îngrijire și asistență s-au înființat prin reorganizarea căminelor de bătrâni și a căminelor-spital pentru bolnavi cronici și, deși sunt destinate persoanelor cu handicap, în aceste instituții sunt asistate foarte multe persoane vârstnice. În prezent sunt prevăzute la art. 50, alin (3) din **Legea nr. 448/2006** privind protecția și promovare drepturilor persoanelor cu handicap.

Astfel, **căminele de bătrâni, căminele spital pentru bolnavi cronici s-au transformat în centre de îngrijire și asistență, iar căminele spital de neuropsihiatrie în centre de recuperare și reabilitare.** Deși, persoanele vârstnice

nu sunt considerate persoane cu handicap, instituțiile de asistență socială pentru această categorie socială (căminele de bătrâni) au fost transformate în centre de îngrijire și asistență pentru persoane cu handicap. Tipurile de centre rezidențiale pentru persoane cu handicap sunt:

- a) centre de îngrijire și asistență;
- b) centre de recuperare și reabilitare;
- c) centre de integrare prin terapie ocupațională;
- d) centre de pregătire pentru o viață independentă;
- e) centre respiro/centre de criza;
- f) centre de servicii comunitare și formare;
- g) altele.

Admiterea unei persoane cu handicap într-un centru rezidențial, se face în cazul în care acesteia nu i se pot asigura protecția și îngrijirea la domiciliu sau în cadrul altor servicii din comunitate.

Centrele pentru persoane cu handicap sunt structuri cu sau fără personalitate juridică, în subordinea consiliilor județene, respectiv consiliilor locale ale sectoarelor municipiului București, în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap.

Aceste centre rezidențiale acordă servicii sociale în sistem integrat cu serviciile medicale, de educație, de locuire, de ocupare etc. Coordonarea serviciilor sociale furnizate în sistem integrat se face de autoritatea administrației publice locale sau de furnizorul de servicii sociale care înființează, administrează și finanțează centrul respectiv.

Finanțarea centrelor de zi și rezidențiale publice se face din bugetele locale ale unităților administrativ-teritoriale pe teritoriul cărora funcționează acestea. Decontarea cheltuielilor dintre autoritățile administrației publice locale se face în baza costului mediu lunar al cheltuielilor efectuate în luna anterioară, de către centrul în care persoana cu handicap este îngrijită și protejată.

Centrele de îngrijire și asistență pot fi înființate prin:

- hotărâre a Guvernului;
- hotărâre a consiliului local sau a consiliului județean;
- hotărâre a unor organizații neguvernamentale sau a celor care au ca obiect de activitate și protecția specială a persoanelor cu handicap;
- hotărâre a cultelor recunoscute în România.

Principiile care stau la baza activității centrelor de îngrijire și asistență sunt:

- respectarea drepturilor omului;
- respectarea demnității;
- asigurarea autonomiei;
- asigurarea intimității;
- asigurarea dreptului de a alege;
- abordarea individualizată a persoanelor asistate;
- implicarea activă și deplină a beneficiarilor;
- cooperarea și parteneriatul;
- recunoașterea valorii fiecărei persoane.

Centrele de îngrijire și asistență funcționează în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap și au următoarele **atribuții**:

- asigură cazare, hrană, cazarmamentul și condițiile igienico – sanitare corespunzătoare persoanelor asistate, precum și întreținerea și folosirea eficientă a bazei materiale și a bunurilor din dotare;
- asigură asistența medicală curentă și de specialitate, recuperare, îngrijire și supraveghere permanentă a persoanelor asistate;
- elaborează proiecte și programe proprii care să asigure creșterea calității activității de protecție a persoanelor asistate;
- organizează activități culturale – educative și de socializare, atât în interiorul centrelor de îngrijire și asistență, cât și în afara acestora;
- organizează activități de ergoterapie în raport cu restantul funcțional al persoanelor internate;
- acordă sprijin și asistență de specialitate în vederea prevenirii situațiilor care pun în pericol siguranța personală;
- dezvoltă parteneriate și colaborează cu organizații neguvernamentale și cu alți reprezentanți ai societății civile, în vedea diversificării serviciilor de asistență specială, în funcție de realități și de specificul local;
- asigură consiliere și informare atât familiilor, cât și asistaților, privind problematica socială;
- intervin în combaterea și prevenirea instituționalizării ca posibilitate de abuz din partea familiei;
- intervin în sensibilizarea comunității la nevoile specifice ale persoanelor asistate;

- asigură respectarea standardelor și indicatorilor stabiliți de Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap;
- promovează dezinstituționalizarea prin strategii specifice.

2.4. Centrele de recuperare și reabilitare

Centrele de recuperare și reabilitare sunt instituții de interes public care au rolul de a asigura la nivel județean sau local aplicarea politicilor și strategiilor de asistență specială a persoanelor cu handicap, precum și a persoanelor vârstnice.

Principiile care stau la baza activității centrelor de recuperare și reabilitare sunt:

- respectarea drepturilor omului;
- respectarea demnității;
- asigurarea autonomiei;
- asigurarea intimității;
- asigurarea dreptului de a alege;
- abordarea individualizate a persoanelor asistate;
- implicarea active și depline a beneficiarilor;
- cooperarea și parteneriatul;
- recunoașterea valorii fiecărei ființe umane și valorizării ei.

Centrele de recuperare și reabilitare funcționează în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap și au următoarele **atribuții**:

- asigură cazare, hrană, cazarmamentul și condițiile igienico – sanitare corespunzătoare persoanelor asistate, precum și întreținerea și folosirea eficientă a bunurilor din dotare;
- asigură asistența medicală curentă și de specialitate, recuperare, îngrijire și supraveghere permanentă persoanelor asistate;
- elaborează programe de recuperare, individuale și de grup, adaptate afecțiunilor fiecărei persoane;
- organizează activități psihosociale și culturale;
- organizează activități de ergoterapie în raport cu restantul funcțional al persoanelor internate;
- asigură consiliere și informare privind problematica socială;
- acordă sprijin și asistență de specialitate în vederea prevenirii situațiilor care pun în pericol siguranța personală;

- dezvoltă parteneriate și colaborează cu organizații neguvernamentale și cu alți reprezentanți ai societății civile, în vedea diversificării serviciilor de asistență specială, în funcție de realități și de specificul local;
- intervin în combaterea și prevenirea instituționalizării ca posibilitate de abuz din partea familiei;
- intervin în sensibilizarea comunității la nevoile specifice ale persoanelor asistate;
- asigură respectarea standardelor și a indicatorilor stabiliți de Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap;
- promovează dezinstituționalizarea prin strategii specifice.

Ca și în cazul centrelor de îngrijire și asistență **finanțarea cheltuielilor centrelor de recuperare și reabilitare** se asigură din:

- contribuțiile proprii ale beneficiarilor sau ale întreținătorilor acestora, care vor fi vărsate în contul centrelor de recuperare și reabilitare;
- bugetele locale ale autorităților administrației publice locale care au aprobat înființarea centrelor de recuperare și reabilitare;
- alte venituri realizate în condițiile legii.

CAPITOLUL 3

Evaluarea situației persoanelor vârstnice care necesită asistență socială

Dreptul la asistență socială într-o instituție de asistență socială în regim rezidențial se stabilește pe baza unei anchete sociale, cu respectarea criteriilor prevăzute în Grila Națională de Evaluare a Nevoilor Persoanelor Vârstnice, aprobată prin HG nr. 886/2000.

Ancheta socială se realizează de un colectiv format din 2 asistenți sociali din cadrul consiliului local sau a Direcției județene de muncă și protecție socială sau a Municipiului București sau a Direcției Generale de Asistență Socială, alături de care participă în mod obligatoriu și un medic specialist al persoanei vârstnice respective, în situația în care aceasta este dependentă.

Pe baza analizei situației sociale, economice și medicale a persoanei vârstnice, prin ancheta socială se stabilește măsura de asistență socială justificată de situația de fapt constatată.

Așadar, **nevoile persoanelor vârstnice se evaluează prin anchetă socială** care conține informații cu privire la afecțiunile ce justifică îngrijire specială, capacitatea de a se gospodări și de a îndeplini cerințele firești ale vieții cotidiene, condițiile de locuit, precum și veniturile efective sau potențiale considerate minime pentru asigurarea satisfacerii nevoilor curente ale vieții. Nevoile persoanelor vârstnice aflate în situația de pierdere totală sau parțială a autonomiei, care pot fi de natură medicală, socio-medicală, psihoafectivă, se stabilesc pe baza grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice, care prevede criteriile de încadrare în grade de dependență (HG nr. 886/2000).

Grila Națională de Evaluare a Nevoilor Persoanelor Vârstnice cuprinde criteriile de încadrare în grade de dependență. Pentru evaluarea nevoilor persoanelor vârstnice se utilizează Fișa de evaluare socio-medicală (geriatrică).

Dreptul la serviciile de asistență socială, la domiciliu și în instituții, se aprobă de către primar, pe baza anchetei sociale și a recomandărilor Grilei naționale de evaluare a gradului de dependență.

În funcție de rezultatele evaluării, persoana vârstnică este recomandată pentru servicii de îngrijire în cămin sau alte tipuri de servicii. La momentul evaluării se va lua în considerare și dorința persoanei privind propria sa îngrijire.

CAPITOLUL 4

Parteneriatul public – privat în administrarea instituțiilor de asistență socială în regim rezidențial pentru persoanele vârstnice

Ațiunea publică de asistență socială se coordonează cu activitatea organizațiilor de caritate și voluntare. Organizațiile neguvernamentale, sprijinite la rândul lor de stat, pot rezolva o mare parte din nevoile existente în comunitate, reducând astfel din efortul public de sprijinire a persoanelor defavorizate.

Statul nu poate furniza întreg necesarul de servicii de asistență socială pentru toate categoriile de persoane aflate în dificultate.

În acest sens, este necesar ca ONG-urile să se implice direct și activ în oferta de servicii sociale, socio-medicale și medicale și să asigure sprijin persoanelor vârstnice aflate în dificultate, la costuri mai reduse.

În prezent, este depășită capacitatea instituțională a statului în raport cu nevoile sociale, fapt pentru care participarea organizațiilor neguvernamentale la furnizarea de servicii de asistență socială finanțate din resurse publice poate oferi o alternativă, în condițiile în care nici administrația centrală și nici cea locală nu pot asigura aceste servicii.

Există o tendință continuă pentru dezvoltarea sectorului privat, dar cu costuri mari pentru o persoană (favorizând numai accesul celor ce au abilitatea de a plăti).

Legea nr.17/2000 promovează dezvoltarea parteneriatului cu asociații și organizații neguvernamentale (de exemplu serviciile acordate la domiciliu pot fi dezvoltate de către consiliile locale, singure sau în parteneriat cu ONG-urile).

De asemenea, unele programele de asistență socială pot să se deruleze prin unități de asistență socială înființate de organizațiile neguvernamentale. Cadrul juridic care reglementează aceste acțiuni îl reprezintă HG nr. 942/2005 privind modificarea și completarea HG nr. 1153/2001 pentru aprobarea Normelor metodologice de stabilire a criteriilor de acordare a unor subvenții asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică, ce înființează și administrează unități de asistență socială, ce stau la baza aplicării prevederilor Legii nr. 34/1998.

Legea nr. 34/1998 reglementează modalitățile de acordare a unor subvenții asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică, care înființează și

administrează unități de asistență socială. Astfel, asociațiile și fundațiile române cu personalitate juridică, care înființează și administrează unități de asistență socială, pot primi subvenții alocate de la bugetul de stat sau, după caz, de la bugetele locale, care vor fi utilizate, în exclusivitate, pentru serviciile de asistență socială acordate persoanelor care, potrivit dispozițiilor legale, au dreptul să beneficieze de acestea.

De la bugetul de stat se pot aloca subvenții asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică a căror activitate de asistență socială se adresează unor beneficiari din mai multe județe ale țării și care au încheiat convenții cu Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale pentru prestarea acestor servicii.

De la bugetele locale se pot aloca subvenții asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică a căror activitate de asistență socială se adresează beneficiarilor dintr-un singur județ și, respectiv, din municipiul București și care au încheiat convenții cu consiliile locale în cauză, pentru prestarea de servicii de asistență socială.

Astfel, serviciile de asistență socială acordate de asociații și fundații pot fi subvenționate dacă sunt îndeplinite criteriile stabilite prin HG nr. 942/18.08.2005 privind modificarea și completarea HG nr. 1153/21.11. 2001, respectiv:

- exercită activitate în interesul persoanelor asistate și cu respectarea demnității acestora, prin personal calificat;
- activitatea de asistență socială se desfășoară într-un spațiu adecvat sau la domiciliul persoanelor asistate;
- există și un proiect de sprijin și integrare socială;
- sunt utilizate și alte resurse.

Evaluarea și selecționarea asociațiilor și fundațiilor în vederea acordării subvențiilor se realizează de către Comisia de evaluare și selecționare constituită la nivelul Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale, respectiv la nivelul consiliului local.

Nivelul subvențiilor acordate nu poate depăși costul mediu lunar de întreținere, pe persoană asistată, în unitățile de asistență socială de stat, cu profil similar, organizate ca instituții publice.

Nivelul mediu lunar al subvențiilor ce se alocă de la bugetul de stat pentru o persoană asistată se aprobă de către Guvern, la propunerea Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale, iar subvențiile ce se alocă de la bugetele locale se aprobă de către consiliul local.

Evaluarea și selecționarea asociațiilor și fundațiilor se realizează având în vedere următoarele:

- justificarea unității de asistență socială pentru care se solicită subvenția, în raport cu necesitățile și prioritățile de asistență socială ale comunității;
- ponderea serviciilor de asistență socială în raport cu celelalte activități desfășurate;
- resursele materiale și umane adecvate acordării serviciilor de asistență socială;
- nivelul resurselor financiare destinate să fie cheltuite în scopul acordării serviciilor de asistență socială;
- experiența asociației și fundației în domeniul asistenței sociale;
- aportul partenerilor în dezvoltarea serviciilor de asistență socială, în cazul în care sunt încheiate acorduri sau contracte de parteneriat.

Subvenția se acordă lunar în baza convenției pentru realizarea de servicii de asistență socială, încheiată între Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale, prin direcția teritorială de muncă și protecție socială sau, după caz, consiliul local și asociația sau fundația selectată. Nivelul lunar al subvenției se calculează pe baza numărului de persoane asistate, fără a depăși media lunară stabilită prin convenție. La calculul subvenției pentru luna curentă se are în vedere suma necheltuită din subvenția acordată în luna anterioară.

CAPITOLUL 5

Prezentarea cercetării privind organizarea și funcționarea instituțiilor de asistență socială în regim rezidențial

Pentru a avea o imagine clară asupra modului în care sunt organizate și funcționează instituțiile de asistență socială, în regim rezidențial, în care sunt asistate persoane de vârsta a treia, Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice a realizat o cercetare sociologică la nivel național.

Instituțiile de asistență socială destinate vârstnicilor cuprinse în cercetare sunt:

- căminele pentru persoane vârstnice;
- centrele de îngrijire și asistență;
- centrele de recuperare și reabilitare.

Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice se bazează pe obținerea următoarelor rezultate:

- realizarea unei baze de date la nivel național cu informații privind instituțiile de asistență socială în regim rezidențial și tipărirea acesteia în colaborare cu Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale, aceasta constituind material informativ pentru toate instituțiile interesate să se implice în programe de protecție socială a persoanelor institutionalizate din România cât și pentru persoanele vârstnice care doresc să primească asistență socială;
- obținerea de informații actuale privind instituțiile de asistență socială în regim rezidențial pentru persoane vârstnice pe baza cărora să se fundamenteze noi direcții de acțiune;
- formularea de propuneri pentru revitalizarea instituțiilor de asistență socială pentru persoane vârstnice;
- îmbunătățirea legislației actuale ce reglementează organizarea și funcționarea instituțiilor de asistență socială în regim rezidențial;
- creșterea numărului de cămine pentru persoane vârstnice și centre de îngrijire și asistență din județe și municipiul București;
- îmbunătățirea condițiilor de cazare și masă în căminele pentru persoane vârstnice și centrele de îngrijire și asistență;

- încurajarea sponsorizărilor oferite de persoane juridice ori fizice pentru construirea sau dotarea instituțiilor de asistență socială pentru vârstnici;
- stimularea organizațiilor neguvernamentale să înființeze instituții de asistență socială pentru persoane vârstnice cu fonduri proprii sau în parteneriat public-privat, precum și pentru derularea de programe de servicii sociale cât mai diversificate potrivit nevoilor individuale ale asistaților.

Deși centrele de îngrijire și asistență și centrele de recuperare și reabilitare sunt instituții de asistență socială destinate persoanelor cu handicap, ne-am oprit în cercetare și asupra lor deoarece în aceste instituții sunt asistate cu preponderență persoane vârstnice datorită lipsei căminelor destinate acestei categorii de populație.

5.1. Aspecte de ordin metodologic

Tehnica de cercetare folosită în realizarea studiului este ancheta directă. Tehnica anchetei orale îmbracă mai multe variante de realizare (ancheta față în față și ancheta prin telefon), dar cea folosită în cercetarea de față este ancheta față în față realizată prin chestionarea, de către reprezentanții consiliilor teritoriale ale persoanelor vârstnice, a persoanelor asistate în căminele destinate asistării acestora, centrele de îngrijire și asistență și centrele de recuperare și reabilitare și a personalului din conducerea instituțiilor respective.

Instrumentul de cercetare folosit a fost chestionarul. Astfel, în realizarea anchetei s-au utilizat două chestionare: primul destinat persoanelor din conducerea instituțiilor de asistență socială (anexa 1) și cel de-al doilea, persoanelor asistate în aceste instituții (anexa 2).

Cu ajutorul primului chestionar s-au obținut informații legate de capacitatea instituției de asistență socială (numărul camerelor pentru asistați, numărul total de paturi, numărul de paturi din cameră, numărul cererilor în așteptare), vechimea construcției în care funcționează instituția și anii în care s-au făcut reparații capitale, proprietarul locației, structura personalului angajat al instituției și nevoia de personal suplimentar, specialitatea medicilor care acordă asistență medicală asistaților, modul în care se acordă asistența medicală, structura persoanelor asistate în funcție de sex, vârstă și mediul de proveniență, dotarea instituției, principalele servicii ce se asigură asistaților în cadrul instituției (servicii sociale, socio-medicale, medicale), principalele boli cu care sunt diagnosticați care suferă asistații, activitățile la care

participă aceștia zilnic și acțiunile concrete prin care angajații instituției contribuie la prevenirea marginalizării sociale și la integrarea socială a persoanelor vârstnice asistate.

Alte informații importante obținute cu ajutorul primului chestionar au avut în vedere cine aprobă asistarea unei persoane vârstnice în instituțiile de asistență socială, cine realizează evaluarea socio-medicală a acestora, ce documente trebuie să cuprindă dosarul individual al unei persoane vârstnice pentru asistarea în instituție, care este costul mediu lunar de întreținere și care este cuantumul contribuției lunare de întreținere stabilită pentru un asistat.

De asemenea, am încercat să cunoaștem care sunt principalele greutăți și impedimente cu care se confruntă persoanele din conducerea instituțiilor de asistență socială, în care sunt asistate persoane vârstnice, în desfășurarea activității și care sunt propunerile pe care le fac aceștia pentru îmbunătățirea activității.

Cel de-al doilea chestionar adresat persoanelor vârstnice asistate în instituțiile de asistență socială a urmărit creionarea unui portret al persoanei asistate în funcție de sex, vârstă, stare civilă, nivel de educație, venit, precum și aflarea principalelor aspecte din cadrul instituțiilor cu care persoanele asistate nu sunt de acord, propunerile pe care acestea le au pentru îmbunătățirea confortului și a serviciilor oferite, planurile de viitor pe care le au, tipul de servicii de care au nevoie să beneficieze și dacă doresc îngrijire la domiciliu sau în instituții de asistență socială în regim rezidențial.

Chestionarul A a fost aplicat personalului din conducerea a **92 instituții de asistență socială** după cum urmează (anexa 3):

- 46 cămine pentru persoane vârstnice (37 organizate în sistem public și 9 în sistem privat);
- 40 centre de îngrijire și asistență (37 publice, 3 privat);
- 6 centre de recuperare și reabilitare (toate publice).

Forma de organizare	Tipul instituției de asistență socială			Total
	Cămin pentru persoane vârstnice	Centru de îngrijire și asistență	Centru de recuperare și reabilitare	
Public	37	37	6	80
Privat	9	3	0	12
Total	46	40	6	92

Repartiția la nivel național a instituțiilor cuprinse în prezenta analiză este următoarea:

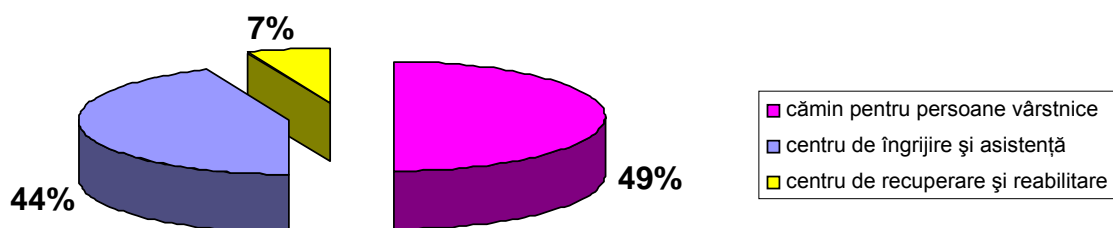
Județul	Tipul instituției de asistență socială			Total
	Cămin pentru persoane vârstnice	Centru de îngrijire și asistență	Centru de recuperare și reabilitare	
Alba	1	0	0	1
Arad	1	1	0	2
Bacău	1	1	0	2
Bistrița Năsăud	2	3	1	6
Bihor	3	0	0	3
Brăila	3	1	0	4
Brașov	2	0	0	2
București – sector 1	2	4	0	6
Caraș Severin	2	0	0	2
Călărași	3	1	1	5
Constanța	0	1	0	1
Covasna	2	2	0	4
Dâmbovița	3	3	0	6
Dolj	1	2	1	4
Giurgiu	1	1	0	2
Gorj	0	3	0	3
Harghita	1	0	0	1
Ialomița	2	1	0	3
Ifov	0	1	0	1
Mehedinți	3	2	0	5
Mureș	2	0	0	2
Neamț	2	3	1	6
Sălaj	1	3	0	4
Satu Mare	0	1	0	1
Suceava	2	0	1	3
Teleorman	1	1	1	3
Timiș	2	0	0	2
Tulcea	1	1	0	2
Vaslui	0	3	0	3
Vâlcea	1	0	0	1
Vrancea	1	1	0	2
Total	46	40	6	92

Chestionarul B a fost aplicat unui număr de **160** (câte 5 persoane din 32 de județe) persoane care aveau vârsta de 60 de ani și peste, **asistate** în cămine pentru persoane vârstnice, centre de îngrijire și asistență și centre de recuperare și reabilitare.

5.2. Analiza și interpretarea datelor

Instituțiile de asistență socială în regim rezidențial destinate persoanelor vârstnice și cuprinse în eșantion sunt căminele pentru persoane vârstnice (49%), centrele de îngrijire și asistență (44%) și centrele de recuperare și reabilitare (7%). (Figura nr. 1)

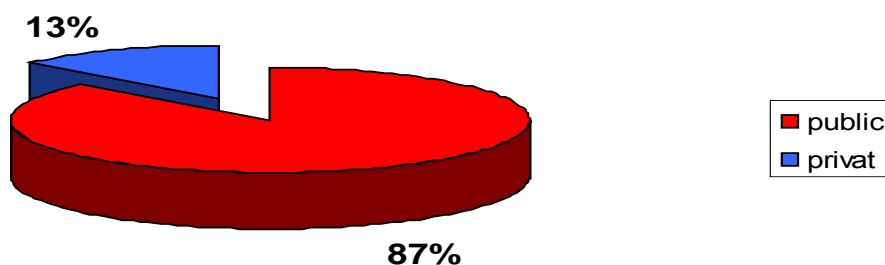
Figura nr. 1



Dintre acestea, 87% sunt organizate în sistem public și doar 13% sunt private aparținând unor organizații neguvernamentale sau instituții de cult (Figura nr. 2).

Figura nr. 2

Tipul de organizare al instituțiilor

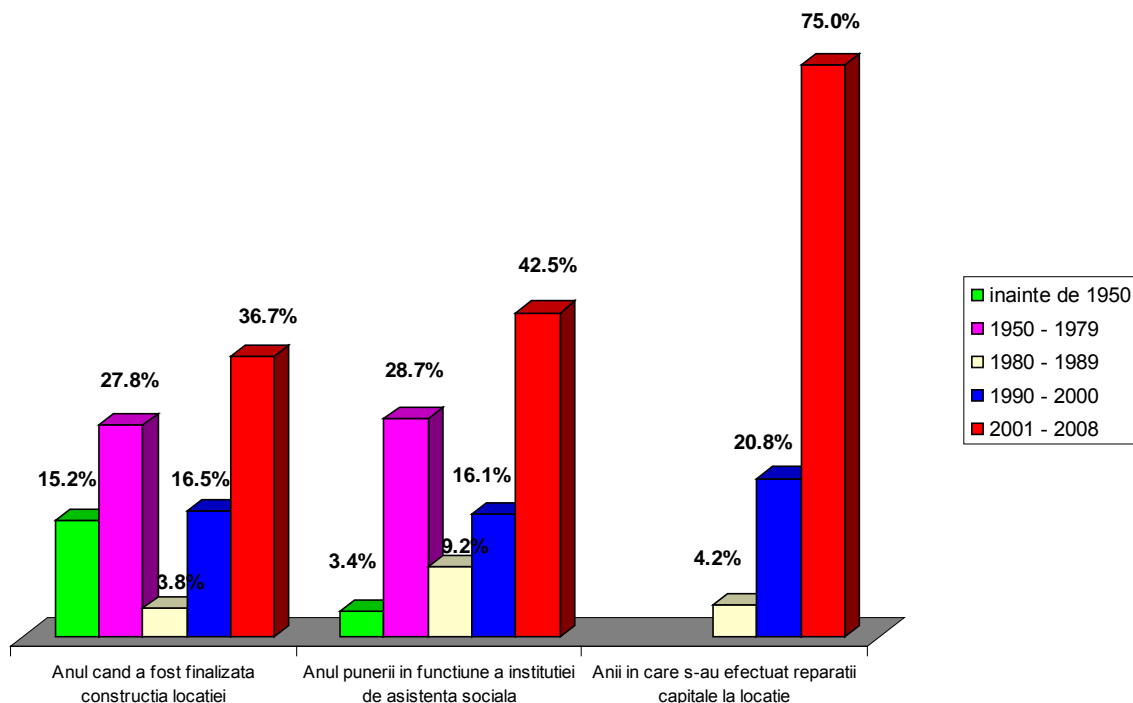


În funcție de anul în care a fost finalizată construcția clădirii în care funcționează instituțiile de asistență socială se constată că 46,8% dintre instituțiile cuprinse în prezenta cercetare își au sediul în clădiri vechi construite înainte de 1990, dintre acestea 15,2 % sunt construcții finalizate înainte de anul 1950. Apreciem pozitiv tendința de a se construi noi locații - între anii 2001 – 2008 finalizându-se 36,7% dintre sediile unităților chestionate - pe care o remarcăm comparativ cu datele obținute în anul 2005, când s-a efectuat un studiu similar și s-a obținut un procent de numai 11,4% de instituții de asistență socială care funcționau în clădiri finalizate după anul 2001.

De asemenea se remarcă faptul că cele mai multe reparații capitale ale acestor clădiri au fost făcute după anul 2001, respectiv 75,0%, alocarea de fonduri în această direcție fiind salutară și absolut necesară în continuare pentru aducerea instituțiilor rezidențiale la nivelul standardelor prevăzute de legislația în vigoare.

În ceea ce privește anul când au fost puse în funcțiune instituțiile de asistență socială în regim rezidențial în care sunt asistate persoane vârstnice, 57,5% dintre cele analizate au fost inaugurate înainte de anul 2001. (Figura nr. 3)

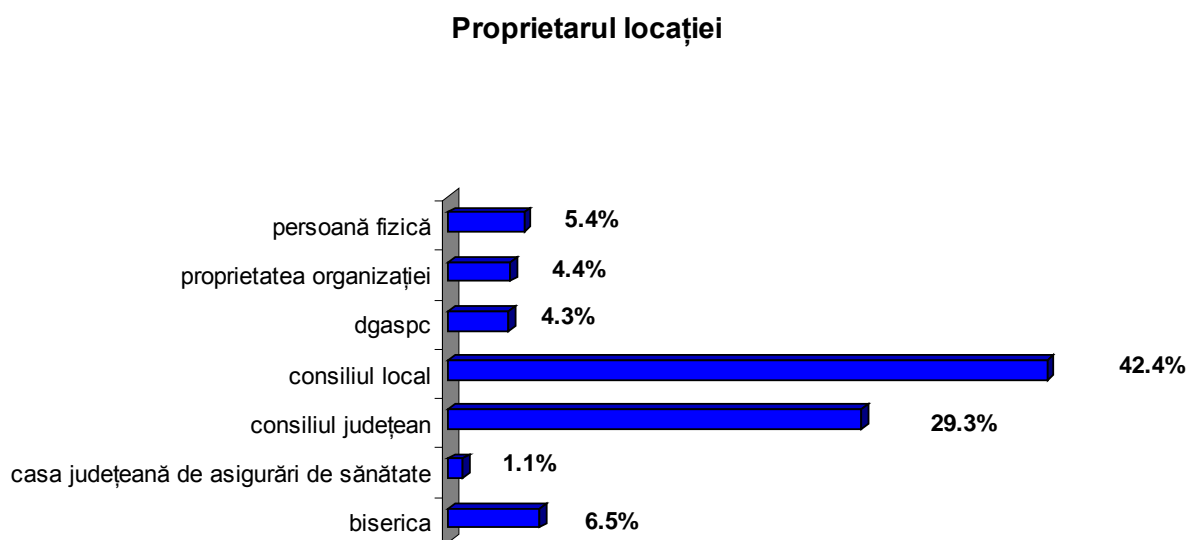
Figura nr. 3



Un alt aspect se justifică să fie menționat în lucrare îl constituie faptul că doar 8 dintre clădirile în care funcționează instituțiile de asistență socială pentru persoane vârstnice au avut încă de la început, din faza de construcție, această destinație (cămin) celelalte fiind locuințe - case private, cămin muncitoresc, spitale - dispensare, internate școlare, penitenciare, unități militare etc.

Având în vedere faptul că majoritatea instituțiilor sunt publice, proprietarii clădirilor în care funcționează acestea sunt consiliile locale sau județene în 71,7% din cazuri, dar există și proprietari persoane fizice (5,4%), în cazul clădirilor revendicate de foștii proprietari (Figura nr. 4). Dintre cele 12 cămine de bătrâni organizate în sistem privat, pe care le-am identificat în cadrul analizei, 5 funcționează în clădiri aparținând instituțiilor de cult, 2 sunt atribuite de către consiliul local/ județean, 1 are ca proprietar o persoană fizică și 4 dintre clădiri sunt proprietatea organizației neguvernamentale care desfășoară programe pentru persoane vârstnice.

Figura nr. 4



În ceea ce privește capacitatea căminelor pentru persoane vârstnice, a centrelor de îngrijire și asistență și a centrelor de recuperare și reabilitare se observă faptul că, în medie, există în medie 27 camere într-o instituție, cele mai mari unități atingând un număr maxim de 104 camere pentru asistați; un număr total în medie de 76 paturi/unitate, media numărului de paturi dintr-o cameră fiind de 6, cu un minim de 2 paturi/cameră și maxim 8 paturi/cameră.

Majoritatea camerelor din aceste instituții sunt suprapopulate, iar numărul de cereri în așteptare este foarte mare – 345 cereri în așteptare declarate de 49 dintre instituțiile rezidențiale care au răspuns solicitării noastre (media fiind de 18 cereri/instituție), aproape jumătate din respondenți evitând să confirme cifre cu privire la acest aspect. Așadar, că **numărul solicitărilor persoanelor vârstnice de a fi asistate într-o instituție de asistență socială în regim rezidențial este foarte mare.**

Pentru a ilustra modul în care sunt dotate instituțiile de asistență socială în regim rezidențial destinate persoanelor vârstnice am luat în calcul valoarea medie pentru principalele tipuri de aparatură electrocasnică obținându-se următoarele valori medii per unitate: 10 frigidere, 17 lăzi frigorifice, 6 televizoare alb-negru, 18 televizoare color, 4 casetofoane, 1 combină muzicală, 2 cuptoare cu microunde, 4 mașini de spălat automate, 4 aparate radio, 4 PC-uri, 3 imprimante, 1 copiatoare, 6 aparate de aer condiționat, 2 automobile, 2 centrale termice. Se constată o îmbunătățire a dotărilor pentru unitățile rezidențiale care găzduiesc beneficiari vârstnici, comparativ cu datele obținute în anul 2005, în special în ceea ce privește numărul aparatelor audio - video, mașini de spălat și aparate de aer condiționat.

Tinând cont că media camerelor de locuit pentru asistați este de 27/instituție remarcăm faptul că există un televizor per cameră (cumulând tv alb/negru cu cele color) ceea ce reprezintă o îmbunătățire față de raportul de 1/3 pe care l-am constatat cu patru ani în urmă.

Este recunoscut că un factor important pentru confortul persoanei asistate îl reprezintă individualizarea mobilierului și personalizarea spațiului de locuit. Rezultatele obținute arată că la o medie de 3,4 paturi pe cameră revin 3,4 noptiere, 1, 2 mese și doar 2,8 dulapuri, 2,9 scaune, 2,5 veioze ceea ce poate crea inechități în utilizarea lor. Totuși așa cum am arătat și mai sus sunt mult mai prezente în ultima perioadă dotări precum aerul condiționat și aparatura electronică (televizor, radio etc), ceea ce sporește confortul asistaților.

Fiecare instituție de asistență socială în regim rezidențial este dotată cu o bucătărie pentru prepararea hranei, sală de mese, cămară pentru depozitarea alimentelor, spălătorie și club.

Există în aceste instituții foarte multe camere fără grup sanitar propriu. Pentru persoanele asistate în aceste camere există, în medie, 8,9 WC-uri comune/instituție și 6,8 băi comune cu dușuri.

În ceea ce privește dotarea instituțiilor cu aparatură medicală se poate observa că acestea au aparatura medicală uzuală, cum ar fi truse de mică chirurgie, tensiometru, stetoscop, glucometru, cântar. Centrele de îngrijire și asistență dețin în funcție de specificul afecțiunilor pe care le prezintă asistații și aparate de analize, de fizioterapie etc.

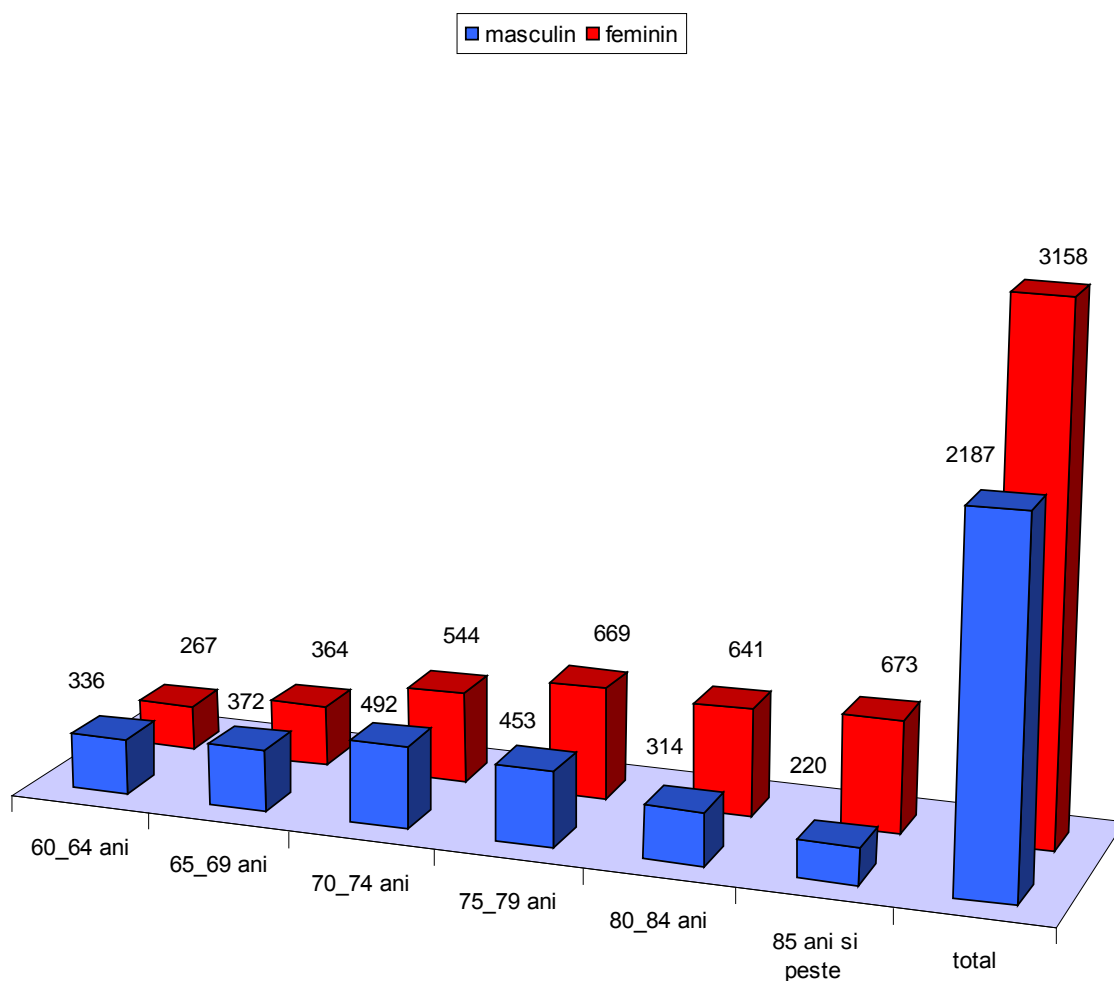
Un aspect neglijat din punctul de vedere al asistenței medicale dar necesar persoanelor de vârstă a a treia este asistența stomatologică absentă din majoritatea unităților.

Din cele 92 de unități chestionate, în funcție de mediu de rezidență din care provin numărul de beneficiari ai serviciilor de îngrijire în cămine este mai mare în cazul celor care au locuit în mediul urban – 35544 persoane, față de cei de la sate – doar 1942 persoane, dintr-un total de 5476 persoane vârstnice asistate.

Diferența dintre numărul de beneficiari ne conduce la concluzia că accesul persoanelor vârstnice la serviciile sociale este mai redus în mediul rural, corelat cu accesul la informare.

Numărul persoanelor asistate în cămine, centre de îngrijire și asistență și centre de recuperare și reabilitare pe vârstă și pe sexe înclină balanța către persoanele de sex feminin mai numeroase per total. Pe categorii de vârstă și sex cele mai mari valori se regăsesc pentru intervalul 70 – 74 ani în cazul bărbaților, iar în cazul femeilor în intervalul de vârstă 75 – 79 ani. (Figura nr. 5)

Figura nr. 5



	60_64 ani	65_69 ani	70_74 ani	75_79 ani	80_84 ani	85 ani si peste	total
masculin	336	372	492	453	314	220	2187
feminin	267	364	544	669	641	673	3158

Polipatologia cu care se confruntă persoanele vârstnice care sunt îngrijite în cămine cuprinde: boli cardiovasculare, boli ale aparatului respirator, tumore, boli digestive, accidente/traumatisme, boli ale sistemului osteoarticular, boli endocrine,

boli ale aparatului urogenital, boli psihice/demențe, boli neurologice etc. Pe primul loc în rândul afecțiunilor cu risc invalidant de care suferă persoanele vârstnice care beneficiază de îngrijire la domiciliu sunt bolile cardiovasculare, urmate de boli ale sistemului osteoarticular. De asemenea, un număr mare de asistați prezintă boli neurologice, boli psihice și demențe care cresc riscul în plan socio-medical și impun asigurarea suportului și asistenței medicale de specialitate.

Principalele boli de care suferă persoanele vârstnice asistate sunt:

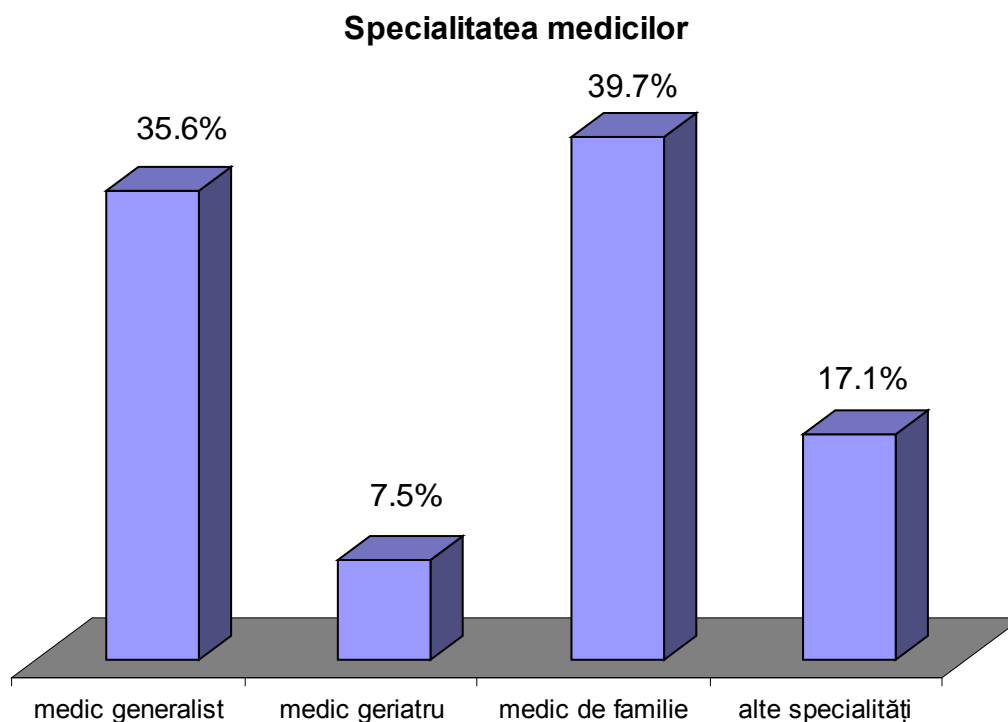
- pe primul loc bolile cardiovasculare - 2918 persoane vârstnice,
- bolile sistemului osteoarticular - 1305 persoane vârstnice,
- bolile psihice – 1230 persoane vârstnice,
- bolile digestive – 929 persoane vârstnice,
- bolile neurologice – 820 persoane vârstnice,
- bolile aparatului respirator - 805 persoane vârstnice,
- demențele – 671 persoane vârstnice,
- boli ale aparatului urogenital – 636 persoane vârstnice,
- bolile endocrine - 491 persoane vârstnice,
- accidente, traumatisme – 374 persoane vârstnice,
- alte boli (exemplu: diabet) - 206 persoane vârstnice,
- tumore - 130 persoane vârstnice.

Menționăm că, numărul bolilor psihice de care suferă asistații este destul de mare datorită faptului că în cercetare au fost chestionate și persoanele din conducerea centrelor de îngrijire și asistență și a centrelor de recuperare și reabilitare în care, pe lângă persoane vârstnice, sunt asistate și persoane cu handicap, multe dintre ele având handicap psihic.

În general, asistența medicală a asistaților din căminele pentru persoane vârstnice, centrele de îngrijire și asistență și centrele de recuperare și reabilitare este asigurată de medicii angajați ai acestor instituții și asistentele medicale. Cu predilecție centrele de îngrijire și asistență, cât și centrele de recuperare și reabilitare au cabinet medical cu program continuu, spre deosebire de căminele de bătrâni care apelează la serviciile medicilor de familie.

Așa cum se observă și în Figura nr. 6 numărul medicilor geriatri este foarte redus deși în aceste unități sunt asistate persoane vârstnice cu o polipatologie specifică.

Figura nr. 6



În general, în instituțiile de asistență socială pentru persoane vârstnice ce fac obiectul analizei este angajat personal medical insuficient. Astfel, valoarea medie a numărului de medici în cele 92 de instituții supuse investigației este de 1,5 medici/instituție, media asistenților medicali este de 7,5, iar a infirmierelor de 17,5. Pe lângă personalul medical în aceste instituții mai sunt angajați asistenți sociali (media fiind de 1,7 asistenți sociali într-o instituție), psihologi (1,1 psihologi într-o instituție), personal administrativ (5,2), îngrijitori (7,0), șoferi (1,2), muncitori (9,2 persoane).

Așadar, **în majoritatea instituțiilor de asistență socială nu există suficient personal de specialitate**, acestea nerespectând structura orientativă de personal de specialitate prevăzută de legislația în vigoare, existând o discrepantă majoră între unități care activează cu personal de specialitate și numeroase alte instituții în care nu există psiholog, asistent social etc.

Personalul din conducerea acestor instituții consideră că are nevoie de personal de specialitate și administrativ, amintind următoarele categorii socio-profesionale: specialiști în terapie ocupațională, fizioterapeut, ergoterapeut,

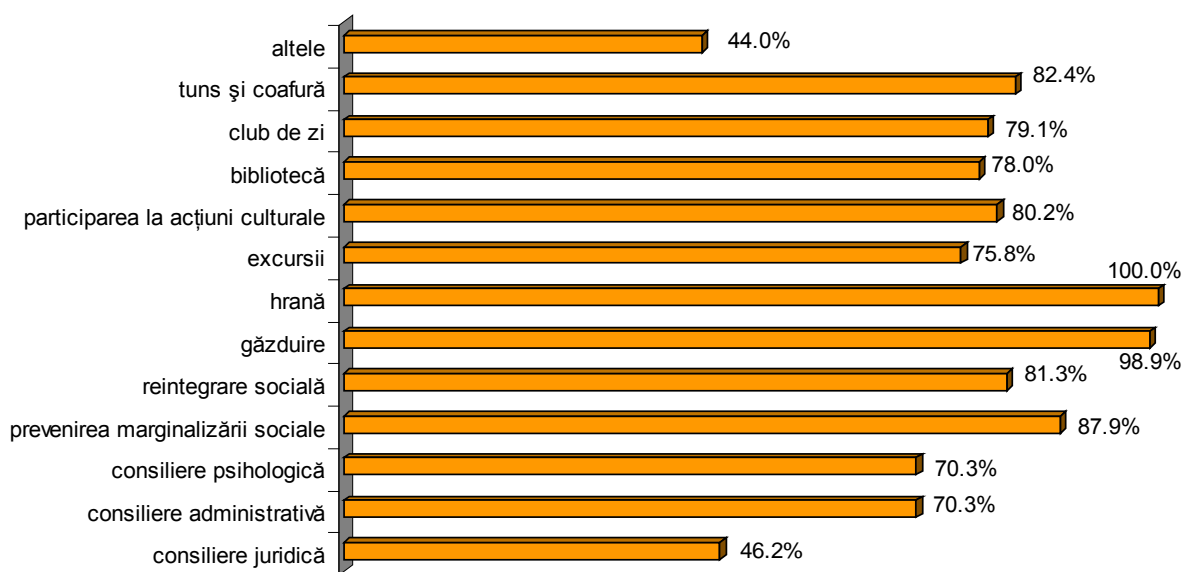
kinetoterapeut, psiholog, asistent social, jurist, psihiatru, medic geriatru, stomatolog, personal sanitar, maseur, infirmier, îngrijitori, bucătar etc.

Principalele servicii de care beneficiază persoanele vârstnice asistate în instituțiile de asistență socială în regim rezidențial sunt:

- **servicii sociale** cum ar fi: găzduire (100%) și hrană (98,9%), tuns și coafat (82,4%), club de zi (79,1%), bibliotecă (78,0%), participarea la acțiuni culturale (80,2%), consiliere psihologică (70,3%). Există totuși puține instituții care acordă consiliere juridică asistaților (numai 46,2%);

Figura nr. 7

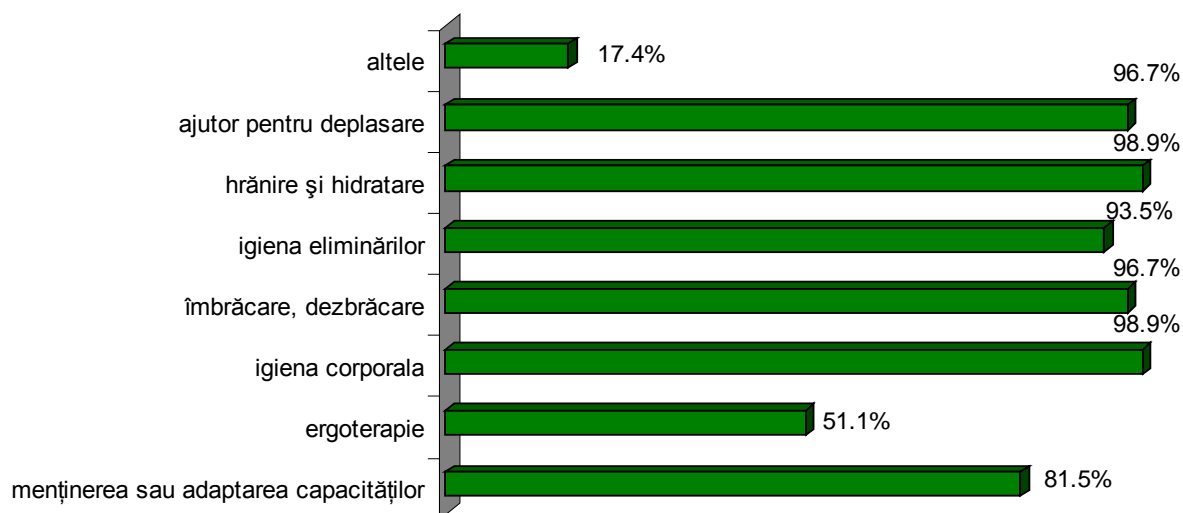
Servicii sociale



- **servicii socio-medicale** cum ar fi: sprijin pentru realizarea igienei corporale (98,9%), ajutor pentru îmbrăcare și dezbrăcare (96,7%), hrănire și hidratare (98,9%), ajutor pentru deplasare (97,6%), ajutor pentru igiena eliminărilor (93,5%);

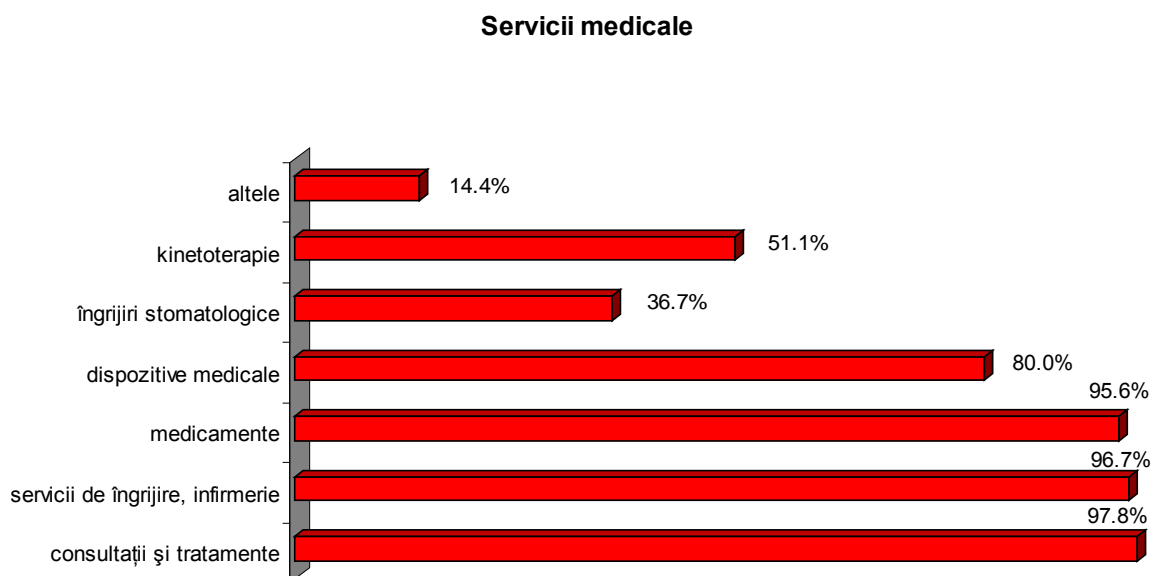
Figura nr. 8

Servicii socio-medicale



- **servicii medicale** cum ar fi: servicii de îngrijire-infirmerie în 96,7% din instituțiile cuprinse în eșantion, asigurarea medicamentelor prescrise de medic în 95,6% din cazuri și consultații și tratamente la cabinetul medical (97,8%). Numai 80,0% din instituții asigură dispozitive medicale asistaților, 51,1% programe de kinetoterapie și 36,7% consultații stomatologice.

Figura nr. 9



În contextul reorganizării instituționale și al transferurilor de atribuții către autoritățile locale, instituțiile rezidențiale care găzduiesc persoane vârstnice au trecut în subordinea consiliilor județene sau a consiliilor locale, motiv pentru care ne-am propus să vedem cine aprobă asistarea persoanelor vârstnice în aceste instituții. Am constatat că traseul birocratic parcurs până la aprobarea dosarului persoanei vârstnice asistate presupune depunerea actelor la direcția generală de asistență socială a județului, evaluarea situației de către o echipă compusă din asistent social și medic (care poate fi medicul de familie al persoanei vârstnice) și ulterior primirea aprobării din partea directorului direcției generale de asistență socială/ primarului sau directorului căminului de bătrâni (aceste unități având personalitate juridică).

Faptul că numai un număr redus de instituții au arătat că la nivelul direcției generale de asistență socială s-a constituit o echipă multidisciplinară (asistent social, psiholog, medic etc) pentru evaluarea potențialilor beneficiari este contrar prevederilor legislative și standardelor în vigoare.

Totodată, nu toate unitățile au acceptat să declare numărul de cereri în așteptare deși este de notorietate faptul că accesul în instituțiile de asistență socială este greu și aproape blocat din cauza insuficienței de locuri de cazare: 49 de instituții au declarat un număr total de 867 cereri în așteptare.

Așadar, serviciul public de asistență socială din cadrul primăriilor realizează cele mai multe anchete sociale completând fișele de evaluare socio-medicală ale persoanelor care solicită să fie asistate într-una din instituțiile de asistență socială în

regim rezidențial ce fac obiectul prezentei analize (cămine pentru persoane vârstnice, centre de îngrijire și asistență și centre de recuperare și reabilitare).

Cuquantumul contribuției lunare de întreținere diferă de la un tip de instituție la altul, fiind stabilită prin hotărâre a consiliului județean sau local astfel încât în prezent se poate ajunge la diferențe mari ale contribuțiilor între instituții, aspect pe care îl considerăm necorespunzător.

Din datele care ne-au fost furnizate a rezultat un cost mediu per asistat de 1435 lei cu un minim de 148 lei și un maxim de 4449 lei. Contribuția platită de către asistați ajunge în medie la valoare de 579 lei, de asemenea intervalul variind de la un minim de 110 lei la un maxim de 1785 lei. Cele mai frecvente situații care ne-au fost relatate arătau un sistem solidar prin care din pensia asistatului se reține un cuantum de 60 - 80%, dar fără a depăși suma maximă stabilită de către autoritățile locale. S-a constatat că cele mai mici valori atât ale contribuției personale a asistatului cât și ale costului de întreținere se regăsesc în centrele de recuperare și reabilitare deși acestea prin natura lor ar presupune alocarea de sume considerabile pentru asigurarea tratamentelor medicale și recuperatorii.

Cu toate că acest cost de întreținere este cu mult mai mare decât contribuția pe care o plătește fiecare asistat, numai 40,6% dintre persoanele asistate își plătesc integral contribuția de întreținere, 28,1% achită parțial, iar 31,2% nu au venituri, în cazul lor această contribuție fiind suportată de familie sau de consiliile locale.

Activitățile la care participă asistații în cadrul instituției de asistență socială sunt, în marea majoritate a cazurilor, cele gospodărești (întreținere spații verzi, îngrijirea grădinilor de legume, cules fructe, activități în cadrul fermelor-anexă, depozitarea lemnului, ajutor la bucătărie, curățenie în camere, etc), activități culturale (citit ziar, audiții muzicale, viziuni TV, lectură etc), religioase, activități recreative, excursii, activități de ergoterapie, etc.

Cea mai importantă parte a acestei cercetări a fost alocată problemelor, greutăților și impedimentelor cu care se confruntă personalul din conducerea instituțiilor de asistență socială în desfășurarea activității, precum și propunerilor pe care aceștia le-au exprimat pentru îmbunătățirea activității acestor instituții.

Astfel, principalele **probleme** semnalate de aceștia sunt:

- lipsa fondurilor;
- lipsa personalului specializat impediment important în desfășurarea activității;
- slaba dotare a instituției;

- lipsa personalității juridice îngreunează gestionarea fondurilor, duce la imposibilitatea realizării unor achiziții strict necesare (medicamente, aparatură medicală, electrocasnică sau de mobilier, etc);
- legislația de funcționare a instituțiilor de asistență socială nu este clară, prevederile Legii nr. 17/2000 nu se aplică, aspect ce a determinat ca persoanele vârstnice să fie asistate în aceleași instituții de asistență socială cu persoanele cu dizabilități sau bolnavi cronici;
- capacitatea redusă de cazare a instituției și a numărului mare de persoane asistate într-o cameră;
- lipsa accesibilităților pentru persoanele greu deplasabile;
- lipsa spațiului pentru activități recreative;
- dezinteresul și slaba implicare a familiei celor asistați în instituție;
- vechimea imobilului, care nu poate fi adaptat pentru a corespunde standardelor minime de calitate a serviciilor oferite asistaților.

Propunerile pe care le-au făcut persoanele din conducerea instituțiilor de asistență socială în regim rezidențial sunt următoarele:

- suplimentarea fondurilor și accesul la fonduri structurale;
- construirea de noi cămine care să corespundă standardelor minime de calitate;
- crearea de ateliere protejate, promovarea activităților de ergoterapie;
- organizarea de cursuri de calificare și formare continuă pentru angajați;
- dotarea cu aparatură medicală;
- înființarea de cabinete stomatologice în cadrul instituțiilor de asistență socială;
- implicarea comunității locale în administrarea și finanțarea instituțiilor;
- reabilitarea clădirii;
- dotarea cu autoturism – microbuz pentru desfășurarea de activități: aprovizionare, excursii etc;
- dotarea cu aparatură medicală, electrocasnică și mobilier ;
- extinderea capacității instituției și reducerea numărului de paturi în camere;
- acordarea personalității juridice tuturor instituțiilor de asistare a persoanelor vârstnice;
- completarea cadrului legislativ actual;

- transformarea unora dintre centrele de îngrijire și asistență în cămine pentru persoane vârstnice;
- separarea bolnavilor psihic de persoanele vârstnice.

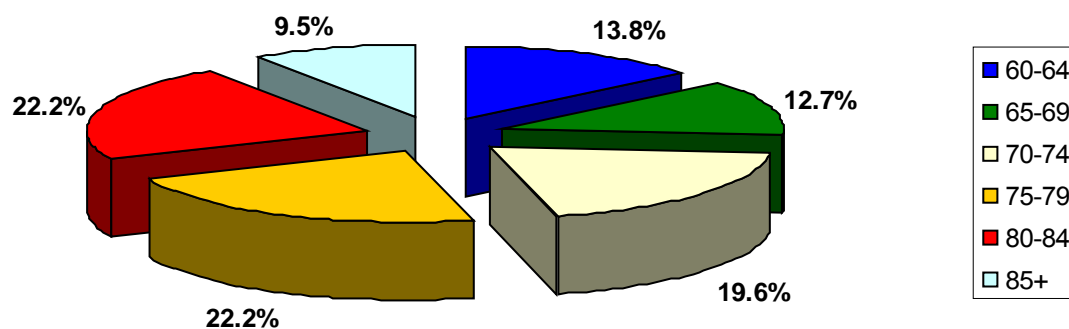
Așadar, lipsa fondurilor care atrage și slaba dotare a instituției, precum și lipsa personalului specializat sunt principalele probleme cu care se confruntă personalul din conducerea instituțiilor de asistență socială supuse investigației. La acestea se adaugă capacitatea lor redusă, precum și lipsa personalității juridice a instituțiilor care îngreunează procesul de gestionare a fondurilor, conduce la imposibilitatea realizării unor achiziții directe de medicamente, aparatură medicală, electrocasnică sau de mobilier; precum și la restricționarea desemnării persoanelor ce urmează a fi asistate în aceste instituții.

Aceste probleme ar putea fi rezolvate, în opinia persoanelor din conducerea acestor instituții, prin suplimentarea fondurilor care ar duce la îmbunătățirea dotării instituțiilor și la extinderea capacității acestora prin mărirea numărului de camere și a numărului de paturi, prin transformarea unor centre de îngrijire și asistență în cămine pentru persoane vârstnice, această măsură rezolvând și problema legată de separarea vârstnicilor de persoanele bolnave psihic. De asemenea, redarea personalității juridice a acestor instituții de asistență socială ar determina o mai bună gestionare a fondurilor alocate și o mai mare independență în stabilirea priorităților în ceea ce privește investițiile, în desemnarea persoanelor ce solicită să fie asistate în aceste instituții, în selectarea și specializarea personalului angajat prin participarea la cursuri, seminarii, schimburi de experiență etc.

Pentru evaluarea instituțiilor de asistență socială de tip rezidențial care găzduiesc persoane vârstnice am solicitat completarea unui chestionar de către persoane vârstnice beneficiare, câte 5 persoane per județ. Cu toate că centrele de îngrijire și asistență și centrele de recuperare și reabilitare nu sunt instituții de asistență socială destinate persoanelor vârstnice, ci persoanelor cu handicap, acestea din urmă ocupă foarte puține locuri, multe paturi fiind ocupate de persoanele care au împlinit vârsta de pensionare și care sunt considerate, potrivit legii, persoane vârstnice.

Astfel, structura asistaților vârstnici intervievați pe categorii de vârstă este următoarea:

Figura nr. 10



După cum se observă din acest grafic persoanele cu vârsta de peste 75 ani, reprezintă mai mult de 50% dintre persoanele interievate iar dintre acestea 54,4% sunt femei și 45,6% sunt bărbați.

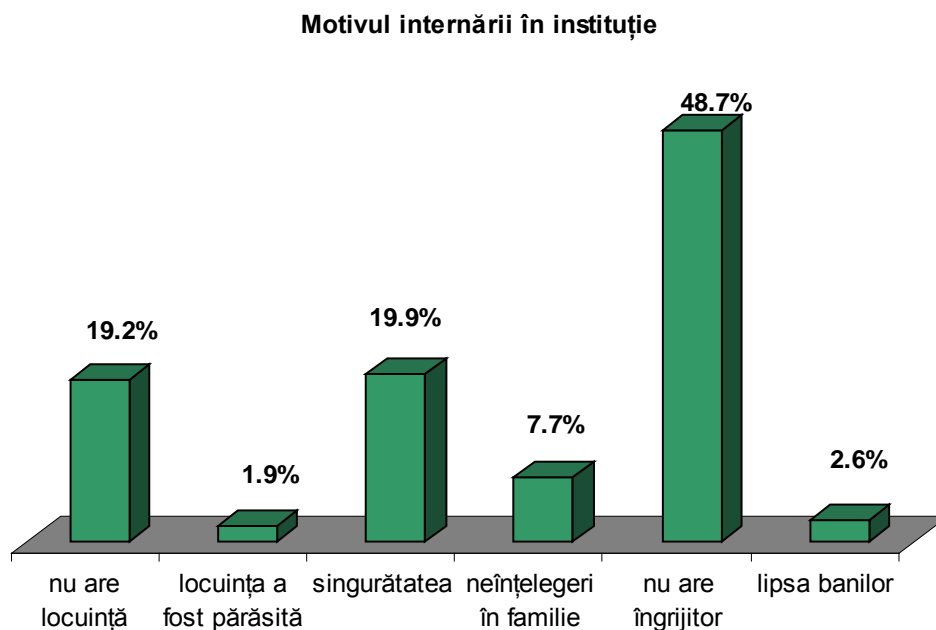
În ceea ce privește nivelul de educație al persoanelor asistate interievate putem constata că 28,9 % dintre aceștia au mai puțin de 7 clase și 27,0% 7-8 clase. Așadar, peste 50% dintre persoanele rezidente în instituțiile de asistență socială ce fac obiectul analizei au mai puțin de 10 clase absolvite. Totuși, există și persoane cu studii superioare care preferă îngrijirea în aceste instituții de asistență socială (10,1%) din motive de sănătate sau din cauza singurătății.

În ceea ce privește situația locativă a persoanelor vârstnice anterioară asistării într-o instituție de asistență socială putem constata că peste 50% dintre aceștia au fost proprietari (67,3%), numai 10,5% locuind cu chirie. Restul asistaților au locuit în casa părintească, în locuința soțului sau chiar în alte centre de îngrijire și asistență. (Figura nr. 11)

Figura nr. 11



Figura nr. 12



Un alt motiv care i-a determinat pe 19,2% dintre intervievați să solicite asistarea într-o instituție de asistență socială este lipsa locuinței.

Foarte mulți dintre ei și-au vândut locuința (35,9%) sau au fost înșelați de diverse persoane și astfel au rămas pe drumuri. 34,2% au donat locuința rudelor (inclusiv copiilor) pentru a fi îngrijite de acestea și 10,3% și-au pierdut casele fiind înșelate de diverse persoane, în urma divorțului sau au locuit în clădiri retrocedate, iar în 7,7% din cazuri locuința a fost distrusă (luăm în calcul aici calamitățile naturale sau alte situații de risc: deteriorarea în timp, incendii etc).

Figura nr. 13

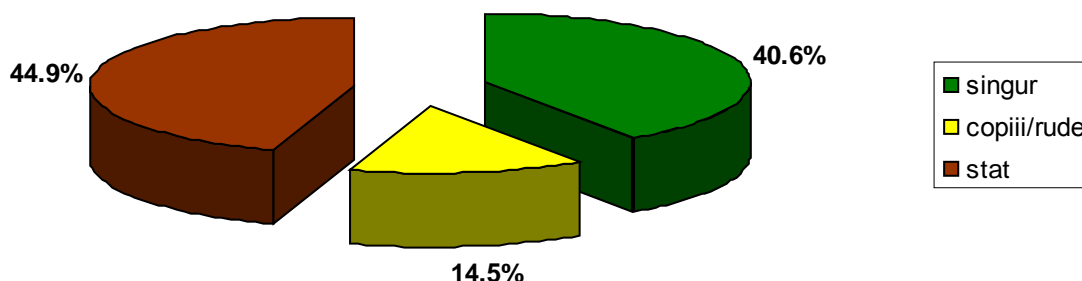
Am putea afirma că mai mulți factori precum lipsa locuinței asociată cu veniturile mici au determinat majoritatea persoanelor vârstnice chestionate să solicite asistarea într-o instituție de asistență socială, acestora li se adaugă starea de sănătate precară coroborat cu lipsa unui îngrijitor în rețeaua informală .

Analizând structura intervievaților după venituri, constatăm că 65,8% dintre aceștia au venituri de până la nivelul pensiei medii de bază, respectiv sub valoarea de 700 lei:

- 18,4% au venituri sub 400 lei, 7,9% dintre persoanele intervievate au venituri cuprinse între 400 și 499 lei,
- 13,0% dintre persoanele intervievate au venituri cuprinse între 500 și 599 lei,
- 14,9% dintre persoanele intervievate au venituri cuprinse între 600 și 699 lei.

Dintre persoanele vârstnice asistate care au răspuns solicitării noastre, 40,6% au venituri suficiente ce le permit să-și acopere integral cheltuielile legate de întreținerea în instituția de asistență socială; în cazul a 44,9% dintre aceștia statul este cel care suportă aceste contribuții și numai pentru aproximativ 14,5% rudele (copiii, frații, soțul/soția). În cazul persoanelor asistate în căminele private care nu-și pot acoperi singuri cheltuielile de întreținere și nu au nici susținători legali care să facă acest lucru, consiliul local sau organizațiile neguvernamentale care administrează și finanțează aceste instituții suportă diferența.

Figura nr. 14



Dintre persoanele intervievate care au rude (75,0%), numai jumătate dintre aceștia primesc vizite. Astfel, 51,1% dintre persoanele asistate sunt vizitate de copii, 21,7% de nepoți, 6,5% de frați sau surori. Numai 7,6% dintre asistați sunt vizitați de soț/soție pentru că foarte puțini dintre ei mai sunt căsătoriți, majoritatea fiind persoane singure după cum am arătat anterior.

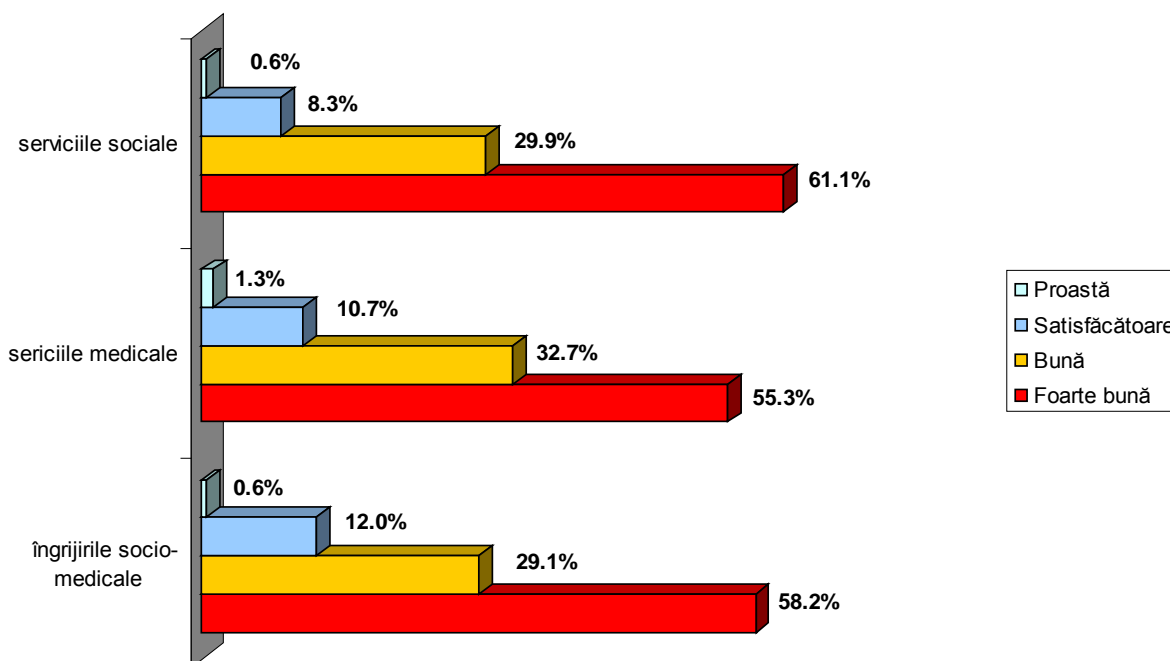
Majoritatea persoanelor vârstnice asistate primesc o vizită pe lună (36,7%), 21,5% sunt vizitate de 2 ori într-o lună, 20,3% primesc vizite săptămânal și numai 3,8% dintre acestea sunt vizitate zilnic; 17,8% dintre asistați primesc 1-2 vizite/an.

Principalele aspecte pe care am dorit să le evidențiem cu ajutorul acestei cercetări ce a avut ca grup țintă persoanele vârstnice asistate în căminele pentru persoane vârstnice, centrele de îngrijire și asistență și centrele de recuperare și reabilitare sunt aprecierile pe care asistații le-au făcut vis a vis de calitatea serviciilor sociale, socio-medicale și medicale pe care le primesc în instituții, de ce alte servicii doresc să beneficieze, care sunt principalele aspecte din cadrul instituției cu care nu sunt de acord, ce propuneri au pentru îmbunătățirea confortului și nu în ultimul rând care a fost perioada de timp cuprinsă între înregistrarea cererii și asistarea în cadrul instituției.

Perioada cuprinsă între înregistrarea cererii și asistarea în cadrul instituției a fost de 1 lună și mai puțin în cazul a 50,3% dintre asistați. În peste 28,0% din cazuri persoanele vârstnice au fost nevoite să aștepte peste 3 luni pentru a se elibera un loc în căminele pentru persoane vârstnice sau în centrele de îngrijire și asistență. Foarte grav este faptul că 12,6% dintre vârstnici au așteptat peste 1 an pentru a putea beneficia de serviciile oferite în cadrul acestor instituții de asistență socială în regim rezidențial. În cazul instituțiilor private perioada de timp de la depunerea cererii și până la asistare este mult mai mare.

În ceea ce privește calitatea serviciilor primite în cadrul instituției, peste 90% dintre asistați le apreciază ca fiind bune și foarte bune.

Aprecierea tipurilor de servicii de către asistați



Astfel, 61,1% dintre asistați consideră că serviciile sociale sunt foarte bune, 29,9% le consideră bune și numai 8,3% satisfăcătoare.

În cazul serviciilor medicale crește puțin procentul nemulțumirilor, 10,7% apreciindu-le ca fiind satisfăcătoare. Totuși, 55,3% le consideră foarte bune și 32,7% bune.

Serviciile medico-sociale sunt apreciate ca fiind foarte bune de 58,2% dintre asistați și bune de către 29,1%. Și în cazul acestora există un procent de nemulțumiți și anume 12,0% pentru care aceste servicii primesc calificativul „satisfăcător”.

Principalele nemulțumiri ale asistaților legate de viața în instituția de asistență socială se referă la :

- neînțelegeri cu asistații pentru 47,1% dintre persoanele vârstnice intervievate;
- comportament neadecvat al personalului – 21,6%;
- slaba dotare a instituției – 13,7%;
- lipsa libertății de mișcare – 7,8%;
- prea multe persoane în cameră – 5,9%;
- faptul că separarea bolnavilor cu afecțiuni psihice nu se realizează – 2,0%.

Propunerile pentru îmbunătățirea confortului și a serviciilor oferite în instituția de asistență socială din perspectiva beneficiarilor - persoane vârstnice, au fost exprimate în stransă legătură cu nemulțumirile exprimate și anume:

- număr mai mic de persoane în cameră (32,7%);
- dotarea mai bună a căminului (30,8%);
- organizarea unor excursii (11,5%);
- personalul să fie mai comunicativ (9,6%);
- înființare a unui club (7,7%);
- asigurarea medicamentelor și a asistenței medicale permanente (5,8%);
- kinetoterapie (1,9%).

Pe lângă serviciile pe care le primesc în cadrul instituțiilor și pe care le apreciază ca fiind bune și foarte bune asistații doresc să beneficieze și de altele cum ar fi:

- kinetoterapie – 37,5 %;
- medicamente și asistență medicală de specialitate – 18,8%;
- înființare club – 12,5%;
- excursii – 12,5%;
- consiliere – 8,3%;
- cabinet stomatologic – 4,2%;
- altele: bibliotecă și activități culturale, TV în cameră, înființare capelă.

Considerăm că, motivul pentru care un mare număr de persoane care nu au avut propuneri pentru îmbunătățirea confortului în cadrul instituției se datorează și faptului că 41,2% dintre aceștia nu au nici un plan de viitor, că se mulțumesc cu ceea ce primesc și că nu-și doresc nimic mai mult, poate doar sănătate (este cazul a 17,6% dintre intervievați). Totuși, unele dintre persoanele vârstnice intervievate au planuri de viitor, 20,2% doresc să rămână în instituție, 10,9% să se întoarcă în familie, 7,6% vor să meargă în excursie, 1,7% să-și găsească o locuință și să plece din instituția în care sunt asistate.

În ciuda faptului că și-au manifestat nemulțumirea față de diferite aspecte ale vieții în instituție, persoanele vârstnice asistate în cămine preferă îngrijirea instituționalizată celei la domiciliu, dar răspunsul este în mod evident dependent de contextul în care fiecare dintre aceste persoane au devenit asistate, opțiunea fiind determinată de dependența fizică și socio-economică în care se află. Astfel, 78,7%

dintre persoanele vârstnice intervievate au afirmat că doresc să primească îngrijire într-o instituție de asistență socială și numai 21,3% preferă îngrijire la domiciliu.

Așadar, în instituțiile de asistență socială cuprinse în cercetare sunt asistate mai multe persoane vârstnice de sex feminin decât cele de sex masculin, predominând asistații cu vârsta cuprinsă între 70 - 85 ani, singuri (văduv, divorțat, necăsătorit), din mediul urban, cu un nivel de educație scăzut (mai puțin de 10 clase), care au ales să fie asistate într-o instituție de asistență socială pentru că nu au avut un îngrijitor sau pentru că nu au locuință. Nici din punct de vedere financiar nu stau prea bine persoanele asistate, peste 50% dintre acestea având venituri sub 700 lei.

Ceea ce este foarte important de precizat sunt serviciile de care asistații ar mai dori să beneficieze și anume: asistență medicală stomatologică, consiliere psihologică, kinetoterapie, asistență medicală de specialitate și medicamente, organizarea unor excursii și, nu în ultimul rând, înființarea unui club și a unei capele.

Dar, cel mai important aspect ce trebuie semnalat, este că persoanele vârstnice doresc să fie asistate în instituții de asistență socială în regim rezidențial special destinate acestei categorii de populație și nu la domiciliu, ceea ce confirmă nevoia de înființare de noi asemenea centre.

CAPITOLUL 6

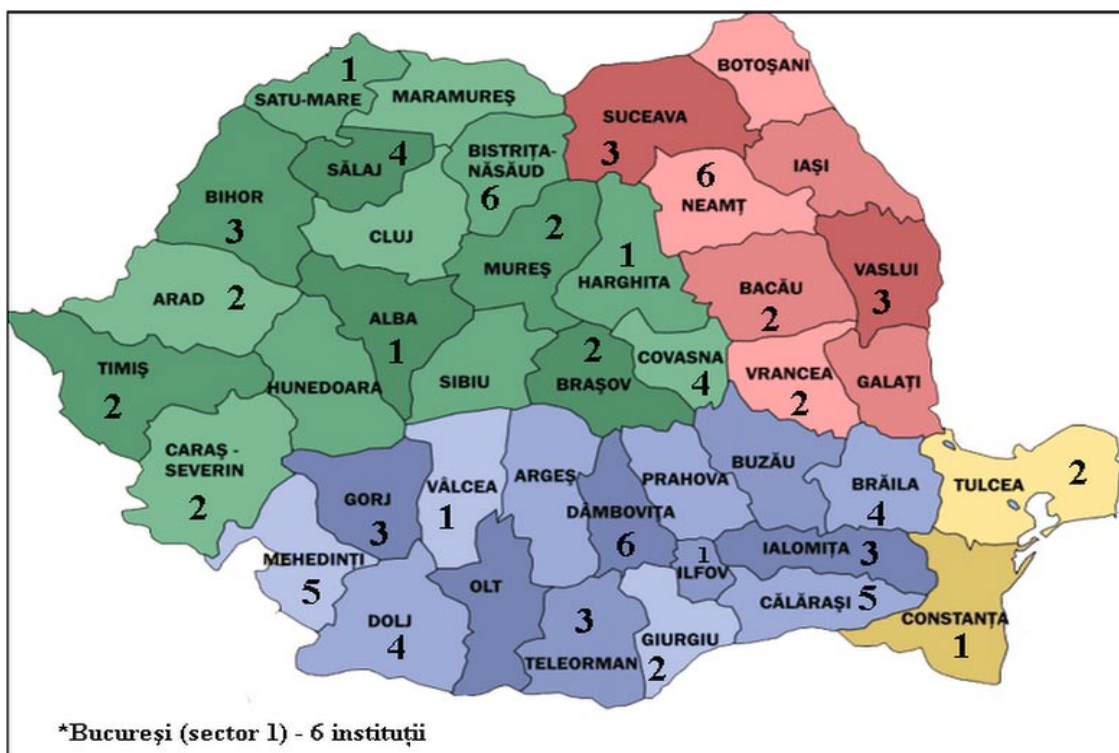
Concluzii

Prin realizarea acestei analize, Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice și-a propus să prezinte instituțiile de asistență socială în care sunt asistate persoane vârstnice în regim rezidențial, să identifice problemele cu care se confruntă acestea în activitatea desfășurată și să prezinte unele propuneri formulate de conducătorii instituțiilor pentru îmbunătățirea condițiilor de viață ale persoanelor instituționalizate.

Potrivit datelor furnizate de consiliile județene ale persoanelor vârstnice și de Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale, funcționează **74 cămine pentru persoane vârstnice** (35 publice, 35 private și 4 organizate în parteneriat public-privat) care asigură asistență unui număr de 4.860 persoane vârstnice, **101 centre de îngrijire și asistență** (91 publice, 9 private și 1 public-privat) în care sunt asistate 10.919 persoane și **40 centre de recuperare și reabilitare** ce asigură asistență socio-medicală pentru 7.116 persoane.

Numărul instituțiilor de asistență socială destinate numai persoanelor vârstnice (cămine pentru persoane vârstnice) este foarte mic și nu are o acoperire corespunzătoare la nivelul țării.

Dispersia instituțiilor pentru persoane vârstnice care au fost cuprinse în analiză se prezintă după cum urmează:



Totodată, numărul de locuri din aceste instituții este foarte mic în raport cu cererea. În urma cercetării realizate de Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice cu sprijinul reprezentanților consiliilor județene ale persoanelor vârstnice în cele 92 instituții de asistență socială în regim rezidențial s-a constatat că cererea este mare desi numai jumătate din instituții ne-au furnizat informații referitoare la acest aspect.

Așadar, coroborând cererile în așteptare cu timpul de aprobare al cererii declarat de actualii beneficiari se confirmă faptul că **cererea de a primi asistență într-o instituție specializată în regim rezidențial este mare, iar numărul căminelor pentru persoane vârstnice este mic.**

Deși clădirile în care funcționează aceste instituții sunt foarte vechi, unele având peste 150 ani și nu în toate cazurile s-au efectuat reparații în ultimii ani. În sprijinul acestei idei vine și numărul mic de instituții puse în funcțiune în ultimii ani, inaugurarea de noi unități fiind singura soluție pentru acoperirea cererii existente.

Un alt aspect ce trebuie menționat este faptul că, locațiile în care funcționează instituțiile de asistență socială nu au avut această destinație la proiectarea clădirii, 75% dintre ele fiind spitale, internate școlare, case private, penitenciare, unități militare, mănăstiri și, poate din această cauză, foarte puține camere au grup sanitar propriu, mai mult de jumătate având baie comună și numărul paturilor dintr-o cameră este foarte mare. În multe cazuri structura clădirii și faptul că a fost construită cu o altă destinație inițială face aproape imposibilă restructurarea ei și adaptarea spațiului pentru a corespunde actualelor norme minime de funcționare. De asemenea asistații au de suferit din cauza lipsei spațiului pentru activități de recreere, ergoterapie, a unui parc amenajat pentru petrecerea timpului în aer liber, grădinărit etc.

Nici dotarea camerelor de locuit nu este corespunzătoare deoarece nu există dulapuri pentru haine pentru fiecare asistat în parte, aceștia nu au suficiente scaune într-o cameră, nu au televizor, frigider, aparate radio sau aparatură electrocasnică în fiecare dormitor.

Nici dotarea instituțiilor de asistență socială cu aparatură medicală nu este prea bună. Există unități care nu au nici măcar aparatura medicală uzuală cum ar fi trusă de mică chirurgie, tensiometru, stetoscop sau glucometru. Ne referim în special la căminele de bătrâni mai slab dotate cu aparatura medicală și mai puțin la centrele de îngrijire și asistență sau centrele de recuperare și reabilitare la care latura medicală este mai dezvoltată pornind de la premiza că beneficiarii acestora sunt persoane cu handicap. În majoritatea instituțiilor de asistență socială nu există suficient personal de specialitate, în aproape 50% dintre instituții este nevoie de un psiholog și de

kinetoterapeut și ergoterapeut. De asemenea, lipsesc medicii sau asistenții medicali cu specialitatea geriatrie.

Pe lângă lipsa de personal și dotarea destul de precară a instituțiilor de asistență socială în regim rezidențial o mare problemă este lipsa fondurilor. Pe lângă faptul că nu au suficiente fonduri, persoanele din conducerea instituției nici nu le pot gestiona așa cum și-ar dori, nu pot achiziționa medicamente, aparatură medicală, etc deoarece nu au personalitate juridică, fiind în subordinea consiliilor locale sau a consiliilor județene care le repartizează fondurile și aprobă cheltuielile. Dificultăți în desfășurarea activității de asistență socială a persoanelor vârstnice apar și datorită faptului că legislația de funcționare a instituțiilor de asistență socială nu este clară iar prevederile Legii nr. 17/2000 nu se aplică. De asemenea, evaluarea socio-medicală a persoanelor vârstnice generează diverse probleme deoarece nu există acea echipă multidisciplinară care să o realizeze, nu există suficient personal specializat etc. În acest context evaluarea socio-medicală se realizează sumar sau deloc.

Dar, cea mai importantă concluzie ce se poate trage în urma cercetării este faptul că peste 40% din persoanele asistate în centrele de îngrijire și asistență au ales această modalitate de îngrijire pentru că nu au avut un îngrijitor la domiciliu. Considerăm că, dacă în România ar fi existat un sistem de îngrijitori la domiciliu aceste persoane nu ar fi solicitat asistarea în instituții de asistență socială în regim rezidențial ci ar fi preferat să primească îngrijire medico-socială la domiciliu. În acest fel s-ar fi descongestionat instituțiile de asistență socială în regim rezidențial și efortul financiar al statului ar fi fost mai mic.

În concluzie, în instituțiile de asistență socială cuprinse în cercetare sunt asistate mai multe persoane vârstnice de sex feminin decât cele de sex masculin, singure (văduv, divorțat, necăsătorit), din mediul urban, cu un nivel de educație scăzut (mai puțin de 10 clase). Nici din punct de vedere financiar nu stau prea bine persoanele asistate, peste 50% dintre acestea având venituri sub 700 lei.

În ceea ce privește calitatea serviciilor oferite în cadrul instituțiilor (servicii sociale, medicale, medico-sociale) peste 80% dintre persoanele asistate le apreciază ca fiind bune și foarte bune, în jur de 10% apreciindu-le ca fiind satisfăcătoare și proaste.

Este foarte important de precizat faptul că, deși persoanele vârstnice asistate apreciază ca fiind foarte bune și bune serviciile sociale, medicale și socio-medicele pe care le primesc în cadrul instituției, asistații ar mai dori să beneficieze și de alte servicii cum ar fi: asistență medicală stomatologică, consiliere psihologică,

kinetoterapie, asistență medicală de specialitate și medicamente, organizarea unor excursii și, nu în ultimul rând, înființarea unui club și a unei capele.

Concluzionând cele afirmate, pe lângă suprapopularea instituțiilor de asistență socială, a numărului mare de persoane într-o cameră, a lipsei de personal specializat angajat în acestea și a lipsei fondurilor, a dotării insuficiente a instituțiilor cu aparatură medicală, electrocasnică, electronică și de mobilier, a dotării insuficiente a camerelor de locuit se observă că numărul celor ce doresc să primească asistență socială și medicală în cămine pentru persoane vârstnice și în centre de îngrijire și asistență este foarte mare în detrimentul îngrijirii la domiciliu.

CAPITOLUL 7

Propuneri

Pentru îmbunătățirea activității celor trei tipuri de instituții de asistență socială în regim rezidențial ce au făcut obiectul studiului (cămine pentru persoane vârstnice, centre de îngrijire și asistență și centre de recuperare și reabilitare) și pentru îmbunătățirea condițiilor de viață ale persoanelor vârstnice instituționalizate, Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice propune:

- îmbunătățirea cadrului legislativ care reglementează organizarea și funcționarea instituțiilor de asistență socială în regim rezidențial;
- elaborarea unui act normativ complex care tratează toate laturile asistenței sociale a persoanelor vârstnice și abrogarea Legii nr. 17/2000;
- modificarea legislației în vigoare astfel încât instituțiile de asistență socială în regim rezidențial să aibă personalitate juridică și directorul acestor instituții să fie cel care aprobă dosarele persoanelor ce solicită să primească îngrijire socio-medicală în cămin;
- reglementarea sistemului de evaluare a nevoilor și a gradului de dependență a persoanelor vârstnice;
- dezvoltarea unei rețele naționale de medici geriatri care să realizeze, alături de asistenții sociali, evaluarea socio-medicală a persoanelor vârstnice;
- dezvoltarea sistemului rezidențial de asistență socială pentru vârstnici prin **reabilitarea în regim de urgență a căminelor pentru persoane vârstnice existente și construcția de noi cămine;**
- îmbunătățirea și extinderea paletei de servicii ce se acordă vârstnicilor în instituțiile de asistență socială în regim rezidențial;
- dotarea căminelor pentru persoane vârstnice cu echipamente, aparatură medicală, electrocasnică, electronică și individualizarea mobilierului, astfel încât confortul în aceste instituții să devină mult sporit comparativ cu situația actuală;
- completarea schemelor de personal din instituțiile de asistență socială cu respectarea obligatorie a structurii orientative de personal de specialitate prevăzută de H.G. nr. 1007/2005;

- transformarea actualelor unități medico-sociale în cămine de bătrâni, și monitorizarea strictă a activității acestora;
- mărirea subvențiilor alocate asociațiilor și fundațiilor în temeiul Legii nr. 34/1998 pentru înființarea și administrarea unităților de asistență socială destinate persoanelor vârstnice, în vederea îmbunătățirii calității și diversificării serviciilor acordate prin programele derulate de către acestea;
- încurajarea sponsorizărilor oferite de persoane juridice ori fizice pentru construirea sau dotarea instituțiilor de asistență socială;
- stimularea organizațiilor neguvernamentale să înființeze instituții de asistență socială pentru persoane vârstnice, care să funcționeze cu fonduri proprii sau în parteneriat public-privat;
- dezvoltarea serviciilor de îngrijire la domiciliu și a altor servicii alternative de tipul centrelor de zi, locuințelor protejate etc;
- sprijinirea membrilor de familie pentru a îngriji persoanele vârstnice la domiciliu, în mediul familial și familiar lor;
- reglementarea statutului de persoană vârstnică cu handicap și delimitarea responsabilităților instituționale astfel încât să nu mai există suprapuneri și ambiguități iar persoanele vârstnice care nu prezintă handicap ci doar afecțiuni specifice vârstei să fie îngrijite în unități corespunzătoare nevoilor lor specifice;
- introducerea unor facilități în vederea promovării și stimulării îngrijirii la domiciliu a persoanelor vârstnice, reglementarea unui sistem național în acest domeniu care să fie monitorizat de o Inspekția Socială.

Director general,

Florin Pașa

Șef birou „Analize și studii”,

Alina Matei

Realizatori,

Simona Ghiță

Daniela Garoschy

Cadrul legislativ

- **Legea nr. 34 din 20 ianuarie 1998** privind acordarea unor subvenții asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică, care înființează și administrează unități de asistență socială;
- **OG nr. 26 din 30 ianuarie 2000** cu privire la asociații și fundații;
- **Legea nr. 16 din 6 martie 2000** privind înființarea, organizarea și funcționarea Consiliului Național al Persoanelor Vârstnice;
- **Legea nr. 17 din 6 martie 2000** privind asistența socială a persoanelor vârstnice;
- **HG nr. 886 din 5 octombrie 2000** pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice;
- **HG nr. 1.153 din 21 noiembrie 2001** pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr. 34/1998 privind acordarea unor subvenții asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică, care înființează și administrează unități de asistență socială;
- **Legea nr. 47 din 3 decembrie 2005** privind sistemul național de asistență socială;
- **HG nr. 90 din 23 ianuarie 2003** pentru aprobarea Regulamentului cadru de organizare și funcționare a serviciului public de asistență socială;
- **OG nr. 37 din 30 ianuarie 2003** pentru modificarea și completarea OG nr. 26/2000 cu privire la asociații și fundații;
- **HG nr. 335 din 20 martie 2003** privind modificarea și completarea HG nr. 90/2003 pentru aprobarea Regulamentului – cadru de organizare și funcționare a serviciului public de asistență socială;
- **HG nr. 329 din 20 martie 2003** pentru aprobarea regulamentului – cadru de organizare și funcționare a instituțiilor de protecție specială a persoanelor cu handicap;
- **Ordin al ministrului sănătății nr. 491 din 23 mai 2003 și al ministrului muncii și solidarității sociale nr. 180 din 27 mai 2003** pentru aprobarea Grilei de evaluare medico – socială a persoanelor care se internează în unități de asistență medico – sociale;
- **OG nr. 68 din 23 august 2003** privind serviciile sociale;

- **Legea nr. 515 din 28 noiembrie 2003** pentru aprobarea OG nr. 68/2003 privind serviciile sociale;
- **OG nr. 86 din 19 august 2004** pentru modificarea și completarea OG nr. 68/2003 privind serviciile sociale;
- **Ordin nr. 383 din 6 iunie 2005** pentru aprobarea standardelor generale de calitate privind serviciile sociale și a modalității de evaluare a îndeplinirii acestora de către furnizori;
- **HG nr. 539 din 9 iunie 2005** pentru aprobarea Nomenclatorului instituțiilor de asistență socială și a structurii orientative de personal, a Regulamentului – cadru de organizare și funcționare a instituțiilor de asistență socială, precum și a Normelor metodologice de aplicare a prevederilor OG nr. 68/2003 privind serviciile sociale;
- **HG nr. 729 din 14 iulie 2005** privind stabilirea nivelurilor alocației zilnice de hrană pentru consumurile colective din instituțiile publice de asistență socială;
- **HG nr. 1007 din 1 septembrie 2005** privind modificarea HG nr. 539/2005 pentru aprobarea Nomenclatorului instituțiilor de asistență socială și a structurii orientative de personal, a Regulamentului – cadru de organizare și funcționare a instituțiilor de asistență socială, precum și a Normelor metodologice de aplicare a prevederilor OG nr. 68/2003 privind serviciile sociale;
- **Ordinului ministrului muncii, familiei și protecției sociale nr. 246 din 27.03.2006** privind aprobarea Standardelor minime specifice de calitate pentru serviciile de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice și pentru centrele rezidențiale pentru persoane vârstnice;
- **O.U.G. nr. 130/2006 privind Inspekția Socială, respectiv Legea nr. 211/2007 pentru aprobarea O.U.G. nr. 130/2006 privind Inspekția Socială.**