

# Parteneriatul public - privat in asigurarea rețelei de suport pentru persoanele varstnice

Înființarea serviciilor sociale și dezvoltarea lor în România după 1990 a condus la necesitatea identificării și diversificării resurselor umane și financiare pentru a susține această activitate recentă. Tendința de descentralizare a condus de asemenea la o restructurare a autorităților publice locale, acordându-le noi responsabilități organizatorice la nivelul comunităților.

Comunitățile locale din România au fost nevoite să se orienteze către noi metode de atragere a veniturilor, cu precădere a acelor venituri menite să susțină dezvoltarea locală – deoarece pe de o parte transferurile de la bugetul de stat către bugetele locale tind să se diminueze ca mărime tot mai mult, iar pe de altă parte deoarece autoritățile centrale au accelerat procesul de descentralizare, inclusiv cea financiară, având drept consecință directă creșterea responsabilităților ce revin autorităților publice locale.

Situația se aplică deopotrivă serviciilor sociale aflate în responsabilitatea autorităților publice locale, care trebuie să-și evalueze nevoile, să cuantifice potențialii beneficiari și să asigure resursele din punct de vedere financiar, logistic și uman pentru implementarea programelor. O categorie semnificativă de beneficiari o reprezintă persoanele vârstnice aflate în dificultate și prezentând un anumit grad de dependență conform evaluărilor socio-medicale.

Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice își propune prin lucrarea de față să realizeze o evaluare cu privire la programele de servicii sociale și socio-medicale pentru persoane vârstnice desfășurate în parteneriat public-privat și anume : în ce măsură autoritățile publice locale au dezvoltat programe pentru asistența persoanelor vârstnice în dificultate, dacă au atras în această activitate parteneri privați (în special organizațiile nonprofit), cum colaborează în cadrul parteneriatului, dacă acest tip de management este oportun, ce dificultăți întâmpină și care sunt propunerile pentru îmbunătățirea activității.

## 1. PARTENERIATUL PUBLIC PRIVAT – CADRUL GENERAL

Prevederile care au reglementat parteneriatul public-privat cuprinse în **O.G. nr. 16/2002** au constituit punctul de pornire pentru dezvoltarea acestui tip de colaborare și susținere reciprocă pentru dezvoltarea unor programe în beneficiul comunităților locale în conformitate cu noile tendințe de aliniere la practicile europene.

Aceste prevederi aplicabile și pentru domeniul social au fost anticipate prin **Legea nr. 34/1998** privind acordarea unor subvenții asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică, care înființează și administrează unități de asistență socială, care a permis transferul de fonduri de la bugetul de stat sau local către sectorul nonprofit pentru susținerea de servicii sociale în funcție de inițiativa locală și nevoile comunității. Menționăm că, în funcție de categoria de servicii sociale, socio-medicale sau medicale activitatea de îngrijire a persoanelor vârstnice poate fi suportată prin fonduri obținute în temeiul prevederilor **Legii nr. 17/2000**, **Legii nr.34/1998** sau pe bază de decont de la casa de sănătate județeană/a municipiului București conform prevederilor contractului cadru pentru asigurarea asistenței medicale, care se aprobă anual.

Parteneriatul public-privat se poate încheia între autorități publice centrale sau locale și sectorul privat care poate fi reprezentat atât de agenți economici cât și de organizații neguvernamentale/ nonprofit. Inițiativa unui proiect public-privat aparține autorității publice. Pentru inițierea proiectului public-privat inițiatorul întocmește un studiu de fezabilitate, pe baza căruia continuă negocierile cu investitorii. În urma acestei negocieri autoritatea publică emite o decizie cuprinzând lista investitorilor, ierarhizați pe criteriul celei mai bune oferte în termeni tehnico-economici și financiari. În vederea elaborării și negocierii contractului de proiect autoritatea publică numește o comisie de negociere. Contractul de proiect în forma negociată este supus spre aprobare Guvernului sau autorității locale, în funcție de competență. La finalizarea contractului de proiect compania de proiect transferă, cu titlu gratuit, bunul public autorității publice, în bună stare, exploatabil și liber de orice sarcină sau obligație. Proprietățile rezultate prin implementarea proiectului și terenurile ocupate de proiect nu pot fi instrăinate, ipotecate, gajate sau să se constituie în garanții pentru terți.

În prezent acest tip de contract este reglementat prin **O.U.G. nr. 34 din 19 aprilie 2006** privind atribuirea

contractelor de achiziție publică, a contractelor de concesiune de lucrări publice și a contractelor de concesiune de servicii.

**Contractul de concesiune de servicii** conform acestei ordonanțe este contractul care are aceleași caracteristici ca și contractul de servicii, cu deosebirea că în contrapartida serviciilor prestate contractantul, în calitate de concesionar, primește din partea autorității contractante, în calitate de concedent, dreptul de a exploata serviciile sau acest drept însoțit de plata unei sume de bani. **Procedura de atribuire** reprezintă etapele ce trebuie parcurse de autoritatea contractantă și de către candidați/ofertanți pentru ca acordul părților privind angajarea în contractul public să fie considerat valabil, iar procedurile de atribuire sunt: licitația deschisă, licitația restrânsă, dialogul competitiv, negocierea, cererea de oferte, concursul de soluții. În urma acestei proceduri se ajunge la **acordul-cadru**, respectiv înțelegerea scrisă intervenită între una sau mai multe autorități contractante și unul sau mai mulți operatori economici, al cărei scop este stabilirea elementelor/condițiilor esențiale care vor governa contractele de achiziție publică ce urmează a fi atribuite într-o perioadă dată, în mod special în ceea ce privește prețul și, după caz, cantitățile avute în vedere. **Sistemul de achiziție dinamic** este un proces în întregime electronic, limitat în timp și deschis pe întreaga sa durată oricărui operator economic care îndeplinește criteriile de calificare și selecție și care a prezentat o ofertă inițială conformă cu cerințele caietului de sarcini. Se poate organiza **licitație electronică** având la bază o **documentație de atribuire**, ce cuprinde toate informațiile legate de obiectul contractului de achiziție publică și de procedura de atribuire a acestuia, inclusiv caietul de sarcini sau, după caz, documentația descriptivă. **Oferta** cuprinde propunerea financiară, respectiv informațiile cu privire la preț, tarif, alte condiții financiare și comerciale corespunzătoare satisfacerii cerințelor solicitate prin documentația de atribuire.

Contractul de achiziție publică care are ca obiect atât furnizarea de produse, cât și prestarea de servicii este considerat:

- a) **contract de furnizare**, dacă valoarea estimată a produselor este mai mare decât valoarea estimată a serviciilor prevăzute în contractul respectiv;
- b) **contract de servicii**, dacă valoarea estimată a serviciilor este mai mare decât valoarea estimată a produselor prevăzute în contractul respectiv.

## **2. STANDARDELE DE CALITATE PENTRU FURNIZAREA DE SERVICII ÎN REGIM DE PARTENERIAT PUBLIC - PRIVAT**

**Ordinul 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 aprobă **standardele generale de calitate privind serviciile sociale furnizate în sistem public, privat și în parteneriat public-privat** stabilește condițiile pe care trebuie să le îndeplinească furnizorii de servicii.

**Standardele obligatorii de calitate privind serviciile sociale specializate din România, furnizate în sistem public, privat și parteneriat public-privat se referă la principalele aspecte: organizare și administrare, drepturi, etică, abordare globală, comprehensivă și integrată, centrarea pe persoane, participarea, parteneriate, orientarea pe rezultate și îmbunătățirea continuă.**

Prin standarde de calitate generale se înțelege ansamblul de cerințe privind cadrul organizatoric și material, resursele umane și financiare, viziunea integratoare și toleranța a personalului implicat în acordarea serviciilor în vederea atingerii nivelului de performanță obligatoriu pentru toți furnizorii de servicii sociale specializate din România.

**Furnizorilor de servicii sociale li se acordă o perioadă de 12 luni pentru a întruni condițiile de acreditare conform standardelor obligatorii de calitate.**

Prin activitatea pe care o desfășoară furnizorii de servicii sociale își propun :

- **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;
- să asigure **un continuum de furnizare de servicii**, prin care este valorificată contribuția tuturor actorilor sociali: beneficiarii, comunitatea locală, societatea civilă;

- **să dezvolte servicii în funcție de nevoile beneficiarilor** și de nevoile identificate în comunitate implicând beneficiarul ca membru activ al echipei serviciului furnizat, respectând contribuția fiecărui individ prin angajarea lui în autoevaluare, respectând feedbackul și evaluarea făcută de beneficiar, cât și valorile emise de acesta, respectând obiectivele serviciului furnizat;
- **să promoveze participarea beneficiarilor** la toate nivelurile de organizare și furnizare a serviciului, precum și în cadrul comunității;
- **să coopereze în vederea organizării și dezvoltării serviciilor sociale**, prin încheierea de parteneriate, pentru a crea un continuum în furnizarea serviciilor sociale, un sistem eficient și transparent care vine în întâmpinarea dificultăților și riscurilor la care sunt expuși cetățenii.

Instrumentele prin care duc la indeplinire aceste obiectivele propuse de către furnizorul de servicii sunt :

- **carta drepturilor**, specifică tipurilor de beneficiari cărora li se adresează, care este cunoscută atât de beneficiari, cât și de personal;
- **regulamentul de organizare și funcționare** prin care se stabilesc pentru beneficiari responsabilități și obligații prevăzute în regulamentul de organizare și funcționare, care le sunt făcute cunoscute și pe care trebuie să le respecte în orice moment și la orice nivel al intervenției;
- **planul de intervenție** și, după caz, un **plan de asistență și îngrijire**, care valorifică întregul potențial uman al acestuia, este conform proiectului de viață și nevoilor personale și ale cărui rezultate sunt monitorizate și evaluate în mod frecvent și sistematic;
- **proceduri de măsurare a satisfacției beneficiarilor** cu privire la condițiile în care se acordă serviciul și la facilitățile puse la dispoziție de furnizor;
- **proceduri** prevăzute în Regulamentul de organizare și funcționare **referitoare la înregistrarea, medierea și soluționarea reclamațiilor depuse de beneficiari**, familiile ori susținătorii legali ai acestora;
- **modalități de evaluare inițială și complexă** a nevoilor persoanei;
- **proceduri de implicare a beneficiarilor** în procesul de luare a deciziilor, în procesul dezvoltării de programe, evaluarea și administrarea serviciului primit;
- **un set de indicatori pentru monitorizarea procesului de integrare socială și de reabilitare a indivizilor;**
- **un sistem de management al informației**, bazat pe un set unic de proceduri și de formulare utilizat pentru organizarea, stocarea, transmiterea și publicarea informației.

Acestor standarde li se adaugă în cazul programelor destinate persoanelor vârstnice și prevederile **Ordinului 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.

### **3. PRINCIPALELE ASPECTE PRIVIND PARTENERIATUL PUBLIC – PRIVAT ÎN ASIGURAREA REȚELEI DE SUPTOR PENTRU PERSOANELE VÂRSTNICE**

Tehnica de cercetare folosită în realizarea studiului este ancheta directă, față în față, realizată prin chestionarea, de către reprezentanții Consiliului Național al Persoanelor Vârstnice, a personalului din conducerea instituțiilor de asistență socială publice (direcțiile de asistență socială la nivel județean și local) și private (organizații neguvernamentale) care acordă prestații și servicii sociale persoanelor vârstnice aflate în dificultate.

*Instrumentul de cercetare* folosit a fost chestionarul. În realizarea anchetei s-au utilizat două chestionare:

- **chestionarul A** - destinat persoanelor din conducerea instituțiilor publice de asistență socială (anexa 1);
- **chestionarul B** - destinat persoanelor din conducerea organizațiilor neguvernamentale (anexa 2).

Chestionarele au fost aplicate în 33 județe, după cum urmează:

- **chestionarul A** - personalului din conducerea a **41 instituții publice de asistență socială** (direcții de asistență socială la nivel de județ sau servicii publice de asistență socială la nivel de localități);
- **chestionarul B** - unui număr de **69 de organizații neguvernamentale** care furnizează servicii sociale persoanelor vârstnice.

Instituțiile publice chestionate asigură servicii sociale în proporție de 100% și acordă prestații în procent de 52,6%, iar în cazul organizațiilor neguvernamentale 98,6% dintre acestea oferă servicii sociale și 49,3% prestații sociale.

Dinamica înființării instituțiilor publice de asistență socială la nivel județean/local a fost identificată ca fiind delimitată în intervalul anilor 2000 – 2006 și se constată că majoritatea sunt recente deoarece 61,8% sunt înființate în perioada 2005 - 2006 și doar 29,4% între anii 2003 – 2004, respectiv 8,8% între anii 2000 – 2002.

Spre deosebire de acestea, organizațiile nonprofit au un istoric începând cu anul 1990, după cum urmează : 33,3% dintre organizațiile cooptate în cercetarea de față sunt înființate în perioada 1990 – 1995, 23,2% între anii 1996 – 1998, doar 8,7% în intervalul 1999 - 2000, 17,4 % între 2001 - 2004 și de asemenea 17,4% între anii 2004 – 2007.

În ceea ce privește perioada în care s-au înființat compartimentele destinate persoanelor vârstnice, în cadrul instituțiilor publice de asistență socială am constatat că mai mult de jumătate s-au înființat în perioada : 2005 – 2006 (57,1%) și doar 28,6% în intervalul 2003 – 2004, respectiv 10,7% în intervalul 2000 – 2002. Menționăm că dintr-un număr de 41 de instituții, 13 nu au răspuns la această întrebare, justificând în mare majoritate faptul că nu au un compartiment specializat pentru asistența socială a persoanelor vârstnice, acestea fiind asimilate de cele mai multe ori persoanelor adulte sau persoanelor cu handicap.

Primele programe pentru persoane vârstnice au fost demarate de către direcțiile generale de asistență socială în proporție de 50% în intervalul 2005 – 2006, 35% între anii 2003 – 2004 și doar 15% în 200-2002.

În cazul organizațiilor neguvernamentale demararea programelor a fost mult mai timpurie, ele fiind pionierii acestor activități, astfel încât 24,2% au început să desfășoare activități sociale în beneficiul persoanelor vârstnice în perioada 1990 – 1995, 15,2% din anii 1996 – 1998, doar 9,1% între 1999 – 2000, 24,2% între 2001 – 2003 și 27,3% între anii 2004 – 2007.

*Se observă că atât în cazul instituțiilor publice cât și în cel al sectorului nonprofit, în perioada 1999 – 2002 dinamica înființării și demarării de programe sociale a cunoscut un regres față de celelalte intervale.*

Activitatea instituțiilor publice analizate pe bază de chestionare se desfășoară în principal cu personal angajat pe baza de contract individual de muncă – însumând un total de 5107 persoane declarate de un număr de 28 de subiecți chestionați – dar și cu aportul voluntarilor, aproximativ 162 de persoane (este cazul a doar 8 dintre direcțiile de asistență socială).

Din datele furnizate de către organizațiile neguvernamentale contactate a reieșit că își desfășoară activitatea beneficiind de un număr ridicat de voluntari în comparație cu sectorul de stat și chiar mai mare decât numărul angajaților și anume : 1680 voluntari și 1345 personal angajat, rezultând o medie de 30,5 voluntari (pentru un număr de 55 de organizații) și 22,8 personal angajat (pentru 59 de organizații).

Deși activitățile de voluntariat sunt specifice sectorului neguvernamental este de apreciat că și instituțiile publice au demarat acțiuni de atragere a voluntarilor în programele de suport pentru persoanele vârstnice.

Se observă, atât în cadrul unităților aparținând sectorului de stat cât și privat, numărul redus al personalului de specialitate absolut necesar pentru buna desfășurare a activităților de evaluare a beneficiarilor și acordare a serviciilor, respectiv asistent social, medic, psiholog, kinetoterapeut.

Chestionați cu privire la categoriile de personal de care ar avea nevoie, persoanele din conducerea instituțiilor publice și al organizațiilor neguvernamentale au considerat următoarele :

- reprezentanții sectorului public într-o proporție de 77% consideră că instituțiile pe care le conduc au nevoie de asistenți sociali, 50% dintre acestea nu au suficienți psihologi, 38% - medici, 35% - kinetoterapeuți, 23% - îngrijitori la domiciliu, ergoterapeut sunt insuficienți doar pentru 15% , asistent medical pentru 11% dintre instituții, infirmieri – 8%, personal administrativ – 4%;

- reprezentanții sectorului neguvernamental acordă de asemenea importanță angajării unui număr mai mare de asistenți sociali (45%), iar 36% dintre aceștia ar angaja mai mulți asistenți medicali, în proporții relativ egale (21-25%) au declarat necesitatea încadrării de medic, psiholog, kinezoterapeut.

Aceste opțiuni privind completarea structurii de personal relevă profilul activității desfășurate, preponderent de evaluare în cazul sectorului public și preponderent de acordare de servicii pentru cel privat.

Principalele programe derulate de către direcțiile de asistență socială cuprind prestații sociale și acordarea de servicii sociale, socio-medicale și medicale persoanelor vârstnice. Prestațiile sociale prevăzute de legislația în vigoare sunt acordate persoanelor vârstnice de către autoritățile publice locale, după cum urmează :

Nr. ctr.	Prestații	%
1.	Ajutor social	33
2.	Indemnizații persoane cu handicap	56
3.	Buget personal complementar	17
4.	Ajutoare de urgență	39
5.	Ajutoare pentru încălzirea locuinței	17
6.	Gratuițări pentru transportul în comun	22
7.	Plata asistenților personali	17

Constatăm procente ridicate pentru prestațiile specifice persoanelor cu handicap, ceea ce ne conduce către concluzia că nu există servicii specializate pentru persoanele vârstnice, situație similară cu cea constatată în cazul centrelor rezidențiale, persoanele vârstnice fiind cel mai adesea găzduite în centre destinate pentru persoanelor cu handicap.

Serviciile sociale, socio-medicale și medicale asigurate persoanelor vârstnice ne-au fost enunțate detaliat doar de un număr de 14 respondenți din totalul de 41 de instituții cuprinse în studiu. Serviciile sociale, așa cum au fost enunțate de către reprezentanții direcțiilor de asistență socială, sunt : activități de consiliere – realizate de 73% dintre instituții, activități de informare – menționate de 40% dintre instituții, prevenirea marginalizării sociale – 37%, evaluarea persoanelor vârstnice – 30%, 40% asigură hrana la domiciliu sau la cantina socială, 33% servicii de îngrijire și 13% - au precizat că monitorizează cazurile sociale ale vârstnicilor. Sectorul public acordă vârstnicilor servicii socio-medicale și anume : 77% au declarat că asigură servicii de recuperare și reabilitare, 71% - realizarea igienei corporale, 50% - menținerea capacităților fizice și intelectuale, 29% - activități de suport și doar 7% dintre instituțiile publice au prevăzut activități de terapie ocupațională pentru vârstnicii asistați. Dintre cei 14 respondenți ai acestei categorii de întrebări am constatat că toți asigură și servicii medicale cuprinzând consultații și tratament medicamentos, 64% dintre aceștia asigură asistență paleativă pentru vârstnici și doar 21% asigură consultații stomatologice.

Se observă numărul redus de instituții publice care au prezentat defalcăt activitatea pe categorii de prestații și servicii și corelând cu informațiile generale solicitate inițial se constată slabă dezvoltare a programelor destinate persoanelor vârstnice la nivelul țării.

Prestațiile sociale acordate de către organizațiile neguvernamentale se rezumă la ajutoarele materiale, de urgență sau periodice pe care acestea le acordă persoanelor vârstnice și care s-au regăsit doar în proporție de 29% în răspunsurile primite. Serviciile sociale acordate variază, după cum urmează :

- valori mai mici observăm în cazul evaluării (doar 8,5%) și al monitorizării (5%) cazurilor sociale ale persoanelor vârstnice,
- activitățile cărora li se acordă cea mai mare importanță sunt : asigurarea hranei (63%), îngrijire (63%), consiliere (47%), socializare (39%),
- alte activități menționate sunt cele de informare regăsite în activitatea a 25% dintre organizațiile nonprofit chestionate, prevenirea marginalizării sociale (25%) și găzduirea persoanelor vârstnice (24%).

Serviciile socio-medicale menționate de sectorul neguvernamental sunt pentru 71 % - realizarea igienei corporale, 49 – servicii de suport, 49% - recuperare și reabilitare, 47% - menținerea capacităților fizice și psihice și doar în procent de 9% diagnoza și 7% terapia ocupațională. Serviciile medicale se regăsesc în activitatea organizațiilor chestionate în proporție de 81% prin consultații, 76% - tratament medicamentos și doar 14% - asistență paleativă și 2% - consultații și îngrijiri stomatologice.

Menționăm că spre deosebire de sectorul public, cel nonprofit a răspuns solicitării de a enumera categoriile de servicii și prestații prin mai mult de jumătate din numărul organizațiilor chestionate.

Din datele furnizate de către direcțiile de asistență socială numărul de solicitanți și cel de beneficiari este sensibil egal, ceea ce presupune că au fost raportate cazuri soluționate de către acestea și că nu există o evidență reală a cererilor în așteptare.

<b>Număr total de solicitanți</b>			
<b>Prestații sociale</b>	<b>Servicii sociale</b>	<b>Servicii socio-medicale</b>	<b>Servicii medicale</b>
68.590	7.888	9.462	11.016
<b>Număr total de beneficiari</b>			
<b>Prestații sociale</b>	<b>Servicii sociale</b>	<b>Servicii socio-medicale</b>	<b>Servicii medicale</b>
77.546	7.868	9.457	10.716

Aceași situație a raportului dintre solicitanți și beneficiari există și în cazul datelor furnizate de către organizațiile neguvernamentale. Considerăm relevant numărul de beneficiari, situația numărului de solicitanți fiind influențată negativ de lipsa unui sistem unitar de înregistrare a cererilor - fie soluționate, fie în așteptare :

Număr total de solicitanți			
Prestații sociale	Servicii sociale	Servicii socio-medicale	Servicii medicale
9.250	17.827	12.377	19.287
Număr total de beneficiari			
Prestații sociale	Servicii sociale	Servicii socio-medicale	Servicii medicale
5.174	12.310	53.264	20.293

Comparând datele primite de la cele două sectoare de activitate se observă specializarea sectorului public pentru categoria prestațiilor sociale și cea a sectorului nonprofit pentru acordarea de servicii sociale, socio-medicale și medicale.

Dintre instituțiile publice chestionate, 65% au răspuns că pentru a organiza programe în beneficiul persoanelor vârstnice colaborează cu sectorul privat, iar 35% că nu colaborează cu acesta. Pe de altă parte sectorul privat, reprezentat în cazul de față de organizații neguvernamentale, a răspuns pozitiv în proporție de 78% și negativ în proporție de 22% la întrebarea “colaborați cu sectorul de stat în activitatea dumneavoastră”.

Responsabilitățile partenerilor public și privat așa cum au fost prezentate din perspectiva instituțiilor publice sunt :

- în proporții egale, 45,8% dintre instituțiile publice declară că asigură plata sumelor alocate și monitorizează derularea programului, 37,5% - coordonează metodologic, 33,3% - identifică beneficiarii, 29,2% - acordă sprijin logistic, 25,0% - acordă servicii primare, 16,7% - se implică în estimarea fondurilor și doar 8,3% - au atribuții de avizare a planului individual de intervenție și de a implementa proiectul;
- partenerului privat îi revin ca atribuții acordarea serviciilor de îngrijire în 75% din cazuri, evaluarea cazurilor – 29%, coordonarea echipei multidisciplinare – 45%, raportări periodice au menționat 25% din cazuri, coordonarea echipei multidisciplinare – 21%, formare de personal – 17%, campanie de strângere de fonduri – 17%.

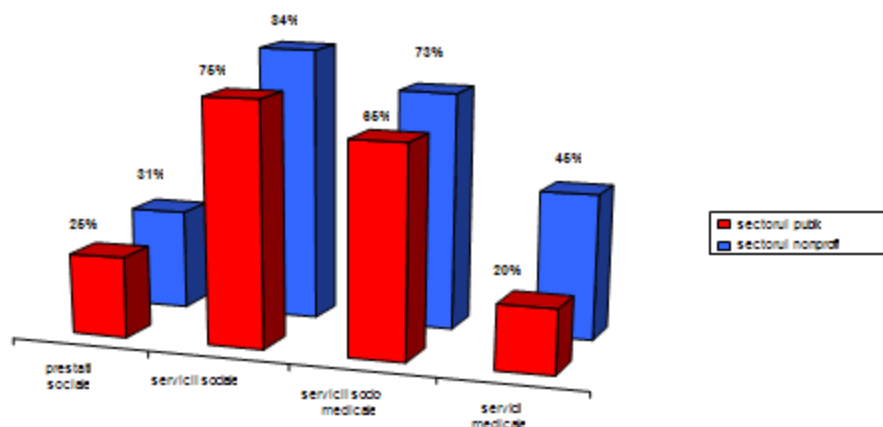
Organizațiile neguvernamentale au precizat că :

- principale atribuții care le revin în cadrul parteneriatelor sunt următoarele: 76,6% dintre acestea au declarat că sunt furnizori de servicii, iar 31,9% asigură managementul de proiect, alte activități fiind : atragere de fonduri pentru 10,6%, consultanță de specialitate pentru 12,8%, elaborare de metodologii – 6,4% și activități de voluntariat – 6,4%;
- pentru partenerii publici au precizat că asigură finanțarea – 76,1% din cazuri, efectuează monitorizarea, evaluarea și controlul – 30,4%, sprijin logistic – 28,3%, coordonare metodologică – 17,4% și alte activități doar în proporții reduse, respective identificarea beneficiarilor (8,7%), servicii primare (6,5%), dezvoltarea rețelei de servicii pentru persoanele vârstnice (2,2%).

Din tabloul pe care îl oferă aplicarea chestionarelor celor două categorii de instituții se observă că rolul sectorului public este de finanțator, iar cel al sectorului neguvernamental de furnizor de servicii. De asemenea, se remarcă rolul marginal pe care îl ocupă activitățile de coordonare și management, precum și cooperarea pentru identificarea beneficiarilor și elaborarea de metodologii de lucru adaptate nevoilor proprii.

Numărul vârstnicilor asistați în cadrul programelor organizate în parteneriat însumează 16.441 persoane în cazul instituțiilor publice chestionate și 32.921 persoane în cazul organizațiilor neguvernamentale. Menționăm că ne-au raportat 17 instituții publice rezultând o medie de 700 persoane vârstnice asistate per instituție și un număr de 47 de organizații neguvernamentale, rezultând o medie de 967 persoane asistate per organizație.

Beneficiariilor li se acordă prestații sociale și servicii sociale, socio-medicale și medicale în cadrul acestor programe după cum urmează :

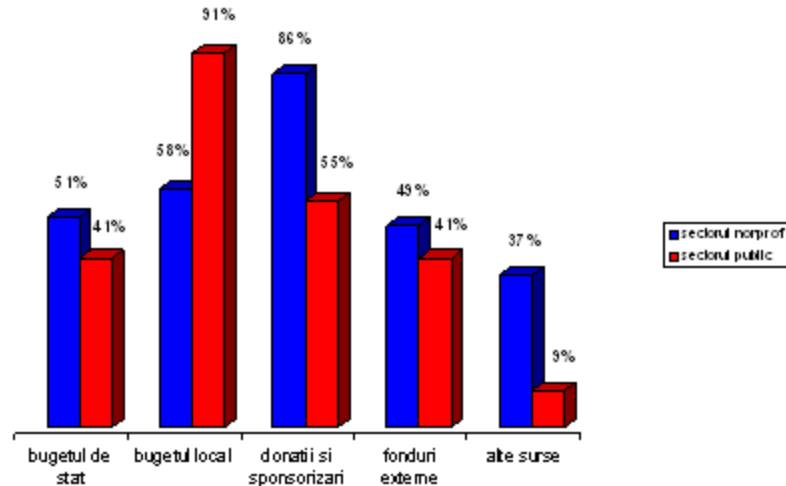


În proporție de 100% instituțiile publice au răspuns că unitățile de asistență socio-medicală organizate în parteneriat public – privat au primit acreditare și autorizațiile necesare pentru funcționare. Pentru sectorul privat 98% dintre organizații au răspuns că au primit acreditare de la direcția de muncă , solidaritate socială și familie. Situația locativă a spațiului în care se desfășoară activitatea unității de îngrijire pentru persoane vârstnice cunoaște situații diverse :

- 47% dintre organizațiile neguvernamentale au declarat că desfășoară activitățile într-un spațiu alocat de către consiliul local și de asemenea 41,7% dintre acestea dețin în prezent spațiul în proprietate, iar 30 % activează într-un spațiu închiriat, doar 7% au declarat că își desfășoară activitatea într-un spațiu proprietate a instituției publice partener;
- de asemenea 52% dintre instituțiile publice au consemnat că spațiul alocat desfășurării activităților în parteneriat public - privat provine de la consiliul local, 29% dețin un spațiu în proprietate, iar în 19% din cazuri spațiul este proprietatea partenerului privat.

Fondurile necesare funcționării programelor în parteneriat public - privat provin din mai multe surse de finanțare : bugetul local, bugetul de stat, donații și sponsorizări, fonduri externe și alte surse (coplată, cotizații etc). Din dubla perspectivă a partenerilor ponderea provenienței fondurilor este :





Se observă o diversitate mai mare a provenienței fondurilor obținute de către organizațiile neguvernamentale ceea ce presupune o activitate susținută pentru strângere de fonduri și popularizarea programelor, spre deosebire de sectorul public, acesta deținând o sursă de finanțare stabilă provenită de la bugetul local și fiind mai puțin interesat de accesarea altor fonduri.

Așa cum arată lucrarea de față, parteneriatul public – privat pentru prestații și servicii sociale acordate în beneficiul persoanelor vârstnice se dezvoltă ca o modalitate de transfer al resurselor financiare și logistice dinspre sectorul public către cel neguvernamental, care pune la dispoziție resursele umane și modele de bune practici în domeniu. Instituțiile publice utilizează ca metodă de evaluare a programelor autoevaluarea în proporție de 96%, dar totodată apelează și la evaluatori externi (44% dintre subiecții chestionați). Situația este aproximativ similară și în cazul sectorului nonprofit: 89% dintre organizații își autoevaluează programele desfășurate în parteneriat și 56% dintre acestea apelează și la un evaluator extern. Considerăm utilă implicarea evaluatorilor externi, chiar dacă presupune o serie de costuri suplimentare, deoarece pot oferi o viziune obiectivă asupra punctelor forte, cât și asupra neajunsurilor pentru a putea aduce îmbunătățiri - însă un buget restrictiv exclude însă această categorie de cheltuieli.

Instituțiile publice și organizațiile neguvernamentale utilizează instrumente specifice de evaluare în funcție de activitățile pe care le desfășoară în cadrul parteneriatelor după cum urmează :

- sectorul public - chestionarul de satisfacție aplicat beneficiarilor este utilizat în proporție de 63%, rapoarte de monitorizare întocmite de către instituția publică în proporție de 53%, fișe de evaluare a cazurilor socio-medicale , 32% din cazuri, activități de control, inspecție în 21% din cazurile înregistrate;
- sectorul nonprofit - chestionarul de satisfacție aplicat beneficiarilor este utilizat în proporție de 59%, raport de monitorizare întocmit de către organizații , în 36% din cazuri, întâlniri cu beneficiarii, doar în 26% din cazuri, activități de supervizare în beneficiul personalului se regăsesc doar în 23% din cazurile înregistrate, fișa de evidență pentru beneficiari, utilizată doar de 20% dintre organizații.

Se observă implicarea redusă a beneficiarilor în procesul de evaluare a programelor care li se adresează deși comunicarea și feed-back-ul ar trebui să dețină un loc semnificativ în relația dintre persoanele asistate și unitatea de asistență socială.

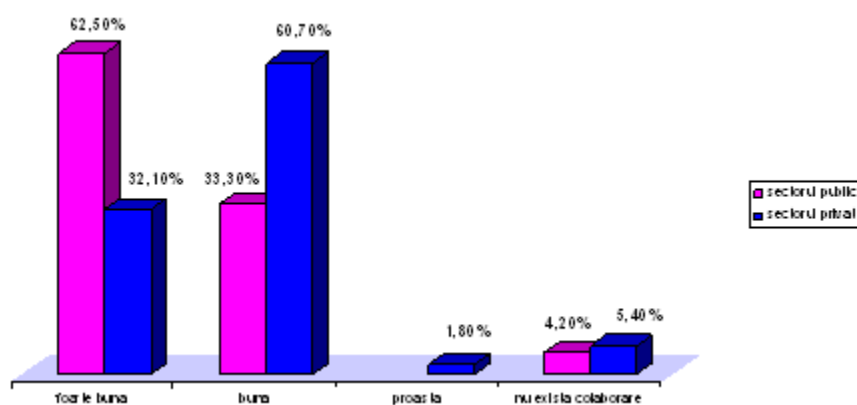
Se cunoaște faptul că una dintre barierele cu care se confruntă persoanele vârstnice în accesul la servicii și prestații sociale îl reprezintă comunicarea și informarea redusă, populația de vârstă a treia necunoscându-și drepturile sociale pentru a le solicita instituțiilor abilitate. De aceea este de interes să cunoaștem care sunt modalitățile de popularizare la care recurg instituțiile publice și private pentru a-și face cunoscute programele.

Sectorul public a recunoscut câteva categorii importante de metode de popularizare a programelor pentru vârstnici și anume :

- 76% dintre instituții apelează la presa locală pentru a-și familiariza potențialii beneficiari cu oferta de servicii și prestații sociale;
- totodată acestea mai apelează la televiziuni locale (56%) și la campanii prin intermediul pliantelor, revistelor, broșurilor etc;
- doar 24% dintre respondenți au organizat centre de informare pentru cetățeni și doar 12% apelează la facilitatori comunitari ca o modalitate de comunicare.

Sectorul nonprofit s-a dovedit a avea o activitate mai intensă de popularizare a programelor apelând cu consecvență la presa locală (81%), difuzarea de pliante, broșuri, reviste etc (72%), participarea la emisiuni televizate organizate pe plan local (66%), și într-o mai mică măsură pătrund în comunitate prin intermediul centrelor de informare (33%) și a facilitatorilor comunitari (28%).

Apreciind colaborarea cu partenerii sectorul public și respectiv cel privat au acordat calificative după cum urmează :



Necolaborarea este pusă pe seama mai multor factori:

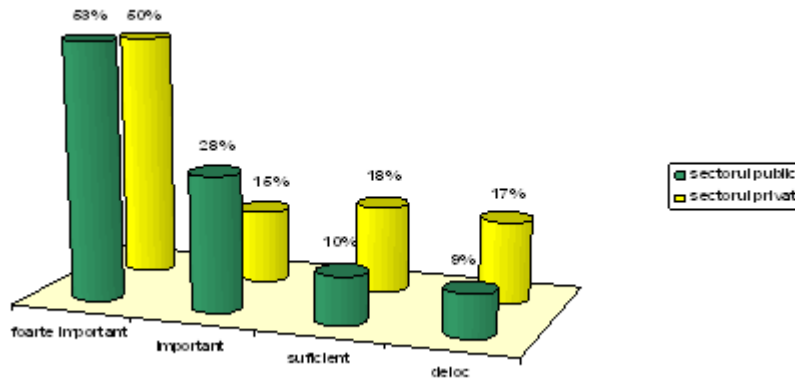
- sectorul public - lipsa solicitărilor (71%); rețeaua organizațiilor nonprofit slab dezvoltată (57%); insuficiența fondurilor de la bugetul local (14%);
- sectorul privat - lipsa de interes din partea sectorului public (65%); resurse financiare limitate (52%); necunoașterea legislației (17%).

Invitați să-și exprime opinia cu privire la necesitatea dezvoltării protocoalelor, reprezentanții instituțiilor publice au considerat-o ca fiind „foarte mare” în proporție de 53% și „mare” în proporție de 38%, iar 9% au apreciat ca fiind suficient de importantă colaborarea intersectorială. Sectorul privat a opinat că necesitatea dezvoltării parteneriatelor este „foarte mare” – 64% și „mare” – 24%, suficientă au considerat-o 8% și 4% deloc.

Pentru a evidenția prioritățile pe care le au în vedere instituțiile publice în evaluarea nevoilor și alocarea resurselor pentru implementarea programelor în beneficiul persoanelor vârstnice am solicitat să se acorde calificative mai multor domenii de activitate atât de către sectorul public, cât și de către sectorul privat. Domeniul social, economic și medical au primit calificative ridicate (foarte important și important) atât din partea instituțiilor publice, cât și din partea celor private, divertismentul ocupând un loc marginal pentru ambele sectoare, după cum urmează :

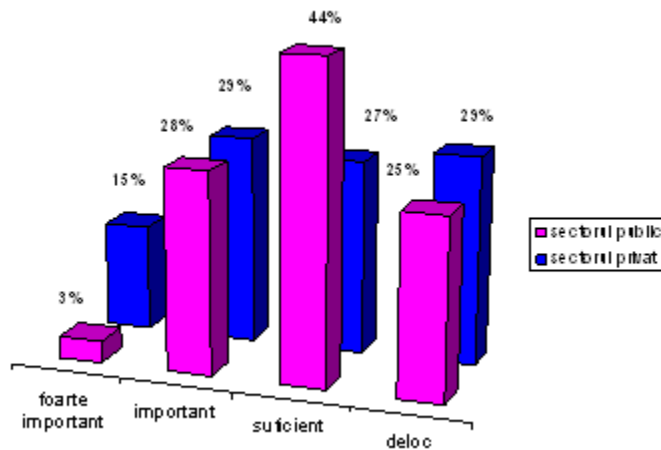
- **domeniul social** a primit calificativul „foarte important” în procent 77% din partea sectorului public și 65% din partea celui non-profit și „important” pentru 15% dintre instituțiile publice și 18% dintre organizațiile neguvernamentale;
- **domeniul economic** este evaluat în proporții apoximativ egale de către cele două sectoare public și privat

- o **domeniul medical** ocupă al doilea loc în ordinea importanței pe care i-o acordă instituțiile publice (53% - foarte important, 28% - important), dar și un loc semnificativ pentru cele neguvernamentale (50% - foarte important, 15% -



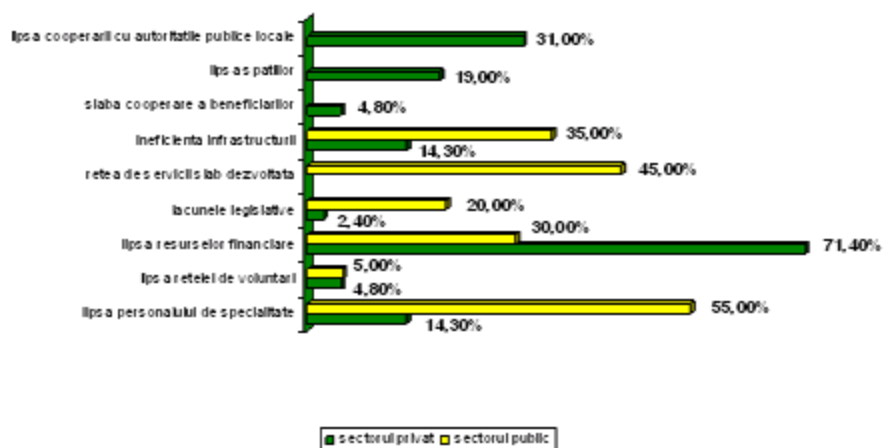
important)

- o **divertismentul**, ultimul domeniu considerat de referință pentru activitățile organizate în beneficiul persoanelor vârstnice - în care includem programele de socializare -, a primit calificativele cele mai mici din partea ambelor sectoare public/privat, ceea ce conduce către concluzia că ocupă un loc marginal în preocupările acestora.



Deoarece din experiența practică a instituțiilor de asistență socială publice și private reiese necesitatea diversificării serviciilor pentru a acoperi nevoile persoanelor vârstnice în toată complexitatea lor, am chestionat cu privire la activități/programe pe care le consideră necesare a se dezvolta.

Principala dificultate semnalată de către sectorul nonprofit este lipsa resurselor financiare, urmată fiind de lipsa cooperării cu instituțiile publice locale. Pe de altă parte sectorul public a identificat ca principale greutăți întâmpinate lipsa personalului de specialitate și slaba dezvoltare a rețelei de servicii. Aceștia li se adaugă ineficiența infrastructurii, lacunele legislative, dar și probleme concrete precum lipsa spațiilor, lipsa rețelei de voluntari sau slaba cooperare a beneficiarilor.



Propunerile celor două sectoare converg spre puncte comune : atragerea de personal specializat și de resurse financiare, cât și promovarea parteneriatelor public-privat ca o modalitate de compensare și susținere reciprocă în vederea organizării de activități în beneficiul persoanelor vârstnice. Pentru realizarea acestor obiective este necesar de asemenea alocarea de fonduri bugetare, organizarea de cursuri de formare pentru personal, îmbunătățirea legislației, dotarea corespunzătoare a unităților de asistență socială, diversificarea activităților, stimularea înființării de o.n.g.-uri și extinderea rețelei de voluntari, după cum urmează :



#### 4. CONCLUZII ȘI PROPUNERI

În prezent, așa cum reiese și din lucrarea de față dezvoltarea parteneriatului public-privat pentru asigurarea rețelei de suport pentru persoanele vârstnice este insuficient dezvoltată și incapabilă să răspundă nevoilor persoanelor de vârstă a treia aflate în dificultate din punct de vedere economic, social sau medical. De aceea se impun măsuri pentru promovarea colaborării între cele două sectoare public și privat ca o modalitate optimă de asigurare a unei rețele de servicii consistente și coerente.

Principalele aspecte care se desprind din analiza datelor primite sunt:  
aspecte organizatorice :

- **Rețeaua geriatrică la nivel national este insuficient dezvoltată.** Platforma gerontologică preconizată a se implementa nu se regăsește în practica instituțiilor publice și a organizațiilor societății civile decât parțial, fără a exista continuitatea și complementaritatea pe care o poate asigura sistemului parteneriatul public – privat.
- Deși Legea nr.17 privind asistența socială a persoanelor vârstnice a intrat în vigoare în anul 2000, până în prezent se observă **o slabă dezvoltare a serviciilor pentru vârstnici comparativ cu alte categorii defavorizate (copii, persoane cu handicap) și o slabă dezvoltare a structurilor la nivelul autorităților publice locale**(nu există serviciu destinat persoanelor vârstnice în cadrul direcțiilor de asistență socială județene).
- **Infrastructura este insuficient dezvoltată**și nu asigură condițiile pentru ca partenerii să poată coopera eficient în beneficiul persoanelor vârstnice aflate în dificultate.
- O problemă cu care se confruntă sistemul de asistență socio-medicală pentru persoane vârstnice este **lipsa specialiștilor**, care ar trebui să evalueze persoanele vârstnice inițial și periodic și să facă recomandări pentru întocmirea planului individual de intervenție.
- Structura de personal a unităților publice și private este incompletă, **lipsind cel mai adesea specialiști precum: îngrijitori, ergoterapeuți, kinetoterapeuți, medici.** Lipsa acestora ne-a fost semnalată deopotrivă de către furnizorii publici, cât și de către cei privați **în corelație cu categoriile de servicii care ar mai fi necesare (evaluare, monitorizare, terapie ocupațională, servicii medicale și servicii de îngrijiri stomatologice).**
- **Echipe multidisciplinare nu funcționează** astfel încât de cele mai multe ori evaluarea, decizia și implementarea îngrijirii sunt fracționate fără ca specialiștii să comunice.
- Furnizorii de servicii socio-medicale la domiciliu sesizează ca principale greutăți cu care se confruntă: **lipsa spațiilor** în care să își desfășoare activitatea și **lipsa fondurilor** pentru susținerea programelor. *Totuși se observă disponibilitatea sectorului public de a acorda sprijin logistic partenerilor privați.*
- **Repartizarea furnizorilor la nivel national este inegală**, oferta de servicii fiind mult mai redusă pentru localitățile mici și pentru cele rurale, în care sunt active doar organizațiile neguvernamentale, iar instituțiile publice nu au decât în mică măsură organizate servicii de îngrijire pentru vârstnici. Această discrepanță trebuie avută în vedere la elaborarea strategiilor de politică socială și la distribuirea fondurilor de la bugetul de stat, care pot compensa fondurile deficitare ale bugetelor locale incapabile să susțină și să promoveze programe de asistență socială.
- În România **nu au fost încă dezvoltate programe de reinserție și de menținere a unei vieți active și a unei participări sociale semnificative a persoanelor vârstnice.** Din acest punct de vedere îngrijirea persoanelor vârstnice ar putea să capete noi valențe incluzând și programe de socializare, divertisment, culturale sau sportive în paralel cu cele de îngrijire socio-medicală și medicală.
- Considerăm ca **un element pozitiv implicarea voluntarilor în activitățile de îngrijire la domiciliu a persoanelor vârstnice**, cu prioritate de către organizațiile neguvernamentale ca efect și al noilor prevederi legislative care stimulează solidaritatea socială în raport cu persoanele de vârstă a treia aflate în situații de risc.
- Deși **personalul este insuficient**, furnizorii de servicii comunitare pentru vârstnici își desfășoară activitatea cu personal specializat care beneficiază de formare continuă în cadrul instituției sau cu voluntari care au fost calificați.
- Un aspect pozitiv este și faptul că atât organizațiile neguvernamentale, cât și sectorul public **au identificat o serie de mijloace de popularizare a propriilor activități desfășurate în beneficiul vârstnicilor**, dar considerăm că ar fi mult mai utilă o apropiere directă de comunitate prin vizite la domiciliu, benefică mai ales acelor persoane greu deplasabile și pentru care nevoia de comunicare este majoră;  
**aspecte legislative :**
- **Legea nr.17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice prezintă o serie de lacune deoarece nu acoperă întreaga problematică a vârstei a treia, iar prevederile sale nu sunt puse în aplicare corespunzător.**
- **Legislația în domeniul sanitar** nu încurajează furnizorii de servicii medicale pentru a încheia contracte cu casele județene de asigurări de sănătate, iar sumele decontate de către acestea sunt considerate insuficiente pentru acoperirea costurilor.

- **Legislația în domeniul financiar nu încurajează transferurile între sectorul public și cel privat.**

*Propunerile* pentru îmbunătățirea activității, așa cum au rezultat din practica furnizorilor de servicii publice și privați, sunt următoarele:

- ***Extinderea parteneriatul public-privat:***
- **Creșterea nivelului subvențiilor alocate asociațiilor și fundațiilor** în temeiul Legii nr. 34/1998 pentru înființarea și administrarea unităților de îngrijiri la domiciliu destinate persoanelor vârstnice, în vederea extinderii rețelei și îmbunătățirii calității serviciilor acordate prin programele derulate de către acestea;
- **Încurajarea sponsorizărilor** oferite de persoane juridice ori fizice pentru finanțarea și dotarea instituțiilor de asistență socială și a organizațiilor neguvernamentale;
- **Dezvoltarea culturii filantropice la nivelul agenților economici și responsabilizarea societății civile.**
- ***În plan legislativ:***
- **Îmbunătățirea legislației privind drepturile persoanelor vârstnice având ca priorități : redefinirea persoanei vârstnice și a drepturilor sociale** ale persoanei vârstnice în raport cu prevederile existente la nivel european, **clarificarea termenului de “nevoie” și a “criteriilor de evaluare”** a situației medico-sociale a persoanei vârstnice;
- **Corelarea actelor normative în domeniul social cu cele din domeniul sanitar** pentru o coordonare și finanțare comună.
- Elaborarea unor **ordine comune ale Ministerului Sănătății Publice și Ministerului Muncii, Familiei și Egalității de Șanse**, care să reglementeze acordarea asistenței medicale și socio-medicale la domiciliu și să stabilească responsabilitățile și cooperarea între cele două domenii.
- **Elaborarea metodologiei de evaluare a serviciilor de îngrijire la domiciliu și în regim rezidențial.**
- ***În plan financiar:***
- Identificarea de **noi surse de finanțare**;
- Atragerea de **fonduri din sectorul privat**;
- **Scutirea de taxe și impozite** pentru activitățile de asistență socială destinate persoanelor vârstnice;
- **Încurajarea sponsorizărilor** oferite de persoane fizice sau juridice prin modificări aduse Legii nr. 32/1992;
- **Mărirea volumului 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 serviciilor acordate prin programele derulate de către acestea;
- Susținerea costurilor pentru programele de îngrijire la domiciliu și rezidențiale prin **subvenții de la bugetul de stat**, deoarece descentralizarea a avut efecte negative asupra asistenței sociale în mediul rural și în zonele defavorizate ale țării unde bugetul local este mic.
- ***Resurse umane:***
- **Atragerea continuă de specialiști**;
- Organizarea de **schimburi de experiență și formare continuă**;
- **Extinderea rețelei de îngrijitori la domiciliu**;
- **Recunoașterea asistentului medical ca furnizor de servicii medicale independente**;
- **Definirea profesiilor sociale în domeniul îngrijirii persoanelor vârstnice** prin implicarea mai multor autorități competente: Ministerul Muncii, Familiei și Egalității de Șanse, respectiv Ministerul Sănătății Publice și Ministerul Educației;
- ***Servicii și infrastructura:***
- **Implementarea unui sistem de îngrijiri de lungă durată** ca o componentă importantă pentru dezvoltarea pilonului III al strategiei în domeniul persoanelor vârstnice.

- **Extinderea anumitor tipuri de servicii și prestatii**, care răspund nevoilor individuale ale persoanelor vârstnice, exemplu: “cantina pe roți”, farmacia socială, asistență stomatologică, terapie ocupațională, cluburi pentru persoane vârstnice etc;
- **Extinderea și reabilitarea centrelor de zi;**
- **Înființarea de centre de ergoterapie** în parteneriat public-privat;
- **Înființare de cluburi pentru persoanele vârstnice;**
- Extinderea și dezvoltarea **serviciilor comunitare - integrate** de asistență medico-socială la domiciliu;
- Dezvoltarea unui **sistem complex de servicii socio-medicale** pentru vârstnici;
- **Îmbunătățirea colaborării cu casele de sănătate** și celelalte institutii medicale (unități medico-sociale, spitale, centre de diagnostic etc);
- **Acordarea de spații de către autoritatile publice locale** prin redirectionarea scopului;
- **Dotarea furnizorilor de servicii cu echipamente și aparatură medicală** necesare desfășurării activității;
- Introducerea unor **facilități în vederea promovării și stimulării îngrijirii la domiciliu a persoanelor vârstnice;**
- Reglementarea unui **sistem unitar de evaluare a nevoilor și a gradului de dependență** a persoanelor vârstnice;
- Reglementarea unei **autorități care să monitorizeze sistemul de servicii sociale, socio-medicale și medicale pentru persoane vârstnice** la nivel național;
- **Introducerea unui sistem de monitorizare a cazurilor sociale** la nivel local pentru o mai bună evaluare a nevoilor comunității;
- ***Implicarea comunității în acțiunile sociale:***
- Intensificarea propagandei de **sensibilizare a opiniei publice** vis-a-vis de problematica vârstei a treia;
- **Diversificarea formelor de informare a persoanelor vârstnice** cu privire la dreptul de a beneficia de îngrijire la domiciliu în condițiile legii;
- **Implicarea mai intensă a factorilor sociali** pe plan local pentru apărarea drepturilor persoanelor vârstnice;
- **Promovarea voluntariatului și a culturii filantropice;**
- **Promovarea participării la viața socială a persoanelor vârstnice și a sprijinului intragenerațional.**