

Îngrijirea de lungă durată a persoanelor vârstnice

2018

Cuprins

INTRODUCERE	3
1. ÎMBĂTRÂNIREA DEMOGRAFICĂ ȘI INCIDENȚA DEPENDENȚEI	4
2. DEFINIREA ÎNGRIJIRII PE TERMEN LUNG.	8
3. ACORDAREA SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRE DE LUNGĂ DURATĂ PENTRU PERSOANELE VÂRSTNICE.	12
3.1. Scurt istoric.	12
3.2. <i>Modelul german de organizare și funcționare al îngrijirilor de lungă durată.</i>	14
3.3. <i>Sistemul de îngrijiri pentru persoane vârstnice în România.</i> .	19
3.3.1. <i>Cadrul legislativ.</i>	19
3.3.2. <i>Voluntariatul în sprijinul persoanelor vârstnice.</i>	30
3.3.3. <i>Dezvoltarea politicilor naționale.</i>	32
4. CONCLUZII ȘI PROPUNERI.	35
BIBLIOGRAFIE.	51

INTRODUCERE

Dezbaterea la scară europeană privind gestionarea schimbărilor demografice pune accentul, îndeosebi, pe solidaritatea între generații. Raportul procentual între generația tânără, generația de vârstă medie și generația vârstnică se modifică permanent, iar proporția persoanelor vârstnice crește din ce în ce mai mult. Aceste fapte ridică o serie de întrebări cu privire la solidaritatea între generații și la coexistența acestora. Stilul de viață actual și diviziunea muncii (îndeosebi în mediul urban) afectează relațiile dintre generații, slăbind și modificând considerabil legăturile dintre acestea. Din ce în ce mai des, diferitele generații sunt tratate separat, din perspectiva drepturilor pe care le-au dobândit. O reacție greșită ar putea duce chiar la un conflict între generații.

În acest context, principalele teme de interes sunt:

- 1) *solidaritatea între generații* în ceea ce privește asistența medicală, viața familială și problemele de locuire;
- 2) *îngrijirea pe termen lung a persoanelor vârstnice*.

Garantarea accesului universal la servicii de îngrijire de lungă durată și a viabilității financiare a sistemelor de îngrijire de lungă durată pentru persoanele vârstnice devin priorități la nivelul statelor membre ale Uniunii Europene.

Tema „îngrijirii de lungă durată” se numără printre provocările principale pentru politicile sociale, cu care se confruntă toate țările Uniunii Europene. Instituțiile europene au inclus această temă în numeroase inițiative și au promovat schimbul reciproc de experiență în special prin **metoda coordonării deschise** acordând cea mai mare importanță implicării partenerilor sociali și actorilor societății civile. Rapoartele elaborate în acest context de fiecare stat în parte arată că, în ciuda situațiilor inițiale și a condițiilor-cadru diferite, în cele mai multe țări provocările sunt similare, iar rezultatele sunt mult diferite.

Capitolul 1

ÎMBĂTRÂNIREA DEMOGRAFICĂ ȘI INCIDENȚA DEPENDENȚEI

Evoluția demografică din Europa este foarte bine documentată prin intermediul studiilor de specialitate. Îmbătrânirea populației rezultă din creșterea ponderii persoanelor în vârstă și foarte în vârstă în totalul populației, ceea ce duce la noi modele de morbiditate și mortalitate, precum și o creștere a bolilor cronice. Îmbătrânirea demografică și prevalența bolilor cronice la grupurile mai în vârstă, afectează în mod evident cererile viitoare de asistență pe termen lung. Nevoia de îngrijire pe termen lung tinde să crească semnificativ o dată cu vârsta, manifestând un indice mai mare al dependenței și dizabilității cu cât indivizii îmbătrânesc.

Cel mai important element în adresarea unor nevoi viitoare de servicii de asistență pe termen lung (atât formală cât și informală) este ponderea numărului de ani petrecuți în stare bună de sănătate raportat la speranța de viață sau statusul general de sănătate al populației vârstnice.

Într-adevăr, de vreme ce dezvoltarea demografică duce la creșterea longevității populației, o provocare serioasă este și prevenirea îmbolnăvirii la bătrânețe prin măsuri care să conducă la întârzierea instalării dizabilităților sau a dependenței.

Dezvoltarea demografică crește presiunea asupra sistemelor de îngrijire pe termen lung pentru a furniza servicii medicale acoperitoare și satisfăcătoare calitativ și cantitativ, dar și servicii sociale mai eficiente.

Îmbătrânirea demografică obligă o regândire a locului ocupat în cadrul societății de către aceste persoane din ce în ce mai numeroase. Tranziția demografică și epidemiologică va duce la schimbări considerabile în ceea ce privește nevoile de sănătate ale populației. Peste tot se înregistrează o creștere în cererea și nevoia de îngrijire pe termen lung.

Aceste tendințe reflectă două procese interdependente. Primul face referire la factorii care duc la creșterea prevalenței îngrijirii pe termen lung în

rândul populației. Al doilea implică incapacitatea sistemelor informale de a răspunde acestor nevoi, având în vedere că funcțiile familiei tradiționale se preschimbă în confruntarea cu provocări din ce în ce mai mari.

Datorită creșterii speranței de viață, numărul persoanelor de vârstă foarte înaintată (peste 80 de ani) se va majora puternic în societatea noastră. În anii 2025, respectiv 2050, numărul vârstnicilor, la nivel mondial, va ajunge la 1,2 miliarde, respectiv 2 miliarde, cu 241,0%, respectiv 462,8% mai mult decât în 1975, reprezentând 15,1%, respectiv 21,7% în totalul populației, față de 8,6% în 1975.

În același timp, din ce în ce mai multe persoane vârstnice trăiesc singure pentru că membrii familiei lor s-au mutat în altă parte sau pentru că au rămas văduve. Încurajată în alte domenii ale politicii europene sau naționale, mobilitatea, inclusiv cea transfrontalieră, reprezintă o provocare suplimentară pentru îngrijirea de lungă durată.

Raportul ONU menționează că țările din Europa, ca urmare a menținerii indicelui conjunctural al fertilității sub nivelul de înlocuire (de circa 2,1 născuți-vii la o femeie de vârstă fertilă - 15-49 ani), vor înregistra scăderi ale numărului populației. Europa de Est va fi cea mai afectată de această tendință demografică, numărul locuitorilor putând scădea cu peste 15% în Bulgaria, Croația, Letonia, Lituania, Polonia, Republica Moldova, România, Serbia și Ucraina. Creșterea populației la nivel mondial este însoțită de o schimbare a structurii pe vârste a populației. Reducerea globală a natalității și scăderea numărului de copii, în paralel cu sporirea constantă a numărului vârstnicilor, duc la schimbarea echilibrului dintre generații. La nivel mondial numărul persoanelor vârstnice de 60 de ani și peste se va dubla până în anul 2050. Pe plan mondial, în prezent, Europa are cea mai mare pondere a populației de 60 de ani și peste (25%), iar până în 2050 aceasta va crește la 35%.

Populația de 80 de ani și peste se va tripla, ajungând de la 137,0 milioane locuitori în anul 2017 la 425,0 milioane locuitori în anul 2050. Indicele conjunctural al fertilității, adică numărul de copii născuți de o femeie în cursul vieții sale fertile, în anul 2015 a fost de 1,57 copii la o femeie de vârstă fertilă (15 - 49 ani), deci sub 2,1 copii, valoarea care ar asigura simpla înlocuire în

timp a generațiilor. ("Proiectarea populației României, în profil teritorial, la orizontul anului 2060", INS, 2017)

Din cauza natalității scăzute, se reduce potențialul de susținere între generații (raportul dintre persoanele care pot acorda îngrijire și persoanele care o necesită, adică potențialul de îngrijire în familie) și în același timp devine din ce în ce mai greu să se satisfacă nevoia de personal de îngrijire calificat pe piața forței de muncă.

Un alt aspect este cel al transformărilor demografice și sociale, și anume schimbarea structurii familiale și creșterea numărului de femei încadrate în muncă, multe cazuri în care îngrijirea era în trecut acordată de familie, și mai ales de femei, ceea ce nu va mai fi posibil în viitor, sau nu în aceeași măsură¹.

Posibilitățile mai bune oferite de medicină reprezintă un factor esențial pentru ridicarea speranței de viață și pentru îmbunătățirea calității vieții. Deseori, tratamentele medicale pot mări considerabil speranța de viață, fără însă a garanta vindecarea. De aceea, sunt tot mai frecvente bolile cronice și bolile lungi, care necesită îngrijire prelungită.

În acest context, o provocare deosebită provine din numărul în creștere al cazurilor de demență, necesitând un timp de îngrijire îndelungat și costuri mari de îngrijire, ca și din cel al cazurilor de depresie la persoanele vârstnice, asociată deseori cu demența și prezentând provocări asemănătoare pentru îngrijire. Din acest motiv, sunt necesare programe și instituții specializate, în care aceste persoane să poată fi îngrijite cu demnitate și respect. Acest lucru devine și mai important dacă avem în vedere că riscul de a se îmbolnăvi de demență crește proporțional cu speranța de viață. În același context, este îngrijorătoare și problematica prezentată de creșterea ratei sinuciderilor în rândul persoanelor vârstnice.

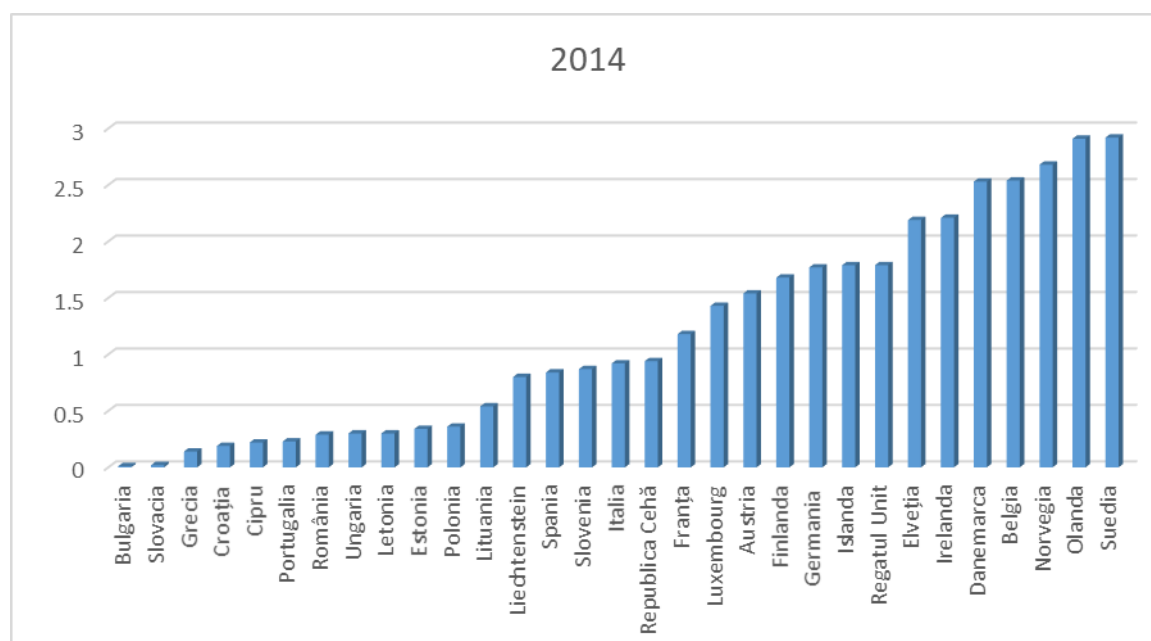
Pe măsură ce noi generații devin dependente de îngrijire, pe lângă condițiile-cadru sociale se schimbă și mentalitatea, pretențiile și însuși

¹ Avizul Comitetului Economic și Social European din 14.3.2007 privind familia și evoluția demografică; raportor: dl Buffetaut (JO C 161 13.7.2007).

capacitățile celor care au nevoie de îngrijire. Elaborarea abordărilor viitoare trebuie să țină seama de această dinamică.

Conform datelor publicate de Eurostat sumele alocate și cheltuite pentru acordarea serviciilor de îngrijire de lungă durată variază și ne relevă gradul de interes acordat acestor activități de suport atât de importante pentru persoanele vârstnice dependente.

**Ponderea cheltuielilor pentru îngrijirea de lungă durată,
ca procent din PIB***



*sursa: Eurostat

În anul 2014 România se afla la extremitatea minimă a cheltuielilor, cu doar 0,29% din PIB, sub acest nivel situându-se țări precum Bulgaria, Slovacia, Grecia, Cipru și Portugalia. Printre țările, care acordă o importanță deosebită îngrijirilor de lungă durată, alocând fonduri în consecință regăsim : Suedia, pe primul loc, Olanda și Norvegia, cu valori între 2,92 -2,54% din PIB.

DEFINIREA ÎNGRIJIRII PE TERMEN LUNG

Îngrijirea pe termen lung face referire la gama de servicii pentru persoanele de toate vârstele care au o anumită dependență în a se îngriji. Dependența duce la necesitatea unei largi game de servicii, care sunt concepute pentru a compensa capacitatea limitată a unor persoane de a desfășura activități zilnice.

Dependența mai poate duce și la dificultăți în accesul la serviciile furnizate de sistemele de sănătate, cât și la imposibilitatea de a avea un stil de viață sănătos. De asemenea apare dificultatea sau chiar imposibilitatea satisfacerii unor nevoi sociale, mai ales în ceea ce privește menținerea unor relații sociale.

Se constată unele probleme de sănătate specifice, deoarece la baza acestei dependențe poate sta o singură boală sau mai multe afecțiuni coroborate. Cele mai evidente și invalidante sunt mobilitatea redusă și deprecierea cognitivă care adesea afectează abilitatea persoanelor de se îngriji singure.

Foarte important în îngrijirea acestor persoane dependente este rolul familiei, dar în societatea modernă nevoia îngrijirii acestei dependențe se lovește de diversele disfuncții ale familiei și de natura relațiilor din cadrul ei. Relațiile dintre persoana care are nevoie de ajutor și familia sa, dar și cele dintre membrii familiei, trebuie gestionate de către toți factorii implicați. Pe lângă gestionarea îngrijirii, dependența funcțională are consecințe emoționale nu doar asupra persoanei dependente, dar și asupra membrilor familiei.

Dependența necesită o nevoie semnificativă de informare, îndrumare și educație pentru persoana suferindă și familia sa. Și acestea conduc către necesitatea unei game complexe de servicii.

Îngrijirea pe termen lung poate fi realizată la domiciliu sau poate fi instituționalizată. Îngrijirea la domiciliu poate avea loc fie în casă, fie în cadrul comunității aflate în afara locuinței.

Este necesar să facem distincția între două tipuri de servicii de îngrijire la domiciliu:

- *îngrijirea relaționată cu sănătatea*, ceea ce numim servicii medicale la domiciliu;
- *îngrijire relaționată cu activitățile zilnice*, precum îngrijirea personală (mâncatul, îmbăiatul, etc.) și gospodărirea (curățenia, pregătirea hranei, etc.).

Îngrijirea pe termen lung poate fi furnizată de către îngrijitori formali, ceea ce se numește îngrijire plătită, și îngrijire informală realizată de către persoane care nu sunt plătite pentru serviciile lor (membri ai familiei, vecini, voluntari).

Serviciile de îngrijire formală pot fi furnizate de către instituții guvernamentale, de organizații neguvernamentale locale, naționale sau internaționale (ONG) sau de organizații private bazate pe profit.

De cele mai multe ori, îngrijirea formală este desfășurată de către profesioniști recunoscuți (de exemplu, asistenți medicali, doctori și asistenți sociali) și /sau de către para-profesioniști (îngrijitori personali).

Îngrijirea informală cuprinde îngrijirea de către membri familiei (nucleu sau extinse) vecini, prieteni și voluntari independenți, precum și prin intermediul voluntariatului organizat de către organizații, ca de exemplu, grupurile religioase.

Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OECD) a definit expresia *îngrijire pe termen lung* precum „**probleme de politici transversale care întrunesc o gamă de servicii pentru persoanele care sunt dependente de ajutorul acordat în desfășurarea activităților de zi cu zi (ADLs²)**”. Elemente de îngrijire pe termen lung includ reabilitarea, servicii medicale de bază, îngrijirea la domiciliu, îngrijire socială, gospodărire și servicii precum transportul, prepararea hranei, activități ocupaționale, dar care includ și activități instrumentale zilnice (IADLs³).

Îngrijirea pe termen lung este de obicei asigurată persoanelor cu dizabilități fizice sau mentale, bătrânilor cu o stare de sănătate delicată și

² ADLs: Activități de Rutină Zilnică (Activities of Daily Living) care fac referire la acele sarcini pe care o persoană le îndeplinește zilnic precum a mânca, a-și face baie, a se așeza pe pat sau a se ridica de pe un scaun etc;

³ IADLs (Instrumental activities of daily living) activități instrumentale zilnice sunt activitățile care se relaționează cu conviețuirea independentă și include pregătirea meselor, administrarea banilor, cumpărarea alimentelor sau a obiectelor personale, realizarea de sarcini ușoare sau grele prin casa, folosirea telefonului;

grupurilor care au nevoie de ajutor să-și desfășoare activități de rutină zilnică. Îngrijirea pe termen lung se întâlnește cu deosebire în segmentul de persoane cu vârstă înaintă care poate fi afectat cu mai multă ușurință de afecțiuni cronice ce pot duce la dizabilități fizice sau mentale.

Totuși, statele membre folosesc individual o varietate de definiții care nu întotdeauna sunt asemănătoare. Sunt variații în determinarea duratei șederii, identificării destinatarilor serviciilor și a taxonomiilor disponibile în definirea serviciilor asigurate pe termen lung. Demarcarea dintre asigurarea de sănătate (componentă medicală) și asistența socială (componentă nonmedicală) este adesea dificilă. La fel se poate spune și despre serviciile de reabilitare și timpul petrecut în spital (îngrijire acută) sau într-un institut înainte de a fi de acord cu anumite state care susțin în mod clar o durată mai mare de reabilitare decât internările în spitale sau instituții. În plus, diferă în evaluarea dependenței și a scopului, fie dacă sprijinul trebuie acordat prin intermediul altor persoane sau sub formă de beneficii financiare. De asemenea, prevalează demarcarea generală între rolul sectorului public, privat și familia beneficiarului acestor servicii.

Îngrijirea pe termen lung este adesea definită ca o varietate de servicii sociale și de sănătate furnizate pentru o perioadă în curs de desfășurare sau extinsă, persoanelor care au nevoie de asistență datorită unor dizabilități mentale sau fizice⁴.

Aceste diferențe sunt rezultatul unor multiple variații în ceea ce privește serviciile pe termen lung, organizarea și rolul lor din cadrul sistemelor de protecție socială. În unele țări, îngrijirea pe termen lung este adesea asociată cu noțiunea de „îngrijire continuă” sau o abordare integrată care include elemente ale altor politici publice de sănătate, cum ar fi măsuri preventive, îmbătrânire activă, împuternicirea cu autonomie, asistență socială, servicii de sănătate și îngrijire paliativă.

Îngrijirea pe termen lung se întrepătrunde adesea cu alte sfere ale politicilor sociale, respectiv combaterea excluziunii sociale, asigurarea securității sociale, atât pentru îngrijitorii formali cât și informal, angajare și politici de educare / formare.

⁴ Observatorul OECD 2007, “Îngrijirea pe termen lung: o provocare complexă”.

ACORDAREA SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRE DE LUNGĂ DURATĂ PENTRU PERSOANELE VÂRSTNICE

3.1. Scurt istoric

Una din principalele obiective ale sistemelor de protecție socială din statele membre ale Uniunii Europene este de a asigura accesul tuturor cetățenilor la servicii de sănătate de înaltă calitate. Larga răspândire a serviciilor împotriva îmbolnăvirii și invalidității, pe lângă alți factori cum sunt creșterea standardului de viață, îmbunătățirea condițiilor de locuire și sporirea educației sanitare, reprezintă principalele motive care au dus la îmbunătățirea sănătății europenilor.

Dezvoltarea sistemelor de protecție socială a redus considerabil riscul sărăcirii, adesea asociat cu îmbolnăvirea, îmbătrânirea sau accidentarea, și a adus o contribuție semnificativă la îmbunătățirea stării de sănătate a populației Europei în ultimele decenii. De asemenea, această dezvoltare a făcut posibilă protejarea indivizilor de consecințele financiare ale îmbolnăvirii și în același timp susținerea descoperirilor din medicină. Îmbunătățirile în domeniul sănătății populației europene se regăsesc în creșterea speranței de viață și a unei bune stări de sănătate de-a lungul vieții. Nivele înalte de protecție împotriva riscului de îmbolnăvire și dependența sunt bunuri vitale ce trebuie prezervate și adaptate preocupărilor lumii moderne, în mod special a îmbătrânirii demografice.

În lumina acestor informații, statele membre ale Uniunii Europene au demarat modernizarea sistemelor sale sociale de protecție. Scopul protecției sociale este de a acoperi, la nivelul întregii societăți, costurile care adesea depășesc mijloacele materiale individuale sau ale familiei, de a se asigura că plata serviciilor de sănătate nu duce la sărăcie și că și cei care au un venit mic pot avea acces cel puțin la servicii primare de îngrijire. Aceasta s-a obținut folosindu-se o gamă largă de servicii - bazate pe asigurare sau pe furnizarea directă de servicii – a cărei responsabilitate cade asupra statelor membre.

Prin natura ei, îmbătrânirea demografică nu reprezintă în mod obligatoriu o creștere a cererii pentru servicii de îngrijire pe termen lung, ci de

fapt incidența invalidității și a dependenței asociate cu creșterea speranței de viață sunt cele care necesită îngrijire pe termen lung.

Consiliul European de la Lisabona din Martie 2000 a subliniat că sistemele de protecție socială au nevoie să fie reformate pentru a putea să continue furnizarea serviciilor de sănătate de bună calitate, având în vedere situația demografică și perspectivele unei mai mari necesități a îngrijirii pe termen lung.

Rolul sistemelor de sănătate în combaterea riscului de îmbolnăvire și contribuția la coeziune socială și angajare, a fost recunoscută de ceva vreme de Uniunea Europeană. Metoda Deschisă de Coordonare (OMC) s-a extins asupra ariilor sănătății și îngrijirii pe termen lung, stabilind în anul 2004 un cadru comun pentru sprijinirea modernizării sistemelor de protecție socială a statelor membre.

Conferința președinților de la Luxemburg din 2005 cu tema „Îngrijirea pe termen lung a persoanelor vârstnice”, a subliniat că găsirea unor multiple căi de diminuare a riscului social ține în mod inerent de responsabilitatea publică și prin urmare aici trebuie să intervină statele membre.

Conferința comună a Comisiei Europene și a Asociației Americane a Persoanelor Pensionare (AARP) ⁵ din septembrie 2006, „Schimbul transatlantic în ceea ce privește îngrijirea pe termen lung”, stabilea că trebuie să ne așteptăm la cereri de îngrijire pe termen lung dat fiind rata crescută a longevității populației atât în U.E. cât și în S.U.A.

Cererea în continuă creștere pentru îngrijire pe termen lung reprezintă o politică provocatoare pentru multe țări având în vedere că fondurile existente sunt considerate insuficiente și inadecvate satisfacerii nevoilor prezente și viitoare pentru ca să se asigure condiții decente de viață beneficiarilor acestor servicii.

Conștientizarea că nu există un sistem amplu pentru acordarea de servicii de îngrijire pe termen lung atât în S.U.A., cât și în multe țări europene, a determinat un angajament ferm din partea țărilor U.E. pentru asigurarea accesului universal la servicii de calitate.

⁵ AARP este cea mai mare organizație pentru persoane vârstnice din Statele Unite ale Americii și este abilitată să facă recomandări către Națiunile Unite pentru a se asigura că interesele acestor persoane nu sunt ignorate în documentele oficiale.

3.2. Modelul german de organizare și funcționare al îngrijirilor de lungă durată

În ianuarie 1995 a fost introdusă Legea socială XI 1 privind asigurarea germană de îngrijire pe termen lung, statuată ca o parte independentă a securității sociale din Germania. În cadrul "Sozialgesetzbuch⁶", se prevăd comisioane financiare pentru riscul necesității de îngrijire. Asigurarea de îngrijire pe termen lung a fost introdusă ca al cincilea pilon al asigurărilor sociale după asigurarea de sănătate, accidente de muncă, pensiile și asigurările de șomaj. Acest al cincilea pilon este finanțat de fondul de îngrijire, care a fost construit pentru toate asigurările individuale de sănătate.

Persoana asigurată

Persoanele asigurate obligatoriu și cele asigurate voluntar din asigurările de sănătate publică sunt incluse obligatoriu și la asigurările sociale. Persoanele asigurate voluntar au posibilitatea să treacă la asigurarea de îngrijire privată, care include și persoanele asigurate integral de asigurările private de sănătate. Soțul /soția și copiii membrilor asistenței sociale au dreptul la o asigurare de familie gratuită. Cu acest sistem, a fost introdusă o acoperire pentru întreaga populație.

Finanțare

Odată cu introducerea asigurării de îngrijire, riscul de îngrijire medicală a fost recunoscut ca un risc general de viață. Acesta este un sistem de bugetare ceea ce înseamnă că, în funcție de nivelul de îngrijire, oamenii primesc o sumă fixă care este plătită de asiguratorii ca ajutor, indiferent de evoluția prețurilor pentru astfel de servicii. Valoarea taxei se bazează pe rata contribuției și pe venitul evaluabil al membrilor. La apariția legii pentru persoanele asigurate public, rata contribuției era de 1,7% din valoarea brută a salariilor sau pensiilor până la o sumă maximă de 4.012,50 € pe lună. Persoanele fără copii care au 23 de ani sau mai mult trebuie să plătească o rată majorată la 1,95%. Aceste prevederi s-au aplicat în mod egal tuturor cetățenilor Germaniei începând cu data de 1 iulie 1996. Membrii familiei se află într-o asigurare necontributivă în cazul în care acoperirea familială este

⁶ Codul social.

eligibilă pentru asigurarea de sănătate. La doisprezece ani de la introducerea, îngrijirea pe termen lung a fost reformată pentru prima dată în 2008. Legea prevedea, printre altele, extinderea serviciilor. Rata de membru pentru îngrijirea pe termen lung a fost majorată, la 1 iulie 2008, cu 0,25%, astfel rata de îngrijire a ajuns la 1,95%, iar pentru persoanele fără copii de 23 de ani și peste, la 2,2%. Primele de îngrijire mai mari au fost considerate suficiente până în 2014. După aceasta, ratele de întreținere au fost ajustate în raport cu creșterea prețurilor la fiecare 3 ani.

Condiții de eligibilitate

În principiu, legiuitorul impune combinarea a două condiții în cazul dreptului la prestație. Pe de o parte, pacienții trebuie să necesite asistență atât pe partea de îngrijire, cât și în gospodărie. Pe de altă parte, asistența externă trebuie să fie necesară în mod regulat și permanent. Dacă oricare dintre aceste condiții nu este îndeplinită, nu se efectuează nicio plată. Nevoia obișnuită de asistență înseamnă că este nevoie de îngrijire cel puțin o dată pe săptămână. Permanent înseamnă că nevoia de îngrijire există mai mult de șase luni. "Durata reală nu este importantă, ci prognoza, perspectiva". De asemenea, persoanele care au nevoie de îngrijire trebuie să îndeplinească cerințele formale. Pacienții trebuie să fie asigurați în asigurările de sănătate obligatorii sau private și trebuie să se afle în asigurările de îngrijire cu contribuții sau necontributive și să solicite asistență medicală. Pentru a aplica la acest lucru, persoana în cauză trebuie să aibă o asigurare prealabilă de aproximativ cinci ani într-un fond de îngrijire.

Beneficiile și nivelurile de îngrijire

Beneficiile de îngrijire în cadrul asigurării sunt prevăzute în trei etape, denumite niveluri de îngrijire și servesc la clasificarea nevoilor de îngrijire a persoanei dependente. Raportul de asistență medicală este întocmit de serviciul medical al asigurărilor de sănătate, care examinează asiguratul în mediul său de viață. Nivelurile de îngrijire sunt organizate după cum urmează:

- **Nivelul de îngrijire I:** necesitatea de asistență pentru cel puțin 90 de minute pe zi cu nevoi de îngrijire de bază de cel puțin 45 de minute pe zi.

- **Nivel de îngrijire II:** nevoia de asistență trebuie să fie de cel puțin 180 de minute pe zi, cu nevoi de îngrijire de bază de cel puțin 120 de minute pe zi.
- **Nivelul de îngrijire III:** nevoia de asistență este necesară pentru cel puțin 300 de minute pe zi, cu nevoi de îngrijire de bază de cel puțin 240 de minute pe zi.
- **Caz dificil:** fondul de îngrijire poate oferi mai multe servicii, în conformitate cu beneficiile de îngrijire și îngrijire în spitale.

Dacă este nevoie de îngrijire personală sub pragul necesar de cel puțin 90 de minute pe zi, nu există beneficii în cadrul acestui sistem de asigurări de îngrijire de lungă durată. Ajutoarele tehnice și cursurile de îngrijire nu sunt înscrise în buget, pentru a preveni ca asigurarea de îngrijire să fie transformată în asigurare deplină, contribuțiile să fie menținute stabile, iar cheltuielile pentru dezvoltare să poată fi controlate.

Îngrijirea la domiciliu

Ca și nivelurile de îngrijire, serviciile sunt, de asemenea, clasificate.

Îngrijirea la domiciliu poate fi împărțită în **patru categorii**:

- Primul grup este așa-numita **indemnizație de îngrijire**, o prestație lunară în numerar pentru îngrijitorii privați organizați, cum ar fi membrii familiei care nu sunt în prezent angajați.
- A doua opțiune este **prestația de îngrijire în natură**. Serviciul de îngrijire ambulatorie pentru îngrijirea la domiciliu, care este selectat de către pacient, este subvenționat.
- În plus, **combinația dintre fondul de îngrijire și beneficiile de îngrijire este posibilă**. În acest caz, beneficiile asistenței medicale pentru îngrijirea la domiciliu pot fi percepute drept costuri materiale. De asemenea, partea curentă a sumei maxime poate fi revendicată ca prestație în numerar pentru îngrijitorii medicali.
- **Îngrijirea parțială este un sprijin temporar în timpul zilei într-o instituție**. Beneficiile sunt identice cu cele ale îngrijirii în natură.

3.3.Sistemul de îngrijiri pentru persoane vârstnice în România

3.3.1. Cadrul legislativ

Persoanele vârstnice reprezintă o categorie de populație vulnerabilă cu nevoi particulare, datorită limitărilor fiziologice și fragilității caracteristice fenomenului de îmbătrânire. Persoanele vârstnice, în funcție de situațiile personale de natură socio-economică, medicală și fiziologică, beneficiază de măsuri de asistență socială, în completarea prestațiilor de asigurări sociale pentru acoperirea riscurilor de bătrânețe și de sănătate.

➤ Legislația în domeniul asistenței sociale

Conform prevederilor Legii nr. 292/2011, **familia persoanei vârstnice are obligația de a asigura îngrijirea și întreținerea acesteia**. Obligațiile familiei persoanei vârstnice se stabilesc astfel încât să nu afecteze veniturile considerate a fi minim necesare vieții curente a persoanei /persoanelor obligate la întreținere, precum și a copiilor acesteia /acestora.

În situația persoanei vârstnice singure sau a cărei familie nu poate să asigure, parțial sau integral, îngrijirea și întreținerea acesteia, statul intervine prin acordarea de beneficii de asistență socială și servicii sociale adecvate nevoilor strict individuale ale persoanei vârstnice.

Beneficiile de asistență socială pentru persoanele vârstnice care necesită îngrijire se referă la:

- **indemnizații de îngrijire**, acordate în condițiile legii;
- **alocații sau contribuții** pentru asigurarea calității serviciilor sociale, destinate acoperirii costurilor hranei în cantine sociale, în centrele rezidențiale de îngrijire, precum și pentru susținerea unor suplimente nutriționale;
- **facilități** privind transportul urban și interurban, telefon, radio-tv, achiziția de produse alimentare, bilete de tratament balnear sau pentru recreere, precum și a altor servicii.

În vederea prevenirii, limitării sau înlăturării efectelor temporare ori permanente ale unor situații care pot afecta viața persoanei vârstnice sau pot genera riscul de excluziune socială, persoanele vârstnice au dreptul la **servicii sociale**.

Dreptul de asistență socială se stabilește pe baza anchetei sociale, cu respectarea criteriilor prevăzute în grila națională de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice.

Prin **dependență** se înțelege situația unei persoane care, ca rezultat al pierderii autonomiei din cauze fizice, psihice sau mentale, necesită ajutor semnificativ și /sau îngrijire pentru a realiza activitățile de bază ale vieții de zi cu zi.

Fișa de evaluare sociomedicală (geriatrică) se întocmește ca piesă obligatorie la dosarul persoanei vârstnice care solicită îngrijire la domiciliu.

Serviciile sociale și socio-medicale se asigură fără plata contribuției persoanelor vârstnice care nu au venituri sau ale căror venituri sunt mai mici de 5 ori decât nivelul venitului net lunar luat în calcul la stabilirea ajutorului social pentru o persoană singură.

Persoanele vârstnice care se încadrează în grila națională de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice, îndreptățite să beneficieze de servicii și care realizează venituri ce se situează peste nivelul stabilit de lege, beneficiază de servicii cu plata unei contribuții, în funcție de tipul de servicii acordate și de venitul individual, fără a se depăși costul acestora calculat pentru perioada respectivă. Tipurile de servicii și costul acestora se stabilesc de consiliile locale.

Organizarea serviciilor sociale și socio-medicale revine consiliilor locale, direct sau pe bază de convenții încheiate cu organizații neguvernamentale, unități de cult recunoscute în România ori cu alte persoane fizice sau juridice.

Dreptul la serviciile de asistență socială încetează dacă nu mai sunt îndeplinite condițiile pentru acordarea acestora.

Dacă perioada în care asistența socială a persoanelor vârstnice este temporară, dar nu mai mare de 6 luni, acordarea serviciilor de asistență socială se suspendă prin decizie motivată a celui care a stabilit dreptul. La încetarea suspendării, reluarea acordării serviciilor sau prestațiilor de asistență socială se face pe bază de anchetă socială.

Serviciile comunitare pentru persoanele vârstnice se realizează cu consimțământul acestora și au în vedere:

- a) îngrijirea temporară sau permanentă la domiciliu;

b) îngrijirea temporară sau permanentă într-un cămin pentru persoane vârstnice;

c) îngrijirea în centre de zi, cluburi pentru vârstnici, case de îngrijire temporară, apartamente și locuințe sociale, precum și altele asemenea.

La procesul decizional privind dezvoltarea serviciilor sociale destinate persoanelor vârstnice, autoritățile administrației publice centrale și locale au obligația de a consulta organismele reprezentative ale persoanelor vârstnice, constituite conform legii.

Pentru a identifica și a răspunde cât mai adecvat nevoilor sociale ale persoanelor vârstnice și condițiilor particulare în care aceștia se află, serviciile sociale se organizează cu prioritate la nivelul comunităților locale cu respectarea standardelor de calitate.

Persoanele vârstnice dependente beneficiază de servicii de îngrijire personală acordate în concordanță cu gradul de dependență în care se află și nevoile individuale de ajutor, precum și în funcție de situația familială și veniturile de care dispun.

Evaluarea autonomiei funcționale a persoanelor dependente și stabilirea gradelor de dependență se realizează în baza unor criterii standard, aprobate prin hotărâre a Guvernului. Evaluarea autonomiei funcționale se realizează, de regulă, la domiciliul persoanei, de o echipă mobilă de evaluatori. Evaluarea autonomiei funcționale, în cazul persoanelor asistate în unități sanitare cu paturi, se poate realiza și la patul bolnavului, la solicitarea medicului curant sau a asistentului social angajat al spitalului.

Furnizarea serviciilor de îngrijire se realizează conform planului individualizat de asistență și îngrijire, elaborat de personal de specialitate, în baza recomandărilor formulate de echipa de evaluare.

Acordarea serviciilor de îngrijire personală la domiciliu a persoanelor vârstnice se realizează de către îngrijitorul formal sau informal. Îngrijitorii informali și formali beneficiază de facilități și servicii de suport, indemnizații, servicii de consiliere, servicii de tip respiro și concediu de îngrijire, conform legii.

Îngrijirea în centre rezidențiale a persoanelor vârstnice dependente poate fi dispusă numai în cazul în care îngrijirea la domiciliu a acestora nu este posibilă.

Centrele rezidențiale destinate persoanelor vârstnice pot fi organizate ca:

- a) centre de îngrijire temporară;
- b) centre de îngrijire pe perioadă nedeterminată, respectiv cămine pentru persoane vârstnice;
- c) locuințe protejate, complex de servicii și alte tipuri de centre.

Persoanele vârstnice care dispun de venituri proprii au obligația de a plăti o contribuție lunară pentru asigurarea serviciilor de îngrijire personală la domiciliu și pentru asistarea și îngrijirea în centre rezidențiale, stabilită de către autoritățile administrației publice locale sau furnizorii privați care le administrează.

În situația în care persoana vârstnică nu are venituri sau nu poate achita integral contribuția lunară, suma aferentă acesteia sau diferența până la concurența valorii integrale a contribuției se asigură de către susținătorii legali ai persoanei vârstnice, în conformitate cu nivelul veniturilor acestora, calculat pe membru de familie, în cuantumul prevăzut de lege. Persoanele vârstnice care nu au venituri și nici susținători legali nu datorează contribuția lunară, aceasta fiind asigurată din bugetele locale, în limitele hotărâte de autoritățile administrației publice locale.

Serviciile comunitare acordate persoanelor vârstnice la domiciliu *sunt*:

a) *servicii sociale* privind, în principal, îngrijirea persoanei, prevenirea marginalizării sociale și sprijinirea pentru reintegrarea socială, consiliere juridică și administrativă, sprijin pentru plata unor servicii și obligații curente, îngrijirea locuinței și gospodăriei, ajutor pentru menaj și pentru prepararea hranei;

b) *servicii socio-medicale* privind, în principal, ajutorul pentru realizarea igienei personale, readaptarea capacităților fizice și psihice, adaptarea locuinței la nevoile persoanei vârstnice și antrenarea la activități economice, sociale și culturale, precum și îngrijirea temporară în centre de zi, aziluri de noapte sau alte centre specializate;

c) *servicii medicale*, sub forma consultațiilor și îngrijirilor medicale la domiciliu sau în instituții de sănătate, consultații și îngrijiri stomatologice, administrarea de medicamente, acordarea de materiale sanitare și de dispozitive medicale.

Organizarea serviciilor sociale și socio-medicale revine consiliilor locale, direct sau pe bază de convenții încheiate cu organizații neguvernamentale, unități de cult recunoscute în România, ori cu alte persoane fizice sau juridice în calitate de furnizori de servicii de îngrijire la domiciliu.

Pentru asigurarea îngrijirii la domiciliu a persoanei vârstnice aflate în situația de dependență socio-medicală, stabilită potrivit grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice, consiliile locale pot angaja personal de îngrijire prin plata cu ora, fracțiuni de normă sau normă întreagă, în funcție de perioada de îngrijire necesară a se acorda.

Soțul și rudele care au în îngrijire o persoană vârstnică dependentă pot beneficia de program lunar redus de lucru, de o jumătate de normă, cu suportarea drepturilor salariale pentru cealaltă jumătate de normă din bugetul local, corespunzător salariului brut lunar al asistentului social debutant cu pregătire medie. Timpul cât soțul și rudele au fost încadrate în aceste condiții se consideră, la calculul vechimii în muncă, timp lucrat cu normă întreagă.

Persoanele care acordă îngrijire vârstnicilor sunt acreditate de direcțiile de muncă și protecție socială județene și a municipiului București potrivit metodologiei aprobate prin ordin al ministrului muncii și justiției sociale.

➤ Legislația în domeniul sanitar

Îngrijirile medicale la domiciliu se acordă în conformitate cu legislația privind acordarea asistenței medicale, cu aportul personalului medical de specialitate de nivel mediu și superior. Serviciile de îngrijiri la domiciliu se acordă de către furnizori autorizați și acreditați și de către medici de familie.

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

Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face de către medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate și de către medicii de specialitate, la externarea asiguraților din spitale, aflați în relații contractuale cu casele județene de asigurări de

sănătate și Casa Națională de Asigurări de Sănătate a Municipiului București, în funcție de patologia bolnavului și gradul de dependență al acestuia.

Medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate, inclusiv medici de familie, recomandă îngrijiri medicale la domiciliu numai ca o consecință a consultației medicale raportate la casa de asigurări de sănătate.

În funcție de statusul de performanță ECOG⁷, bolnavul poate fi:

- a) incapabil să desfășoare activități casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă și /sau alimentație și /sau mobilizare) - statusul de performanță ECOG 3;
- b) complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază - statusul de performanță ECOG 4.

Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se stabilește de medicul care a făcut recomandarea, cu obligativitatea precizării ritmicității /periodicității serviciilor, consemnate în formularul "Recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu", dar nu mai mult de 90 zile de îngrijiri /în ultimele 11 luni în mai multe etape (episoade de îngrijire). Un episod de îngrijire este de maxim 15 zile de îngrijiri, respectiv maximum 30 de zile pentru situațiile justificate medical de către medicul care face recomandarea.

Fiecare episod de îngrijire se recomandă utilizând un nou formular de recomandare. În situația în care, conform recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile /în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.

Pachetul de bază de îngrijiri /paliative la domiciliu cuprinde:

1. Servicii medicale efectuate de medic sau sub supravegherea medicului: evaluarea holistică, stabilirea diagnosticului paliativ de etapă, comunicarea, elaborarea planului de îngrijiri, educarea și consilierea pacientului și familiei în aplicarea planului de îngrijire, susținerea pacientului și familiei în luarea deciziilor terapeutice și de îngrijire, efectuarea de manevre de diagnostic și terapeutice, prescrierea medicației, aplicarea și monitorizarea

⁷ Eastern Cooperative Oncology Group, în traducere Grupul Estic de Cooperare Oncologică

tratamentului farmacologic și nefarmacologic adecvat pentru managementul simptomelor, activități de suport;

2. Servicii de îngrijire asigurate de asistentul medical: evaluarea nevoilor de îngrijire, monitorizarea pacientului - funcții vitale, vegetative, îngrijirea escarelor, limfedemului, stomelor, tumorilor exulcerate, administrarea de medicamente, metode nefarmacologice de tratament al simptomelor, educarea pacientului, familiei și a aparținătorilor privind îngrijirea curentă;

3. Servicii de kinetoterapie furnizate de balneo-fizio-kinetoterapeuți, kinetoterapeuți și profesori de cultură fizică medicală;

4. Servicii de asistență psihologică furnizate de psiholog.

Asigurații au dreptul să primească unele servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, acordate de un furnizor autorizat și evaluat în condițiile legii, iar condițiile acordării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se stabilesc anual prin contractul-cadru.

➤ **Reglementări în domeniul calității serviciilor sociale și /sau medicale**

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

Semnificația calității în cazul serviciilor sociale pentru beneficiar presupune:

- **timp și disponibilitate;**
- **finalitate** - nivelul de realizare a serviciului;
- **deferență** - cât de bine este tratat de către personalul care furnizează serviciile;
- **stabilitate** - nivelul serviciului furnizat este același la toate intervențiile.

La baza unor servicii de calitate se află anumite criterii considerate ca fiind fundamentale și anume:

- **curtuoazie** - astfel încât beneficiarul să nu se simtă umilit pentru că are nevoie de ajutor;
- **respect**;
- **simpatie** - pentru a avea o relație cât mai deschisă cu beneficiarul;
- **promptitudine**;
- **ascultare activă** - pentru a identifica problema reală de rezolvat;
- **exactitate** - soluționarea problemei care trebuie rezolvată, nu a alteia;
- **accesibilitate** - serviciile acordate trebuie să răspundă tuturor solicitărilor, fără nici o discriminare; de asemenea, instituția care oferă serviciile sociale trebuie să fie accesibilă și să aibă un program care să răspundă nevoilor solicitanților;
- **claritate** - pașii intervenției trebuie să fie descriși astfel încât beneficiarul trebuie să înțeleagă cum se va rezolva problema;
- **personal bine informat și specializat** - pentru a se menține și îmbunătăți nivelul de calitate a serviciilor;
- **obiectivitate.**

Accreditarea furnizorului se realizează la cererea acestuia și numai dacă, la data depunerii cererii, are înființate servicii sociale sau se angajează că, în termen de maximum 3 ani de la data obținerii certificatului de acreditare, va înființa și acorda servicii sociale. Furnizorul acreditat are obligația de a informa Ministerul Muncii și Justiției Sociale asupra oricăror schimbări privind datele înscrise în documentele justificative prevăzute la alin. Neîndeplinirea acestei obligații poate conduce la retragerea acreditării. Certificatul de acreditare se acordă pe perioadă nedeterminată. În situația în care, în primii 3 ani de la data eliberării certificatului de acreditare, furnizorul nu a înființat servicii sociale sau niciunul dintre serviciile sociale înființate de acesta nu a primit licență de funcționare, acreditarea furnizorului este retrasă din oficiu și acesta este radiat din Registrul electronic unic al serviciilor sociale.

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

- **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 fiecărui individ prin angajarea lui în autoevaluare, feedbackul și evaluarea realizată 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** ce 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 asistenți;
- **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 cărui 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;
- **indicatori pentru monitorizarea** procesului de integrare socială și de reabilitare a vârstnicilor;
- **conceptul de management al informației**, bazat pe un set unic de proceduri și de formulare utilizat pentru organizarea, stocarea, transmiterea și publicarea informației.

Conform prevederilor Legii asistenței sociale nr. 292/2011, îngrijirea de lungă durată (peste 60 de zile) se asigură la domiciliu, în centre rezidențiale, în centre de zi, la domiciliul persoanei care acordă.

3.3.2. Voluntariatul în sprijinul persoanelor vârstnice

Legislația actuală încurajează implicarea voluntarilor în activitatea de îngrijire la domiciliu a persoanelor vârstnice.

Orice persoană a cărei instruire corespunde domeniului de asistență socială, poate desfășura activități de voluntariat în domeniul serviciilor de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice, pe baza consimțământului liber exprimat. În vederea desfășurării activităților de voluntariat în furnizarea serviciilor de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice, se încheie, în condițiile legii, un contract de voluntariat între voluntar și organizația gazdă, furnizor de servicii de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice.

Recrutarea voluntarilor se realizează de către furnizorul de servicii de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice, pe baza unei cereri de înscriere și a unui interviu.

În cadrul serviciilor de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice, voluntarul poate desfășura serviciile de îngrijire social-medicală, de natură socială și alte servicii, în conformitate cu pregătirea profesională a voluntarului și cu tipurile de afecțiuni pe care le prezintă persoanele vârstnice, conform legii și cu acordul îndrumătorului care coordonează și supraveghează activitatea de voluntariat.

În vederea desfășurării serviciilor, voluntarul are dreptul de a beneficia de cursuri de instruire specifice și de îndrumare din partea furnizorului de servicii sociale.

Voluntarul are următoarele **responsabilități** în desfășurarea activităților pentru care a încheiat contractul:

- a) să sesizeze în cel mai scurt timp posibil furnizorul de servicii sociale asupra oricăror aspecte care pot avea un impact negativ asupra persoanelor vârstnice, observate în timpul activității;
- b) să nu pretindă de la persoana vârstnică asistată foloase materiale, indiferent de natura acestora;
- c) să respecte programul stabilit de comun acord cu furnizorul de servicii sociale, precum și cu persoana vârstnică, beneficiară a serviciului de îngrijire la domiciliu;
- d) să înștiințeze periodic furnizorul de servicii sociale cu privire la activitatea desfășurată.

Activitățile desfășurate de voluntari sunt coordonate și monitorizate de furnizorul de servicii de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice. Furnizorul de servicii de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice eliberează voluntarului o legitimație care să îi ateste calitatea de voluntar. După încheierea perioadei de voluntariat, furnizorul de servicii de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice eliberează voluntarului un certificat nominal prin care sunt recunoscute serviciile de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice desfășurate de voluntar, precum și experiența și aptitudinile dobândite de acesta.

În vederea desfășurării activității de voluntariat în domeniul serviciilor de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice, direcțiile generale de asistență socială și protecția copilului sau, după caz, serviciile publice de asistență socială încheie convenții de parteneriat cu asociațiile și fundațiile.

Activitatea voluntarilor este coordonată și monitorizată împreună cu un îndrumător din cadrul direcțiilor generale de asistență socială și protecția copilului sau, din cadrul serviciilor publice de asistență socială organizate la nivel local, beneficiare ale activității de voluntariat.

3.3.3. Dezvoltarea politicilor naționale

Strategia națională pentru promovarea îmbătrânirii active și protecția persoanelor vârstnice pentru perioada 2015 – 2020 a fost elaborată de Ministerul Muncii și Justiției Sociale în scopul unei mai bune coordonări a tuturor factorilor implicați și fixarea unor obiective care să îmbunătățească viața persoanelor vârstnice.

De interes pentru lucrarea de față este obiectivul nr. 3 al strategiei: Obținerea unei independențe și a unei siguranțe mai mari pentru persoanele cu necesități de îngrijire de lungă durată. Acesta are două subobiective: Crearea sistemului unificat de îngrijire de lungă durată și asigurarea de resurse financiare, umane și materiale suficiente pentru dezvoltarea sistemului de ÎLD.

Crearea sistemului unificat de îngrijire de lungă durată (ÎLD) prin:

- Înființarea unui departament comun (MMJS și MS) pentru îngrijire de lungă durată responsabil pentru coordonarea, planificarea și soluționarea problemelor legate de ÎLD la toate nivelurile guvernamentale.
- Dezvoltarea unui „Program pentru ÎLD”.
- Revizuirea și îmbunătățirea cadrului legal existent pentru acreditarea și monitorizarea tuturor tipurilor de furnizori, licențierea de servicii, implementarea continuă a standardelor de calitate. Crearea de puncte de acces „one-stop” împreună cu managementul externărilor la nivelul spitalelor, inclusiv formarea „managerilor de caz” și a profesioniștilor pentru crearea acestor puncte de acces și a proceselor aferente.
- Prioritizarea programelor de reabilitare pentru a lucra și trăi în mod independent, în locul atribuirii de beneficii pe termen lung.
- Asigurarea colectării periodice de date, a monitorizării și raportării privind sistemul ÎLD făcând prognoze privind cererea de ÎLD și necesitățile de finanțare.

Asigurarea de resurse financiare, umane și materiale suficiente pentru dezvoltarea sistemului de ÎLD. Instituirea unui mecanism pentru alocarea echitabilă a transferurilor de la bugetul de stat către bugetele locale pentru implementarea programelor de asistență socială /ÎLD pentru persoanele vârstnice, pe baza numărului de locuitori peste vârsta de 65 de ani dintr-un județ/localitate

- Îmbunătățirea infrastructurii pentru servicii de îngrijire la domiciliu (cu accent pe zonele rurale și izolate), servicii de îngrijire de zi, cămine pentru persoane vârstnice și facilități de cazare intermediară.
- Unități administrativ teritoriale Îmbunătățirea recrutării, a pregătirii și a planurilor de menținere a persoanelor care oferă servicii de îngrijire personală, inclusiv grupuri țintă pentru recrutare, tipuri de contracte oferite (inclusiv contracte cu normă parțială și de voluntariat), stimulente pentru a-și păstra locul de muncă și cerințe de pregătire înainte de certificare.
- Înființarea unui program /mai multor programe de pregătire privind managementul social și managementul serviciilor de ÎLD și facilități pentru a pregăti viitorii angajați în calitate de directori, asistenți sociali și manageri de caz care își vor desfășura activitatea în cadrul centrelor ce acordă servicii sociale pentru persoanele vârstnice organizate sub diverse forme conform Nomenclatorului de servicii sociale.
- Dezvoltarea de mecanisme de susținere pentru îngrijitorii informali (familia), inclusiv pregătire, dotare echipamente speciale (ex: brățări cu buton de panică), acces preferențial la îngrijirea temporară subvenționată (ex: 10 zile pe an în contextul programului de ședere în stațiuni de tratament) pentru îngrijitori și /sau pentru pacienții îngrijiți pe durată lungă.”

CONCLUZII ȘI PROPUNERI

Serviciile de îngrijire personală se adresează persoanelor dependente care, ca urmare a pierderii autonomiei funcționale din cauze fizice, psihice sau mintale, necesită ajutor semnificativ pentru a realiza activitățile uzuale ale vieții de zi cu zi. Ajutorul acordat pentru îndeplinirea activităților uzuale ale vieții zilnice privește două categorii de activități:

- a) activități de bază ale vieții zilnice, în principal: asigurarea igienei corporale, îmbrăcare și dezbrăcare, hrănire și hidratare, asigurarea igienei eliminărilor, transfer și mobilizare, deplasare în interior, comunicare;
- b) activități instrumentale ale vieții zilnice, în principal: prepararea hranei, efectuarea de cumpărături, activități de menaj și spălătorie, facilitarea deplasării în exterior și însoțire, activități de administrare și gestionare a bunurilor, acompaniere și socializare.

Situația de dependență este o consecință a bolii, traumei și dizabilității și poate fi exacerbată de absența relațiilor sociale și a resurselor economice adecvate.

Autoritățile administrației publice locale trebuie să identifice, în primul rând, soluții de asigurare a serviciilor de îngrijire la domiciliu. Potrivit prevederilor Legii nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, accesul în căminele pentru persoane vârstnice se realizează pentru persoana care 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 socio-medicale.

Datorită dinamicii din domeniul protecției persoanelor vârstnice, nivelul de furnizare formală de servicii de îngrijiri de lungă durată (ÎDL) necesită o

atenție mai sporită, în special din partea sistemului public, mai ales datorită faptului că este fragmentat în servicii de sănătate și sociale, servicii destinate îngrijirii persoanelor cu dizabilități și servicii de îngrijire destinate persoanelor vârstnice, iar în funcție de împărțirea administrativă accesul la servicii este inegal. Prin urmare, responsabilitatea pentru furnizarea serviciilor de îngrijire acordate persoanelor vârstnice revine membrilor familiei, fără să existe o structură formală de sprijin pentru aceștia. Situația existentă cu privire la furnizarea serviciilor de îngrijire de către membrii familiei a fost afectată în perioada recentă de fluxurile puternice de migrație pe piața forței de muncă în străinătate. Prin urmare, implicarea comunitară în domeniul ÎDL, prin furnizarea de servicii de către asociații /fundații acreditate ca furnizori de servicii sociale și autorizate ca furnizori de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, poate sta la baza elaborării unui model de intervenție integrată a acestor servicii.

Infrastructura actuală pentru furnizarea formală de ÎDL constă din centre de îngrijire și asistență /centre rezidențiale pentru vârstnici, centre de zi, precum și servicii formale de îngrijire la domiciliu. Această infrastructură este insuficientă, centrele de îngrijire și asistență și centrele rezidențiale pentru vârstnici au o capacitate scăzută de găzduire și liste lungi de așteptare. De aceea, este necesară o coordonare mai bună în ceea ce privește furnizarea de servicii de îngrijire de lungă durată între Ministerul Sănătății, Ministerul Muncii și Justiției Sociale, Consiliile județene și locale, furnizorii privați de servicii medicale și sociale, spitale, medici generalişti, farmacişti, îngrijitori informali, asistente medicale, îngrijitori la domiciliu, tehnicieni în asistență socială și persoane care au nevoie de îngrijire. Exemple de succes din alte țări oferă modalități pentru creșterea cooperării la nivelul comunității locale, pentru structurarea integrării formale a serviciilor de sănătate și a serviciilor sociale și pentru a oferi stimulente pentru plasarea rapidă a persoanelor care au nevoie de îngrijire în locurile cele mai potrivite. Serviciile de îngrijire la domiciliu prestate de îngrijitori profesioniști sunt foarte căutate, însă nu beneficiază de finanțare suficientă și nu dispun de personalul necesar. Potrivit legislației din România, asistenții sociali angajați ai unităților medico-sociale au responsabilitatea, să elaboreze proiectele de intervenție în scopul prevenirii și combaterii instituționalizării pentru fiecare persoană

internată, să întocmească documentația necesară pentru internare în cămine pentru persoane vârstnice, centre de îngrijire și asistență și altele asemenea în cazul persoanelor care se transferă în aceste unități, să realizeze investigațiile necesare în cazuri de abandon pentru identificarea aparținătorilor persoanelor abandonate și pregătirea reintegrării acestora în propria familie sau admiterea în cămine pentru persoane vârstnice, centre de îngrijire și asistență și altele asemenea. Integrarea în cadrul comunității a persoanelor care au nevoie de îngrijire și crearea unui mediu propice care să le permită să trăiască în propria locuință pe termen lung, rămâne principala provocare și principalul scop al sistemului de îngrijire de lungă durată. Centrele rezidențiale sunt finanțate din bugetele locale și din fonduri private (inclusiv din contribuția persoanelor beneficiare), precum și din fonduri de la bugetul de stat pentru programe de dezvoltare a serviciilor sociale. Pachetul de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu este finanțat complet din Fondul Național Unic de Asigurări de Sănătate pentru cel mult 90 de zile, în ultimele 11 luni în mai multe etape (în episoade de îngrijire, un episod de îngrijire fiind de maxim 30 de zile de îngrijiri).

Îngrijirea de lungă durată constă în sprijinirea persoanelor care nu sunt în măsură să ducă o viață independentă, fiind deci, dependente, în viața de zi cu zi, de ajutorul altora. Nevoia lor de ajutor poate îmbrăca mai multe forme, de la îmbunătățirea mobilității și asistența socială, trecând prin sprijinul necesar la cumpărături, gătit sau alte activități gospodărești, până la alimentație și igienă corporală. Pentru aceste situații de îngrijire de lungă durată nu este neapărat nevoie de pregătire medicală. De aceea, în multe state membre ale Uniunii Europene, inclusiv România, aceasta este lăsată deseori în seama membrilor de familie, în mod normal partenerilor de viață și urmașilor, cărora le revine cea mai mare parte a muncii de îngrijire.

În viitor, nu se mai poate aștepta de la membrii de familie să fie la dispoziție pentru aceste sarcini în aceeași măsură ca înainte. De aceea, un număr tot mai mare de persoane vârstnice neputincioase vor fi dependente de personalul calificat, care va trebui să aibă pregătire profesională și care va oferi asistență persoanei care necesită îngrijire la domiciliul sau în instituții specializate.

Îngrijirea de lungă durată poate fi efectuată în diferite moduri. În afară de îngrijirea din partea familiei, îngrijirea din partea personalului calificat poate fi efectuată la domiciliu, în centre de zi, în complexe de locuit, în instituții de îngrijire speciale sau în spitale. Persoanele care necesită îngrijire au nevoie în mod normal de mai multe forme de îngrijire medicală și nemedicală, ceea ce presupune o bună colaborare între familii, persoanele calificate care acordă îngrijire și personalul medical. De aceea, coordonării acestor servicii îi revine un rol important (managementul interfeței și managementul de caz).

În ceea ce privește serviciile de îngrijire, **nu există în îngrijirea de lungă durată o strategie unică sau generală**. Nevoile diferite ale beneficiarilor necesită servicii diferențiate de îngrijire. Cu atât mai importantă este experiența din alte țări, în ceea ce privește tipul, organizarea și efectele acestor servicii.

În ceea ce privește formele de îngrijire și alegerea personalului/instituției de îngrijire, trebuie să existe o libertate de alegere cât mai mare. Aceasta necesită nu doar o ofertă variată de servicii, ci și crearea condițiilor-cadru necesare pentru existența unui număr mare de instituții de îngrijire private, non-profit sau publice și încurajarea concurenței între acestea în scopul îmbunătățirii permanente a serviciilor oferite. Pentru a nu fi în detrimentul persoanelor îngrijite, această concurență trebuie să aibă loc prin respectarea standardelor de calitate reglementate, care la rândul lor trebuie monitorizate în mod corespunzător, și întrucât acest serviciu este de interes general, responsabilitatea acestei concurențe trebuie să revină organelor legislative care definesc misiunile și obiectivele și care stabilesc metodologia de evaluare a rezultatelor.

Diferitele mecanisme de protecție socială din țările membre ale Uniunii Europene influențează modul în care este efectuată îngrijirea. Dacă, de exemplu, se pun la dispoziție mai multe fonduri pentru instituțiile de îngrijire decât pentru îngrijirea la domiciliu, atunci mai multe persoane vor trăi în astfel de instituții.

În principiu, există multe argumente pentru a se acorda prioritate îngrijirii la domiciliu. Aceasta corespunde dorinței multor persoane de a putea

să rămână acasă și în caz de boală, dar și la bătrânețe. Atunci când se apelează la membrii de familie, îngrijirea la domiciliu necesită cheltuieli mai mici decât îngrijirea în instituții specializate. Aceasta însă nu trebuie să aibă ca efect crearea unei presiuni pentru membrii de familie, în special pentru femei, de a depune singure aceste eforturi.

În fiecare caz individual și ținând seama de interesele tuturor celor implicați, ar trebui să se urmărească găsirea celei mai bune forme de îngrijire. În unele situații însă, nu există alternative la internarea într-o instituție specializată.

Lipsa îngrijirii poate pune viața în pericol și reprezintă un risc căruia fiecare persoană în parte cu greu îi poate face față și care, de aceea, necesită responsabilitatea intergenerațională solidară a comunității. Forma acestei responsabilități trebuie decisă în primul rând la nivel național și regional, avându-se în vedere diferitele sisteme fiscale sau de sprijinire a familiei, veniturile, mobilitatea, locuința, densitatea populației, tradițiile și mentalitatea.

Întrucât în acest domeniu există nu doar probleme similare în statele membre ale UE, ci și chestiuni transnaționale, este util și necesar ca această temă să fie abordată prin schimburi de experiență și chiar prin măsuri legislative comune.

Așa cum este cazul în sistemul de sănătate, ponderea cea mai mare a cheltuielilor necesitate de îngrijirea de lungă durată îi revine ultimei perioade de viață a unei persoane. De când s-au conceput sistemele de asigurare socială (sistemul de sănătate și sistemul de pensii), durata de viață a crescut considerabil. Satisfacerea noilor nevoi rezultate ridică multe semne de întrebare în ceea ce privește echitatea și solidaritatea dintre generații, necesitând o muncă adecvată de sensibilizare, educare și informare, ca și măsuri politice.

Obiectivul avut în vedere trebuie să fie **înlesnirea unei vieți în demnitate și în siguranță pentru persoanele de vârstă înaintată sau foarte înaintată** din Europa, chiar dacă aceasta depinde de îngrijire, având grijă totodată ca solidaritatea dintre generații să nu creeze o povară pentru generațiile tinere, pe care acestea din urmă să nu o poată purta.

Statele membre ale Uniunii Europene au pus în discuție încorporarea unor politici specifice vârstei a treia în cadrul strategiilor sociale și economice, precum și promovarea incluziunii și a deplinei participări a persoanelor vârstnice în toate domeniile vieții sociale.

În scopul dezvoltării îngrijirilor și serviciilor acordate la domiciliul persoanei, se impun *elaborarea și implementarea unor măsuri, promovarea accesului la serviciile de sănătate, îmbunătățirea măsurilor de prevenire a situației de dependență, diversificarea prestațiilor destinate prevenției și combaterii riscului de marginalizare sau excludere socială și creșterii calității vieții persoanei vârstnice.*

Este mai mult decât necesară dezvoltarea unei rețele de îngrijiri la domiciliu, ca urmare a dorinței și dreptului persoanei vârstnice de a trăi în mediul său propriu de viață, respectiv nevoii de a administra resursele cât mai eficient, îngrijirea la domiciliu fiind mai puțin costisitoare, exceptând cazurile care necesită îngrijire permanentă.

Condițiile care stau la baza generării fenomenului de dependență (starea în care se găsesc persoanele care, datorită unor cauze legate de diminuarea sau pierderea autonomiei fizice, psihice sau intelectuale, au nevoie de asistență și/sau de ajutor, importante pentru a-și îndeplini actele curente de viață) pentru persoanele vârstnice sunt deteriorarea stării de sănătate a acestora și pierderea rudelor apropiate. Acest ultim aspect contribuie la reducerea, uneori chiar absența suportului financiar și societal.

Serviciile sociale actuale din rețeaua formală și informală nu pot acoperi nevoile tuturor persoanelor vârstnice dependente.

Starea de dependență însă ar putea să dispară, sau cel puțin să se amelioreze în urma unor îngrijiri adecvate și personalizate, știut fiind totodată faptul că **starea de dependență poate fi prevenită.**

Dezvoltarea ofertei de servicii sociale, în mod special a îngrijirii la domiciliu destinate persoanelor vârstnice, implică o diversificare a acestor servicii are o contribuție semnificativă la îmbunătățirea calității vieții acestui segment de populație.

Perioada de tranziție a avut efecte negative asupra persoanelor vârstnice din România - nivelul scăzut de trai (sub pragul de sărăcie),

determinându-i să se „îndrepte” spre instituțiile de ocrotire socială și cantinele sociale.

Politica guvernamentală în domeniul asistenței sociale este necesar să vizeze o serie de măsuri destinate combaterii excluziunii sociale și promovării incluziunii sociale, inclusiv prin elaborarea unor reglementări legislative menite să asigure o construcție de sistem coerentă, un management eficient, o îmbunătățire permanentă a diverselor măsuri de suport financiar destinate vârstnicilor și respectiv celor în situație de risc, precum și o consolidare și dezvoltare a rețelei de servicii sociale, medicale și geriatrice adresate acestei categorii de populație.

Chiar și mass-media, respectiv mediile politice din România au contribuit la conturarea unei imagini relativ defavorabile acestora, deseori fiind semnalat faptul că numărul persoanelor vârstnice înregistrează un trend ascendent comparativ cu populația activă.

Situația creată necesită luarea de măsuri pentru asigurarea resurselor financiare necesare întreținerii populației vârstnice, reconsiderarea politicilor de sănătate în funcție de specificul nevoilor acestei categorii de populație și dezvoltarea unor servicii complexe de sprijin efectiv al celor în situații de risc.

În acest cadru trebuie să se ia în considerare atât îngrijirea vârstnicului, cât mai ales calitatea acestei îngrijiri, cele două elemente fiind considerate părți integrante ale politicii de bunăstare. Pe lângă o serie de aptitudini, este necesară prezența în rândul celor ce se ocupă de persoanele din această categorie de vârstă de sentimente de respect și afecțiune, de empatie.

Satisfacerea anumitor nevoi, chiar și în lipsa unor oferte de servicii specializate, va trebui să constituie o responsabilitate pentru familie, aceasta din urmă preluând sarcina satisfacerii nevoilor, deseori cu consecințe nedorite sau chiar în afara dorinței de a le face. Nu de puține ori au fost semnalate disfuncții psihologice între cei care acordă îngrijire și persoana în cauză, respectiv abuzuri asupra bătrânilor, știut fiind faptul că îngrijirea bătrânilor creează stres, generând totodată costuri ridicate (materiale, fizice, psihice).

Se constată o proliferare a fenomenului instituționalizării, în mod special în mediul urban, având la bază motivații de ordin obiectiv (condiții de locuit restrânse, dificultăți financiare, imposibilitatea supravegherii permanente a vârstnicilor cu deteriorări psihice, dificultatea familiei adulte de a se ocupa

de îngrijirea propriilor bunici sau străbunici), respectiv de ordin subiectiv (relaxarea legăturilor parentale, o psihologie individualistă). Deciziile trebuie luate numai de comun acord cu vârstnicul (exceptând cazurile de deteriorare psihică gravă), cât și în funcție de nevoile sale.

Instituționalizarea persoanelor vârstnice trebuie să reprezinte o alternativă la îngrijirea la domiciliu, numai pentru cazurile deosebite. Adesea se constată o serie de aspecte care obligă la asistarea vârstnicului în instituții, ca de exemplu:

- manifestarea dezinteresului de către copii, care doresc alungarea părintelui din propria-i casă, fie pentru a o folosi singuri, fie în scopul vânzării;
- conflictele cu rudele care inițial acceptaseră să-i găzduiască și să-i îngrijească; acest motiv este invocat și pentru alte persoane neînrudite, care au acceptat inițial plasamentul vârstnicului în schimbul unor avantaje materiale consistente și care, ulterior și-au declinat responsabilitățile, chiar și atunci când au fost asumate în baza unei hotărâri judecătorești;
- violența comportamentală a celorlalți membri ai familie, în parte susținută latent și prin psihologia particulară a senectuții, cu note dominante de egoism și autoritarism.

Un rol important în evitarea instituționalizării persoanelor vârstnice îl are consilierea membrilor familiilor vârstnicilor care prezintă un risc pronunțat de a fi instituționalizați, potențialele justificări ale instituționalizării bătrânilor fiind teama de responsabilități a familiei, respectiv absența puterii de a face față situației.

Vulnerabilitatea persoanelor din această categorie de vârstă este amplificată de singurătate și izolare, aspect amplificat de gradul insuficient de satisfacere a nevoilor fundamentale de alimentație și sănătate, confortul uneori precar pentru cerințele specifice, neadaptarea locuinței la nevoile sale.

Consilierea are rolul unui mediator având ca obiectiv „a-i ajuta pe oameni să se ajute singuri”. Iată care ar fi, în opinia consilierului, rezultatele dorite și solicitate de către beneficiari:

- creșterea înțelegerii de sine și a situațiilor din jur;

- creșterea capacității proprii de decizie;
- oferirea unui sprijin în luarea unei decizii și confirmarea acesteia;
- dezvoltarea capacității de a schimba o situație;
- eliberarea de sentimente;
- examinarea opțiunilor și alegerea uneia;
- facilitarea capacităților de relaționare și comunicare;
- liniște și armonie intrafamilială și comunitară.

Creșterea riscului de a prezenta boli invalidante și dependență, este direct proporțională cu înaintarea în vârstă, ceea ce impune imperios o redefinire, o redimensionare a standardelor de calitate în scopul îmbunătățirii calității vieții acestei categorii de populație. Serviciile de îngrijire trebuie să corespundă nevoilor individuale ale persoanelor vârstnice.

Accesibilitatea la servicii de îngrijire medicală este determinată de convergența dintre oferta și cererea de astfel de servicii, sau, altfel spus, disponibilitatea reală a facilităților de îngrijiri comparativ cu cererea bazată pe nevoia reală pentru sănătate. Disparitățile în accesul la îngrijiri apar din cel puțin patru motive: *etnice sau rasiale*; *economice*, aici incluzând costurile directe suportate de populație (co-plăți, costuri legate de tratamente și spitalizare) precum și cele indirecte (cost transport, timp de așteptare); *așezare geografică* inadecvată a facilităților de îngrijiri; *calitatea inegală* a serviciilor de același tip.

În România sunt evidențiabile toate cele patru tipuri de inechități în accesul la serviciile de îngrijire, ceea ce determină inechități în starea de sănătate a diferitelor grupuri de populație, a unor comunități din diferite zone geografice și a grupurilor defavorizate economic. Aceste disparități se manifestă prin indicatori de bază ai stării de sănătate modești (speranța de viață la naștere, mortalitatea infantilă, mortalitatea generală pe cauze de deces evitabile, grad de morbiditate, ani de viață în stare de sănătate), dar și prin nivelul scăzut de informare privind factorii de risc și de protecție pentru sănătate sau sistemul de îngrijiri de sănătate și pachetul de servicii de bază din România.

Resursele umane sunt cele mai importante componente în furnizarea de îngrijiri de sănătate. Planificarea resurselor umane și în special a medicilor, trebuie să constituie o prioritate în domeniul politicilor din sectorul sanitar.

În politicile de dezvoltare a personalului medical este de urmărit o abordare sistemică pentru a avea în vedere cele 3 etape principale ale formării profesionale: pregătirea de bază universitară, pregătirea de specialitate (rezidențiat, atestat etc.) și educația medicală continuă în domeniul geriatric.

O serie de aspecte esențiale trebuie luate în considerare: vârsta a treia este acompaniată de singurătate, izolare, precum și de riscul crescut de a prezenta boli invalidante, generatoare de dizabilități, implicit de dependență. Fără o asistență medicală și socială de lungă durată, existența însăși a persoanelor vârstnice poate fi compromisă.

Impactul asupra familiei, indus de existența unei persoane vârstnice care și-a pierdut autonomia și care depinde de ajutorul altei persoane pentru a-și desfășura actele de bază ale vieții zilnice, este deosebit de puternică și conduce, de multe ori, la dezorganizarea modului obișnuit de viață a familiei.

Veniturile scăzute reprezentate de pensie, creșterea progresivă a costurilor de întreținere a locuinței, a alimentelor și medicamentelor, extinderea sărăciei care afectează veniturile totale ale unei familii determinând sistarea ajutorului tradițional acordat vârstnicului, dar și abuzuri grave finalizate, în general, cu pierderea locuinței de către batrâni, schimbările înregistrate în structura familiei, a stilului de viață, transferul populației tinere din zonele rurale către zonele urbane, limitarea suportului familial și scăderea numărului de îngrijitori tradiționali, determină **nevoia, în continuă creștere, de a solicita servicii de îngrijire** din ce în ce mai costisitoare, mai ales dacă este vorba de asistența acordată în regim instituționalizat.

Principalele probleme întâmpinate în practică și care ar trebui reglementare în vederea implementării unui sistem integrat de servicii de îngrijire de lungă durată în România se referă la :

- Insuficienta dezvoltare a sistemului de formare continuă în vederea dezvoltării de competențe;
- Lipsa unor profesii necesare managementului serviciilor de îngrijire pentru persoanele vârstnice: asistentul medical comunitar (echivalent al

sursei comunitare), asistentul medical de geriatrie și gerontopsihiatrie, managerul de caz, terapeutul ocupațional specializat în recuperarea persoanelor vârstnice etc.;

- Există blocaje în dezvoltarea specialității și competențelor în geriatrie-gerontologie cu toate că există o oarecare tradiție în medicina românească.

Punctele slabe ale sistemului de îngrijire a persoanelor vârstnice din România pot fi prezentate după cum urmează :

- În raport cu profilul global al sistemului actual:

- Numărul redus de studii și cercetări privind tendințele demografice, particularitățile vârstei a treia și problematicile specifice vârstnicilor, bazate pe date reale, culese și interpretate prin metode specifice și consacrate, apte să ofere informația necesară elaborării de politici eficiente în domeniu, pe termen mediu și lung;
- Existența mai multor reglementări legislative elaborate de instituții guvernamentale diferite, care produc paralelisme, confuzii sau incoerențe în sistem;
- Accesul persoanelor vârstnice la îngrijirea în sistem rezidențial sau la domiciliu se realizează în baza mai multor metodologii, prevăzute de legislația specială pentru persoanele vârstnice și persoanele cu handicap.
- Contribuția beneficiarului de servicii de îngrijire înregistrează un quantum diferențiat în instituții care acordă, în fapt, aceleași servicii (cămine pentru persoane vârstnice și centre pentru îngrijire și asistență pentru adulții cu handicap - foste cămine de bătrâni și cămine spital);
- Dezvoltarea inegală a serviciilor sociale destinate persoanelor vârstnice la nivel național: există județe cu concentrare masivă de ONG-uri furnizoare de servicii, iar altele în care nu este înregistrată nici o organizație activă;
- Numărul redus de servicii de îngrijire la domiciliu, precum și a centrelor de zi sau a altor tipuri de servicii alternative;
- Servicii de prevenție și recuperare insuficiente;
- Lipsa de colaborare între instituțiile administrației centrale și locale din domeniul asistenței sociale și de sănătate, reprezentând principalul obstacol al dezvoltării serviciilor de îngrijire integrate, acordate la nivel comunitar;

- Definiții și terminologie neunitară utilizate în actele normative speciale;
- Instituțiile de asistență socială sunt insuficiente față de solicitări, situație evidentă în protecția persoanelor vârstnice, a persoanelor cu boli cronice și în mod deosebit a celor cu afecțiuni neuropsihice;
- Incapacitatea sistemului de a rezolva probleme/situații personale extrem de grave care nu sunt deloc sau sunt marginal acoperite cu servicii sociale de îngrijire.

- În raport cu organizarea serviciilor de îngrijire:

- Responsabilități disparate, la nivel de instituții guvernamentale;
- Disproporție în alocarea de personal în raport cu complexitatea activității, precum și lipsa unor normative de personal elaborate în baza unor evaluări prealabile, cu respectarea standardelor europene în domeniu;
- Existența mai multor sisteme de evaluare a pierderilor funcționale a vârstnicilor;
- Sistem managerial informațional slab dezvoltat, ceea ce conduce la decizii incorecte sau insuficient fundamentate;
- Incapacitatea sistemului actual de a oferi o imagine comprehensivă asupra numărului de beneficiari și a serviciilor acordate atât în sistem public, cât și privat;

- În raport cu finanțarea serviciilor de îngrijire:

- Descentralizarea nu a fost urmată de alocarea de resurse financiare și umane suficiente;
- Rigiditatea sistemului a generat imposibilitatea direcționării fondurilor în vederea soluționării unor situații de criză;
- Subfinanțarea instituțiilor de asistență socială din bugetele locale - cu fonduri insuficiente, a condus la degradarea multor instituții sub aspect fizic și funcțional;
- Planificarea financiară nu se realizează în funcție de nevoia socială și evoluția problemelor sociale;
- Nedefinirea clară a modalităților de finanțare a serviciilor sociale, astfel încât să fie asigurată sustenabilitatea și continuitatea acestora.

- În raport cu resursele umane:

- Sub-dimensionarea necesarului de personal pentru acordarea serviciilor de îngrijire;

- Lipsa personalului calificat la nivelul serviciilor publice de asistență socială, dar și la nivelul serviciilor și instituțiilor de asistență socială destinate asistării persoanelor vârstnice.

Este imperios necesar să se abordeze de urgență problemele populației aflată în procesul de îmbătrânire, pentru a exista garanția că în viitor persoanele vârstnice vor putea să primească îngrijirea de calitate și sprijinul de care au nevoie.

Pentru a face față provocărilor ridicate de problematica îngrijirii de lungă durată, sunt necesare o serie de măsuri. În acest context, propunem următoarele:

- ***Finanțarea și accesibilitatea***

- Accesul universal la îngrijirea de calitate trebuie garantat în practică și persoanelor cu dificultăți deosebite sau cu venit redus;
- Crearea de sisteme de finanțare durabile, care să ajute persoanele vârstnice să facă față situațiilor în care viața le este în pericol, dar pe care societatea să și le poată permite fără să afecteze generațiile viitoare;
- Finanțarea măsurilor de prevenire trebuie să contribuie la limitarea în viitor, cât se poate de mult, a creșterii volumului nevoilor medicale. Astfel, punctul de plecare ar trebui să fie o strategie cuprinzătoare de prevenire, care să îmbine aspectele medicale și financiare ale prevenirii cu cele sociale și cu cele legate de mărirea capacității persoanelor vârstnice de a face față problemelor de zi cu zi;
- Acordarea de stimulentele destinate sectorului privat pentru adoptarea de măsuri de prevenire (de exemplu, prin crearea de avantaje fiscale).

- ***Îngrijirea și prestarea de servicii de îngrijire***

- Dezvoltarea de servicii diferențiate, orientate în funcție de nevoile beneficiarilor trebuie garantată și în regiunile care sunt în prezent dezavantajate din acest punct de vedere;
- Încurajarea și consolidarea legăturilor existente cu membrii de familie și cu vecinii, care au în prezent o mare pondere în îngrijire, de exemplu, prin formarea și sprijinirea membrilor de familie;
- Implicarea mai mult în munca de îngrijire a ONG-urilor, inițiativelor socioeconomice și structurilor de cooperare;

- Incurajarea activității voluntare efectuate în sectorul îngrijirilor nemedicale;
- Promovarea concurenței între diferiții prestatori de servicii de îngrijire cu scopul de a spori libertatea de alegere a celor vizați și de a contribui la dezvoltarea în continuare a ofertei de servicii, în conformitate cu standardele de calitate definite;
- Implicarea în rețelele existente a persoanelor vârstnice care au nevoie de îngrijire, inclusiv pentru a preveni abuzurile și relele tratamente;
- Elaborarea unor modele de *bune practici* în domeniul îngrijirii paleative în centrele de îngrijire sau în îngrijirea la domiciliu a vârstnicilor;
- Dezvoltarea și diversificarea activităților din centrele de îngrijire (cămine de bătrâni, centre de îngrijire și asistență).

➤ **Personalul de îngrijire a vârstnicilor**

- Asigurarea unei bune formări profesionale, îmbunătățirea condițiilor de muncă și acordarea respectului cuvenit profesiunilor din domeniul îngrijirii vârstnicilor;
- Reglementarea aspectelor transfrontaliere ale îngrijirii, cum ar fi accesul la servicii de îngrijire în străinătate sau migrarea personalului de îngrijire.

➤ **Îngrijirea vârstnicilor în familie**

- Stabilirea de stimulente pentru prestarea serviciilor de îngrijire nemedicale;
- Elaborarea de strategii și oferte pentru a aborda problemele ridicate de demență și de depresie la persoanele vârstnice, care se numără în prezent printre cele mai mari provocări pentru familie și pentru sistemul de îngrijire;
- Adoptarea de măsuri de sprijin și de degrevare pentru membrii de familie care desfășoară activități de îngrijire (de exemplu, prin centre în care persoanele vârstnice își pot petrece timpul în cursul zilei create în marile întreprinderi, prin oferte de degrevare sau prin îngrijire mobilă, înființarea de centre respite);
- Menținerea și consolidarea îngrijirii din partea familiei, mai ales prin practicarea de mecanisme de încurajare și oferte de degrevare (de exemplu, îngrijire pe termen scurt, îngrijire pe perioada concediului, instituții de îngrijire pe timpul zilei);

- Dezvoltarea și îmbunătățirea permanentă a programelor de îngrijire și în ceea ce privește alegerea, costul, calitatea și eficiența acestora;
- Crearea unor structuri concurențiale (acolo unde este posibil și util), pentru a încuraja prin concurență conștientizarea costurilor și dezvoltarea programelor de îngrijire;
- Punerea în aplicare a unui concept modern de prevenire în domeniul îngrijirii. Acest concept ar trebui să cuprindă o gamă largă de măsuri: de la prevenire și evitarea accidentărilor (prevenirea căzăturilor în casă), trecând prin asistența financiară privată, până la crearea de noi rețele sociale în perioada înaintată a vieții, care ar putea oferi servicii de sprijin și la mărirea capacității de a face față problemelor de zi cu zi (de exemplu, administrarea gospodăriei);
- Mobilizarea sporită a voluntarilor în serviciile de îngrijire (de exemplu, ajutor de la vecini, vizite la domiciliu sau servicii de acompaniere, asistență la îngrijire, îngrijire în centre specializate), în sensul unui dialog între generații, cu tinerii și copiii;
- Utilizarea sporită a tehnologiilor și tehnicilor moderne în procesul de îngrijire și utilizarea tehnologiei informației și comunicării (de exemplu, *smart housing* — proiectarea mai bună și mai eficientă a locuințelor, supravegherea de la distanță, învățarea persoanelor vârstnice să comunice prin intermediul tehnologiei informației și a comunicației).

BIBLIOGRAFIE

1. „**Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2008 - Social inclusion, pensions, healthcare and long-term care**” - European Commission Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities Unit E2, March 2008

2. **Avizul Comitetului Economic și Social European privind garantarea accesului universal la servicii de îngrijire de lungă durată și a viabilității financiare a sistemelor de îngrijire de lungă durată pentru persoanele vârstnice** (2008/C 204/21)

3. **“Politici Sociale și Globalizare în Țările Europene”** - Mariana Stanciu Calitatea Vieții, Xviii, Nr. 1–2, 2007, P. 137–148

4. **Legea nr. 17 din 6 martie 2000** privind asistența socială a persoanelor vârstnice

5. **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

6. **Legea nr. 47 din 8 martie 2006** privind sistemul național de asistență socială

7. **Ordinul 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.

8. Ordinul nr. 68 din 23 august 2003 privind serviciile sociale