



**CONSILIUL NAȚIONAL AL
PERSOANELOR VÂRSTNICE**

*Asistența socială a persoanelor vârstnice
furnizată la nivelul comunităților locale*

noiembrie

2014

Cuprins:

Capitolul 1

Sistemul de servicii sociale și securitatea socială în România. Scurt istoric 3

Capitolul 2

Modelul social european 7

Capitolul 3

Parteneriatul public – privat și oportunitățile de finanțare a serviciilor sociale pentru persoanele vârstnice 12

Capitolul 4

Modalități de acordare a asistența sociale persoanelor vârstnice la nivelul comunităților locale 19

Capitolul 5

Concluzii 28

Capitolul 6

Propuneri 35

Bibliografie 40

Anexa nr. 1 41

Anexa nr. 2 43

Capitolul 1

Sistemul de servicii sociale și securitatea socială în România. Scurt istoric

Securitatea socială acoperă o problematică amplă cuprinzând atât un sistem care are în vedere protejarea persoanelor apte de muncă (sistemul asigurărilor sociale) cât și a celor ce nu pot munci sau sunt dezavantajați social. Cele două diferă prin natură și surse.

Asistența socială desemnează un ansamblu de instituții, programe, măsuri, activități profesionalizate, servicii de protejare a persoanelor, grupurilor, comunităților cu probleme speciale, aflate temporar în dificultate, care datorită unor motive de natură economică, socio-culturală, biologică sau psihologică nu au posibilitatea de a realiza prin mijloace proprii un mod normal, decent de viață. Prin mijlocirea și intervenția asistenței sociale se sprijină persoanele aflate în dificultate și le ajută să obțină condițiile necesare unei vieți decente și să-și dezvolte propriile capacități și competențe pentru o funcționare socială corespunzătoare.

Asistența socială, ca parte importantă a protecției sociale, reprezintă un mod obiectiv de punere în aplicare a programelor, măsurilor de protecție socială pentru următoarele categorii sociale, care se consideră că fac parte din populația vizată.

Sistemul asistenței sociale are la bază principiul universalității și al solidarității, nefiind dependentă de vreo contribuție personală anterioară, spre deosebire de prestațiile provenite din sistemul asigurărilor sociale.

Asistența socială abordează probleme la diferite niveluri:

1. la nivel individual - asistența economică, psihologică;
2. la nivel interpersonal și de grup - terapii de familie, ale grupurilor sociale marginalizate;
3. la nivel comunitar - rezolvarea conflictelor etnice, grupale, mobilizarea energiilor individuale și colective pentru refacerea resurselor necesare integrării lor normale.

Definirea serviciilor sociale în general, a celor de asistență socială în special, gravitează însă în jurul unui nucleu comun referitor la finalitatea acestora și anume aceea de a ajuta indivizii, grupurile sau comunitățile să depășească perioadele dificultate, adaptându-se la o viață normală.

Serviciile sociale pot fi definite ca programe specializate, activități organizate, tehnici de intervenție socială, metode de identificare a necesităților și tipurilor specifice de disfuncționalități ce apar la nivel societal.

Cu ajutorul acestora, persoanele aflate în dificultate pot obține condiții minime, necesare unei vieți decente autosuficiente și pot să-și dezvolte propriile capacități și competențe pentru o integrare normală în comunitate.

H. Goldstein apreciază că obiectivul central al oricărui serviciu social este cunoașterea, învățarea socială, proces care se realizează pe baza unei relații directe între "client" și asistentul social.

Serviciile de asistență socială se adresează doar acelor indivizi sau grupuri aflate în dificultate temporară. Sistemul de asistență socială cuprinde atât serviciile sociale oferite de instituțiile de stat, cât și de organizațiile nonguvernamentale. Protejarea acelor categorii defavorizate natural, cum ar fi persoanele cu handicap, orfanii, văduvele, bătrânii, copiii, săracii, apare ca obiectiv central al prestațiilor și serviciilor de asistență socială, ea orientând activitatea statului la nivel central și local prin instituții special construite, investite cu autoritate de funcționare în această direcție.

Configurația sistemului serviciilor de asistență socială este structural dependentă atât de profilul organizării social-economice, de opțiunile politice, cât și de modelele culturale prezente în comunitate.

În timpul regimului comunist, asistența socială în România avea o pondere extrem de redusă, cu un caracter pasiv și birocratic. Securitatea socială era și ea subdezvoltată. Întreg sistemul protecției sociale în regimul trecut se caracteriza printr-o opțiune automată și cvasi universalistă.

Asistența socială calitativă, personalizată, orientată spre rezolvarea problemelor umane urgente, a fost practic desființată, considerându-se că mecanismele socialiste dublate de cele social-economice pot rezolva automat toate problemele individului și negându-se sau ignorându-se problemele reale ale indivizilor și ale societății în ansamblu.

Asistența socială propriu-zisă viza doar ajutorul instituționalizat pentru bătrâni, persoane cu handicap, bolnavi cronici somatici sau psihici, copii în situații speciale, fără a le asigura însă un trai decent de viață. După anul 1985, s-a produs o degradare și mai accentuată a ajutorului ca urmare a reducerii treptate a fondurilor.

Cadrul legislativ, adoptat între anii 1950-1970 a fost o piedică serioasă în calea dezvoltării serviciilor de asistență socială, reprezentând o frână pentru dezvoltarea sistemului serviciilor de asistență socială.

De asemenea, sistemul de organizare, funcționare și administrare a asistenței sociale în regimul socialist era centralizat birocratic, acordând puțin spațiu de mișcare liberă autorităților locale sau inițiativelor civice.

Efectul acestei situații a fost dublu: reducerea la minimum a serviciilor de asistență socială și deprofesionalizarea completă a acestora.

Schimbarea de regim politic produsă în decembrie 1989 a declanșat procese evolutive în toate domeniile. Prima radiografie cu caracter oficial, de substanță, a politicii sociale a anilor 90 a fost realizată prin cele două "Cărți albe" elaborate cu contribuția unor experți occidentali, publicate de Guvernul României în 1993.

Prima, "Cartea albă a asigurărilor sociale și pensiilor" critică îndeosebi sursa de finanțare a asigurărilor de sănătate și sistemul de pensii extrem de puțin reformat.

A doua, "Cartea albă a asistenței sociale" constată, ca principale deficiențe: lipsa unor programe adecvate de ajutorare financiară a tuturor persoanelor care nu obțin veniturile necesare unui trai decent, insuficiența numerică și calificarea profesională deficitară a personalului din acest sistem, caracterul fragmentat al administrării fondurilor.

Între măsurile și principiile recomandate în vederea reformării sistemului de asistență socială sunt de menționat următoarele: ridicarea asistenței sociale la rangul unei politici de stat, administrate la nivel central dar și local; stabilirea mecanismelor de evaluare a pragului de sărăcie, în vederea acordării de ajutor social persoanelor aflate în reală nevoie; examinarea și evaluarea fenomenelor sociale și economice care generează cererea de ajutoare sociale.

După 1989 asistența socială a rămas totuși o zonă periferică și greu de atins a politicilor sociale pentru că, deși au fost adoptate o serie de măsuri sectoriale, acestea nu au condus la constituirea unui sistem coerent și bine definit.

Cadrul legislativ în domeniul asistenței sociale s-a elaborat începând cu anul 1990, debutând cu legislația în domeniul protecției copilului. Ulterior s-a creionat cadrul general al sistemului național de asistență socială și s-a elaborat legislația pentru diversele categorii sociale defavorizate: copii, persoane cu handicap, persoane și familii cu venituri reduse, victime ale violenței și traficului de persoane etc.

Persoanele vârstnice au beneficiat de o lege care să le reglementeze accesul la serviciile de asistență socială și medicale odată cu promulgarea Legii nr.17 din 2000. În același an s-a înființat Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice ca organism consultativ și de dialog social care mediază relația dintre organizațiile de pensionari și autoritățile publice centrale.

Sistemul național de asistență socială a fost inițial descris prin Legea nr. 705/2001 și redefinit conform Legii nr. 47/2006, care stabilea organizarea, funcționarea și finanțarea având la bază principiile europene de acordare a asistenței sociale în vederea promovării procesului de incluziune socială. În prezent *sistemul național de asistență socială*, reglementat de Legea nr. 292/2011 – Legea asistenței sociale, este definit ca ansamblul de instituții, măsuri și acțiuni prin care statul, reprezentat de autoritățile administrației publice centrale și locale, precum și societatea civilă intervin pentru prevenirea, limitarea sau înlăturarea efectelor temporare ori permanente ale situațiilor care pot genera marginalizarea sau excluziunea socială a persoanei, familiei, grupurilor ori comunităților.

Capitolul 2

Modelul social european

Uniunea Europeană este, în prezent, cel mai important agent de schimbare în ceea ce privește guvernarea statelor, elaborarea politicilor și impunerea unor modele social-culturale în spațiul european. În țările Uniunii Europene există diverse modalități de elaborare a politicilor, dar și tendința de a crea un spațiu de convergență pentru politicile sociale din diverse domenii, cum sunt piețele muncii, asigurările sociale, organizarea unor rețele de servicii sociale etc. În asemenea domenii, instituțiile europene au făcut pași importanți spre coordonarea reglementărilor adoptate în cadrul statelor membre. Deși există o largă diversitate socio-culturală, țările vest-europene au numeroase caracteristici comune, care de lungul timpului au marcat profund procesul de elaborare a politicilor economice și sociale în Comunitatea Europeană.

Statele bunăstării sociale occidentale au în vedere trei dimensiuni principale ale protecției sociale: *reducerea sărăciei* și, implicit, a polarizării sociale, *protecția în fața riscurilor imposibil de asigurat pe piețele muncii* (riscurile de îmbolnăvire și riscurile longevității) și *recompensarea pe termen lung a participării pe piețele muncii*.

Oportunitatea adoptării unuia sau altuia dintre modelele existente de protecție socială a determinat dezbateri care sunt influențate de voința politică a celor ce dețin puterea economică de a-și recunoaște responsabilitatea socială față de cei dezavantajați știut fiind că decalajele sunt dobândite, în bună măsură, ca efect al inerentelor deficiențe de organizare și administrare a comunităților sociale. Pe măsură ce procesul de globalizare se accentuează, accesul la informație devine mai larg, iar populația care trăiește în sărăcie conștientizează acut inegalitățile existente.

Constituirea modelului social occidental și caracteristicile acestuia

Sistemele sociale occidentale diferă în ceea ce privește structura și volumul cheltuielilor sociale, dar și grupurile vizate pentru transferurile de venituri. Literatura din domeniu identifică patru grupe de țări distincte, ce desfășoară practici sociale în modalități relativ asemănătoare (Ferrera, 1998, Bertola et al., 2001):

- **țările nordice** (Suedia, Danemarca, Finlanda, Olanda), care efectuează cheltuieli sociale relativ ridicate și definesc eligibilitatea pe principii ce țin de natura cetățeniei. Aceste țări au legiferat impuneri publice relativ ridicate și utilizează o varietate largă de instrumente și politici sociale active;

- **țările continentale** (Franța, Germania, Austria, Belgia, Luxemburg) utilizează, îndeosebi, sisteme de asigurări sociale (modelul *Bismark*), finanțate prin contribuțiile celor angajați în muncă;
- **țările mediteraneene** (Spania, Grecia, Italia, Portugalia) utilizează un model bazat pe asigurări sociale, în cadrul căruia beneficiile sunt segmentate, potrivit statusului asiguratului;
- **în țările anglo-saxone** (Marea Britanie și Irlanda), transferurile sociale merg îndeosebi spre cei angajați în muncă. Acest tip de model (*Beveridge*) presupune existența unei rețele de asistență socială relativ dezvoltată.

Sistemele de protecție socială din nord se deosebesc net de cele din sudul continentului. În timp ce sistemele nordice sunt mai angajate în reducerea polarizării economice, cele din sud, dimpotrivă, sunt mai indiferente în această privință. În timp ce sistemele nordice acordă beneficii sociale consistente persoanelor eligibile de vârstă activă, cele din sud, acordă asemenea beneficii îndeosebi pensionarilor. Sistemul anglo-saxon, este mai eficient în reducerea polarizării economice, în rândurile populației de vârstă activă și mai puțin, în rândurile pensionarilor. Modelele sociale din cele patru grupe de țări și-au dobândit și consolidat caracteristicile într-un interval relativ lung, de peste două-trei decenii.

Între anii 1950–1973 creșterea economică rapidă, stabilitatea macroeconomică și statul bunăstării sociale s-au susținut reciproc și au constituit *etapa de consolidare a filosofiei modelului social european*, preluată mai mult sau mai puțin fidel, de toate statele care s-au înscris ulterior în Uniunea Europeană. Un rol în acest proces l-au avut și alți factori, precum tendința în evoluția demografică (îmbătrânirea populației), progresul tehnologic rapid (tot mai intens generator de șomaj), procesul de globalizare (concurența tot mai acerbă a unor noi veniți pe piața mondială a bunurilor de consum, precum Japonia, China și, mai recent, India).

În perioada 1974–1985, în Uniunea Europeană, cheltuielile guvernamentale și transferurile sociale au crescut rapid după anul 1973. Cheltuielile publice au fost finanțate atât din veniturile publice cât și din împrumuturi publice. Astfel, la mijlocul anilor '80, Europa occidentală evolua pe o tendință negativă a creșterii economice, ceea ce a condus creșterea taxelor și impozitelor directe (în intervalul anilor 1970–1985) și a contribuțiilor sociale. Analistii sociali susțin că această evoluție a dus la demotivarea muncii și a investițiilor în general, ceea ce a încetinit ritmul de creștere a PIB, pe termen lung.

În intervalul anilor 1986–2000, Europa Occidentală a făcut unele progrese, dar pe de altă parte rata șomajului a rămas la fel de ridicată (aproximativ de 9%) rezultând o adevărată explozie în planul cererii pentru protecția socială. Cel mai ridicat nivel al cheltuielilor guvernamentale a fost atins în anul 1993, concomitent cu o scădere a veniturile publice, și o creștere a împrumuturilor publice. Procesul de consolidare fiscală, declanșat de tratatul de la Maastricht, 1993, a urmărit să stopeze deficitul financiar din ultimii 20 de ani, astfel încât, în anul 1999, când în spațiul UE a fost introdusă moneda euro, împrumuturile publice erau în declin. Deși în anul 2000 a avut loc mult-dorita consolidare fiscală, (balanță bugetară pozitivă cu cheltuieli guvernamentale sub 46% din PIB și o rată a creșterii economice excepțională, de 3,5% din PIB), în anii următori cheltuielile publice au crescut din nou (Sapir, 2001).

În acest context în Europa Occidentală există opinii pesimiste cu privire la menținerea unor sisteme de protecție socială naționale și chiar a unor aparate de guvernare atât de costisitoare.

De aceea atât politicienii, cât și analiștii sociali pun în discuție necesitatea *reinventării modelului social european*. Rapoartele Comisiei Europene menționează că Franța, Germania, Italia, Polonia și Spania nu au găsit cele mai adecvate politici pentru a-și determina cetățenii să prefere viața activă în schimbul calității de asistat social.

Din punct de vedere al eficienței măsurilor de protecție socială din Europa, se pare că țările nordice – Danemarca, Finlanda, Suedia și Olanda, care oferă un nivel mai ridicat de protecție socială și de politici active pe piața muncii, stau cel mai bine. În ultimele rânduri ale clasamentului se află țările mediteraneene – Grecia, Italia, Portugalia și Spania – care intervin social, îndeosebi în domeniul pensiilor și al reglementărilor salariale, prin negocieri colective.

Comisia Europeană are misiunea de a coordona varietatea de politici în privința pensiilor, folosirii forței de muncă, a inserției sociale, a luptei contra sărăciei din toate cele 28 de state membre ale UE și de a concluziona care este cea mai bună practică.

Deși se semnalează o relativă eterogenitate a sistemelor de protecție socială existente în diferite țări europene, în mod cert, la nivel nord-vest continental, s-a conturat un model social distinct, ca expresie a unei voințe clare, de realizare a unui nivel al bunăstării sociale decent, pentru toți rezidenții. *Acesta reprezintă un model social ale cărui principii fundamentale sunt solidaritatea și coeziunea socială și ale cărui obiective urmăresc realizarea egalității de șanse, participarea socială și integrarea /incluziunea socială.*

Constituirea unui model social în România

Până în prezent, nu putem vorbi despre existența unei *viziuni globale, unitare, asupra problematicii sociale românești, ci doar despre concepții sectoriale autonome, centrate pe educație, sănătate, asigurări sociale etc.*

Structurile de organizare și sistemele de finanțare ale sectorului social din România, nu sunt proiectate și nici gestionate în funcție de potențialul complementarității lor în cadrul sistemului național care ar trebui să funcționeze după o logică intrinsecă, multiplu articulată și armonizată prospectiv cu natura și volumul necesităților recunoscute social. Atât sistemele de finanțare cât și rețelele de servicii sociale existente s-au dezvoltat autonom, pe baza unui spirit de imitație, mai mult sau mai puțin inspirat, în funcție de urgențele conjuncturii sociale imediate, având în vedere, cel mult, previziuni sectoriale pe termen mediu.

Este prematur să vorbim despre existența unui *model social* bazat pe o *viziune unitară asupra problematicii sociale românești*, ca rezultat al aplicării unui *proiect de reformă socială clar formulat*, realizat prin intermediul unui *corp de politici publice și sociale coerent și larg cuprinzător*, acesta fiind un *deziderat spre care societatea românească trebuie să tindă*. Dezvoltarea este identificată de multe ori cu creșterea economică sau cu procesul de modernizare socială, dar ea înseamnă mult mai mult decât atât. Factori ca educația, facilitățile de asistență socială, drepturile politice și civile (libertatea de a participa la discuții și dezbateri publice, dreptul de a avea acces la informații etc.), asistența medicală, cultura, influențează semnificativ creșterea calității vieții indivizilor și implicit procesul de dezvoltare socială.

Amartya Sen (laureat al premiului Nobel - 1998) identifică cinci tipuri de libertăți instrumentale importante pentru dezvoltare, între care există conexiuni puternice și care se întăresc reciproc: libertățile politice, facilitățile economice, oportunitățile sociale (vizează cadrul instituțional de care dispune societatea referitor la educație și asistență medicală), garantarea transparenței (liberul acces la informația publică) și siguranța protecționistă (asigurarea unei rețele de asistență socială necesară pentru asistarea persoanelor sărace). Accentul trebuie să cadă pe serviciile de asistență socială, considerate un factor important de reducere a sărăciei și excluziunii sociale.

Într-o societate în permanentă transformare, în care structura demografică și problemele sociale se modifică cu rapiditate, politica publică privind furnizarea de servicii sociale trebuie să se adapteze la noile cerințe și să răspundă nevoilor persoanelor aflate în dificultate. Creșterea calității serviciilor sociale și diversificarea acestora astfel încât să răspundă noilor nevoi, trebuie să fie un obiectiv central al politicii guvernului în domeniul protecției sociale. Dacă statul îndeplinește funcția de

reglementare, stabilind prin politicile pe care le adoptă cadrul de producere și furnizare a serviciilor sociale, organizațiile societății civile și cele private au la îndemână o serie de instrumente prin care pot crește calitatea acestor servicii. În acest context protecția socială și serviciile de îngrijire pentru persoanele vârstnice trebuie să constituie o prioritate pentru factorii de decizie și pentru instituțiile statului care stabilesc politica socială și reglementează aplicarea acesteia.

Capitolul 3

Parteneriatul public – privat și oportunitățile de finanțare a serviciilor sociale pentru persoanele vârstnice

Organizațiile societății civile sunt cele care au adus o contribuție importantă la creșterea calității serviciilor sociale oferite persoanelor aflate în nevoie, inclusiv în domeniul serviciilor de îngrijire a persoanelor vârstnice. Pe lângă faptul că ele sunt cele care au introdus numeroase tipuri de servicii sociale pe piața de servicii din România, ele sunt primele care au stabilit și standarde de calitate pentru realizarea și furnizarea acestor servicii. Guvernul nu numai că a preluat aceste servicii, dar cea mai mare parte din standardele de performanță stabilite de către stat sunt elaborate împreună cu organizațiile nonprofit pe baza experienței acestora. Ele sunt poate, pentru anumite tipuri de servicii sociale, cele mai abilitate să ofere consultanță de specialitate și școlarizări pentru pregătirea personalului, în ultimii ani având o activitate intensă de lobby și susținere pentru a le fi recunoscută activitatea în domeniul social.

Piața privată, prin competiția pe care o presupune, este un instrument de creștere a calității serviciilor. O piață dezvoltată de servicii sociale, în care să activeze mai mulți furnizori privați de servicii, ar conduce nu numai la scăderea costurilor, ci și la o creștere calitativă a acestora. Stimularea și susținerea sectorului privat trebuie să constituie o prioritate guvernamentală și considerată drept soluție eficientă pentru profesionalizarea și extinderea rețelei de servicii de îngrijire pentru persoanele vârstnice.

Statul este cel care are datoria de a stabili cadrul legal de funcționare al parteneriatului public-privat, care este un element de reformă a administrației publice care a contribuit la reducerea presiunii fiscale asupra bugetului public, dar și la creșterea calității serviciilor publice.

Parteneriatul public - privat, în general, îmbracă forma unui contract de cumpărare de servicii, în care instituțiile publice achiziționează servicii de la organizații nonprofit. Aceste contracte sunt caracteristice pentru cicluri mici de finanțare în care instituțiile guvernamentale au control asupra criteriilor de performanță, furnizării de servicii și criteriilor de alegere a beneficiarilor, iar relația dintre cele două entități este de dependență și nu de egalitate. Însă aceste aranjamente contractuale ajung să subordoneze organizațiile nonprofit statului care cel mai des joacă rolul de sponsor, decât pe cel de partener.

Contractarea socială este procesul de scoatere la licitație a ofertei de servicii sociale către contractori privați externi și va fi eficientă numai dacă sunt îndeplinite anumite criterii:

1. bunurile și serviciile pe care guvernul dorește să le contacteze trebuie să fie clar definite;
2. să fie stabilite standardele de calitate;
3. să existe o piață de servicii sociale bine dezvoltată;
4. costurile de tranziție trebuie să fie minime.

Subvențiile acordate anumitor tipuri de servicii constituie un instrument de creștere a calității acestora, aflat la îndemâna statului. Aceste subvenții pot să acopere unele costuri, astfel încât calitatea serviciilor să crească. Important este ca subvențiile să se acorde în funcție de nevoile identificate și să se poată modifica dacă necesitățile se schimbă.

Anumite viziuni ideologice au marcat evoluția politicilor sociale în Europa. **Ideologia „developmentaristă”** (asociată cu numele lui J. Midgley și Sherraden) promovează dezvoltarea prin „coordonarea eforturilor statului, pieței și comunității în cadrul unui pluralism coordonat”.

În 1995, Midgley propunea strategia de dezvoltare instituțională, care are rolul de a rezolva dilema alegerii între cei trei actori – statul, piața și comunitatea, astfel: statul are un rol activ în conducerea și coordonarea procesului de dezvoltare socială încât să maximizeze participarea comunităților, pieței și indivizilor, iar guvernul trebuie să contribuie direct la dezvoltarea socială prin intermediul politicilor publice pe care le formulează și a programelor de acțiune. Strategia instituțională presupune realizarea a trei condiții: cadrul organizațional în care să se implementeze procesul de dezvoltare socială, creșterea economică necesară îmbunătățirii bunăstării indivizilor și implementarea unor programe sociale care să contribuie la dezvoltarea economică.

Sursele bunăstării pot fi: *familia*, prin suportul intra și inter generațional oferit membrilor săi; *pieța*, prin alocarea resurselor și a veniturilor și competiția pe care o creează ce reprezintă un factor motivator al performanței; *statul*, prin intermediul politicilor sociale pe care le formulează și implementează, în special prin asigurările sociale și asistența socială; *societatea civilă*, prin comunitate, organizații non-profit, biserică.

Implicarea familiei și a comunității în furnizarea servicii de îngrijire a persoanelor vârstnice poate, de asemenea, conduce la creșterea calității lor. Familia și comunitatea sunt cel mai aproape de cei care se află în nevoie și cunosc problemele cel mai bine,

astfel ei pot să ofere soluțiile optime. Voluntariatul este un instrument de creștere a calității serviciilor utilizat în special de către organizațiile neguvernamentale. Faptul că totul este făcut din filantropie, fără implicarea beneficiilor materiale, face ca serviciile să fie oferite la un nivel calitativ ridicat.

Sistemul serviciilor de asistență socială din România s-a recreat după 1989, multe din competențe fiind lăsate la nivelul administrației publice locale. Modalitatea de repartizare a competențelor între administrația publică centrală și locală în domeniul asistenței sociale trebuie să coroboreze dispozițiile Legii nr. 47/2006 și ale Legii descentralizării nr. 195/2006. Atât legea cadru a asistenței sociale, cât și legea descentralizării prevăd ca transferul de competențe de la administrația publică centrală către cea locală să se facă în limitele asigurării resurselor necesare exercitării acestora și numai după transmiterea resurselor financiare necesare. Se remarcă din acest punct de vedere o discrepanță între repartizarea inegală a serviciilor sociale și socio-medicale pentru vârstnici, determinată de resursele financiare ale comunităților și nu de nevoia reală de sprijin specializat.

Pe piața de servicii sociale din România, *organizațiile neguvernamentale* sunt, în acest moment, cei mai importanți actori privați atât prin numărul acestora cât și prin diversitatea serviciilor sociale oferite celor aflați în nevoie. Din păcate distribuția teritorială a organizațiilor neguvernamentale ca și furnizori privați de servicii sociale este neuniformă existând județe în care numărul ONG este foarte mic.

În continuare serviciile și instituțiile de protecție specială a copilului aflat în dificultate sunt cele mai răspândite în comparație cu cele pentru persoane cu dizabilități, vârstnici, etc. Același lucru îl putem spune și despre finanțarea prioritară a serviciilor de protecția copilului și în ultima perioadă a celor pentru vârstnici. Se mențin subfinanțate serviciile pentru vârstnici și cele pentru protecția familiei. Politica națională socială se centrează pe sistemul de prestații sociale (măsuri pasive) și mai puțin pe cel de servicii sociale care sunt măsuri active de depășire a unei nevoi sociale. Alocarea financiară pentru asistență socială nu are la baza o strategie locală sau națională privind nevoile sociale. Autoritățile locale pot înființa servicii sociale noi de regulă doar la rectificarea bugetară. Sistemul de externalizare/ contractare a serviciilor sociale este supra reglementat. Autoritățile publice locale au la îndemână patru instrumente total diferite de contractare. Este necesară îmbunătățirea și corelarea tuturor mecanismelor de contractare precum și clarificarea relaționării între acestea și legislația specială.

Pe de altă parte criza financiară cu care s-a confruntat societatea românească și măsurile de austeritate luate, care au în vedere limitarea cheltuielilor bugetare

afectează în continuare negativ proiectele sociale în curs de implementare, pe un fond al creșterii presiunii din partea beneficiarilor de servicii și prestații sociale, mai numeroși și având o cauzistică mai complexă.

Parteneriatul public-privat, ce implică guvernul, sectorul privat și societatea civilă, este recunoscut la nivel internațional ca o soluție pentru problemele sociale de orice tip – îngrijire medicală, educație, protecție socială, trafic de persoane, corupție etc. Parteneriatul public-privat eficient poate ajuta la rezolvarea unora dintre cele mai presante provocări sociale. Multe dintre problemele sociale contemporane depășesc capacitatea unui singur actor - fie acesta public, privat sau societate civilă - de a le rezolva într-un mod eficient. Este acceptată ideea că guvernele nu mai pot rezolva singure problemele sociale care apar, că sectorul de afaceri trebuie să își asume și responsabilități sociale și că societatea civilă trebuie să aibă un rol important.

Parteneriatul public-privat are anumite beneficii pentru administrația publică: reducerea costurilor, împărțirea riscurilor, creșterea nivelului de furnizare a serviciilor, creșterea calității acestora, implementarea eficientă. Dar și sectorul privat are beneficii – dezvoltarea pieței și profitul. În domeniul furnizării de servicii sociale sunt preferate parteneriatele realizate cu organizațiile societății civile deoarece caracterul lor non-profit și faptul că sunt instituții bazate pe voluntariat și filantropie permit reducerea costurilor și creșterea calității serviciilor.

Prin intermediul parteneriatului public-privat sunt realizate obiectivele dezvoltării sociale. Societatea civilă este cea care se află cel mai aproape de oameni, cunoscându-le cel mai bine nevoile și problemele putând să ofere soluții adecvate. Prin serviciile pe care le oferă, organizațiile neguvernamentale sunt un actor important în furnizarea bunăstării sociale și în creșterea calității vieții. Organizațiile societății civile derulează programe de dezvoltare socială (programe de mobilizare a resurselor umane, programe de dezvoltare a capitalului social și programe de măsuri active pentru ocuparea forței de muncă) care urmăresc implicarea activă a beneficiarilor în activitățile desfășurate.

Parteneriatul public-privat oferă statului posibilitatea de a cunoaște mai bine nevoile indivizilor și de a oferi soluții adecvate de rezolvare a lor. Furnizarea serviciilor în parteneriat cu societatea civilă permite o rezolvare diferențiată în funcție de nevoi și adecvată a problemelor care apar într-o comunitate. Există o mai mare flexibilitate care conduce la o adresare rapidă a nevoii. Prin îmbunătățirea calității serviciilor oferite se produce și o creștere a calității vieții indivizilor respectivi.

În domeniul serviciilor sociale pentru vârstnici, parteneriatul public-privat permite creșterea calității vieții acestor indivizi sau familiilor aflate în situație de nevoie socială.

Parteneriatul asigură furnizarea promptă a acestor servicii în comunitățile care au cea mai mare nevoie de ele (comunitățile sărace, comunitățile rurale).

Spre deosebire de privatizarea serviciilor sociale unde responsabilitatea pentru producerea și furnizarea serviciilor este preluată de către sectorul privat, în contractarea socială statul își păstrează responsabilitatea pentru oferirea de servicii sociale. Pentru a putea sprijini dezvoltarea socială guvernul poate acționa în parteneriat cu agenții societății civile și sectorul privat.

Pe măsură ce la nivel local se dezvoltă mijloacele instituționale corespunzătoare și se acumulează experiența necesară, guvernul trebuie să sprijine autoritățile locale și organizațiile societății civile în preluarea unora dintre activitățile de rezolvare a problemelor comunității, oferind și o finanțare totală sau parțială a acestora. O astfel de abordare determină: eficientizarea utilizării resurselor financiare, scăderea costurilor furnizării unor astfel de servicii sociale, dezvoltarea solidarității sociale la nivelul comunității, creșterea spiritului de inițiativă la nivelul comunității, creșterea calității serviciilor oferite populației.

Avantajele sectorului public sunt următoarele: asigurarea de capital și reducerea presiunii asupra bugetului public, sprijinirea dezvoltării tehnologiilor, reducerea corupției, împărțirea riscului și a costurilor, accesul la fondurile companiilor, utilizarea expertizei manageriale private, creșterea calității serviciilor, creșterea eficienței în furnizarea acestor servicii.

Comunicarea cu beneficiarii și cunoașterea foarte bună a nevoilor acestora este un alt atu pe care organizațiile societății civile îl posedă. Atuurile de care dispun O.N.G. și care fac din ele cel mai bun partener sunt: calitatea înaltă a serviciilor furnizate, existența unui personal calificat, costurile reduse, flexibilitatea de care dau dovadă, promovarea echității, identificarea rapidă a nevoilor și adaptarea sau dezvoltarea unor noi servicii în funcție de acestea.

La nivel comunitar una dintre cele mai eficiente formule de parteneriat este cea realizată între *administrația publică locală*, care coordonează, reglementează, monitorizează și evaluează activitatea, *sectorul de afaceri*, care aduce experiența ce o posedă în management, eficiența în furnizarea serviciilor și resurse financiare, și *organizațiile societății civile*, care și-a dezvoltat servicii sociale diversificate în funcție de nevoi, posedă standarde de calitate înalte pentru furnizarea acestor servicii, are experiență în realizarea serviciilor.

Strategia instituțională a dezvoltării sociale se bazează pe următoarele principii manageriale: *statul* își păstrează funcția de reglementare și coordonare a

activității prin intermediul politicilor publice pe care le formulează și a programelor sociale, *piața* vine să creeze competiția necesară creșterii calității și reducerii costurilor, iar *societatea civilă* aduce experiența sa în lucrul cu comunitatea, servicii de calitate, eficiența în furnizarea acestor servicii.

În legislația românească se întâlnesc mai multe forme de contractare socială respectiv: *contractul de servicii, subvențiile, finanțările nerambursabile*.

Contractul /achiziția de servicii reprezintă o formă de finanțare prin care organizațiile neguvernamentale furnizează pentru autoritățile publice servicii la un preț și în condițiile prevăzute în cadrul unui contract. De cele mai multe ori condițiile de furnizare a serviciilor sunt stabilite de autoritatea publică într-un caiet de sarcini iar organizația va oferi metodologia de furnizare și prețul. Contractarea organizațiilor se face în baza unei proceduri de licitație, deschisă tuturor furnizorilor privați de servicii sociale acreditați. Este declarat câștigător acea organizație care oferă cea mai bună calitate la un preț avantajos.

Subvențiile reprezintă o formă de suport financiar din partea bugetului de stat sau local pentru acoperirea unor costuri directe ocazionate de furnizarea unor servicii. Subsițiile reprezintă o sumă fixă pentru fiecare beneficiar și se acordă proporțional cu numărul de beneficiari.

Finanțările nerambursabile (granturile) reprezintă transferuri financiare către o organizație neguvernamentală pentru a desfășura o activitate de interes public fără a urmări generarea unui profit și este strâns legată de scopul organizației. Organizația beneficiară va contribui la desfășurarea serviciului (proiectului) asigurând o cofinanțare din surse externe grantului. Granturile sunt acordate pe baza unei competiții și în urma unui proces de evaluare a propunerii.

Parteneriatul reprezintă o relație contractuală între o autoritate publică și un furnizor privat de servicii care își pun în comun resursele de care aceștia dispun pentru furnizarea unui serviciu de interes public.

Alte forme de finanțare: restituirea unor costuri operaționale de către autoritățile publice (utilități, energie, comunicații, etc.), tichete pentru anumite tipuri de servicii suportate de la bugetul de stat sau bugetele locale (tichete de grădiniță, tichete sociale, etc.).

Serviciile sociale se pretează foarte bine la contractare, datorită faptului că există deja alternative pe piață, adică organizații private, în special nonprofit, care oferă diverse servicii. În cazul serviciilor sociale, organizațiile neguvernamentale sunt parteneri ideali pentru stat, deoarece prin misiunea și forma lor de organizare răspund cel mai bine nevoilor agențiilor neguvernamentale și beneficiarilor de servicii sociale.

Fiind organizații nonprofit, ele nu sunt orientate în principal către realizarea de profit pentru acționari /membrii și sunt guvernate de structuri de conducere pe bază de voluntariat. Aplicarea unor formule contractuale presupune o capacitate managerială crescută din partea agențiilor guvernamentale care finanțează implementarea în regim privat de servicii de asistență socială.

Actele normative de referință care reglementează și stimulează contractarea socială conducând la acumularea experienței în organizarea de activități în parteneriat public – privat, pentru domeniul persoanelor vârstnice sunt:

- Legea nr. 34/1998 privind acordarea unor *subvenții* asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică, care înființează și administrează unități de asistență socială;
- Legea nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice;
- O.G. nr. 68/2003 privind serviciile sociale care prevede *contracte de servicii* și *contracte de parteneriat*;
- O.G. nr. 86/ 2004 pentru modificarea și completarea Ordonanței Guvernului nr. 68/2003 privind serviciile sociale;
- Legea nr. 197/2012 privind asigurarea calității în domeniul serviciilor sociale;
- Legea nr. 350/2005 privind regimul *finanțării nerambursabile* din fonduri publice alocate pentru activități nonprofit de interes general;
- O.G. nr. 84/2008 pentru modificarea și completarea Legii nr. 350/2005 privind regimul finanțării nerambursabile din fonduri publice alocate pentru activități nonprofit de interes general.

Capitolul 4

Modalități de acordare a asistenței sociale persoanelor vârstnice la nivelul comunităților locale

4.1. Contextul socio-economic

Datorită speranței de viață din ce în ce mai mari, numărul persoanelor de vârstă foarte înaintată (peste 80 de ani) este în continuă creștere. 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.

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.

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 al transformărilor demografice și sociale, și anume schimbarea structurii familiale și creșterea numărului de femei încadrate în muncă, a determinat ca multe cazuri în care îngrijirea era în trecut acordată de familie, și mai ales de către femei, nu vor mai fi posibile în viitor sau nu în aceeași măsură (*Avizul Comitetului Economic și Social European din 14.3.2007 privind familia și evoluția demografică; raportor: Buffetaut - JO C 161 13.7.2007*).

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 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.

4.2. **Asistența socială a persoanelor vârstnice așa cum este prevăzută în legislația în vigoare**

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 ce decurg din îmbătrânire.

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 se acordă persoanelor vârstnice care se găsesc în situații de vulnerabilitate, respectiv:

- a) nu realizează venituri proprii sau veniturile lor ori ale susținătorilor legali nu sunt suficiente pentru asigurarea unui trai decent și mediu sigur de viață;
- b) se află în imposibilitatea de a-și asigura singure activitățile de bază ale vieții zilnice, nu se pot gospodări singure și necesită asistență și îngrijire;
- c) nu au locuință și nici posibilitatea de a-și asigura condițiile de locuit pe baza resurselor proprii;
- d) se află în alte situații de urgență sau de necesitate, prevăzute de lege.

Beneficiile de asistență socială pentru persoanele vârstnice sunt, în principal:

- a) beneficiile de asistență socială pentru prevenirea și combaterea sărăciei și a riscului de excluziune socială;
- b) *indemnizații de îngrijire*, acordate în condițiile legii;

- c) 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;
- d) *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;*
- e) ajutoare pentru situații care pun în pericol viața și siguranța persoanei vârstnice, precum și pentru evitarea instituționalizării;
- f) ajutoare în natură precum: alimente, încălțăminte, îmbrăcăminte, medicamente și dispozitive medicale, materiale de construcții și altele asemenea.

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**.

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, 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.

Serviciile comunitare de consiliere, în vederea prevenirii marginalizării sociale și pentru reintegrare socială, se asigură fără plata unei contribuții, ca un drept fundamental al persoanelor vârstnice, de către asistenții sociali.

Serviciile comunitare asigurate persoanelor vârstnice în instituțiile de tip rezidențial (cămine pentru persoane vârstnice, unități medico-sociale, centre de îngrijire și asistență , adăposturi) sunt:

- a) *servicii sociale*, care constau în : ajutor pentru menaj, consiliere juridică și administrativă, modalități de prevenire a marginalizării sociale și de reintegrare socială în raport cu capacitatea psihoafectivă;

- b) *servicii socio-medicale*, care constau în: ajutor pentru menținerea sau readaptarea capacităților fizice ori intelectuale, asigurarea unor programe de ergoterapie, sprijin pentru realizarea igienei corporale;
- c) *servicii medicale*, care constau în: consultații și tratamente la cabinetul medical, în instituții medicale de profil sau la patul persoanei, dacă aceasta este imobilizată, servicii de îngrijire-infirmerie, asigurarea medicamentelor, asigurarea cu dispozitive medicale, consultații și îngrijiri stomatologice.

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.

Autoritățile administrației publice locale asigură *gratuit servicii de informare și consiliere a persoanelor vârstnice* cu privire la drepturile sociale ale acestora.

În procesul de acordare a serviciilor sociale, furnizorii publici și privați au obligația de a implica persoana vârstnică, precum și familia sau reprezentantul legal al acesteia și de a promova intervenția membrilor comunității și a voluntarilor.

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.*

Autoritățile administrației publice locale au responsabilitatea identificării și evaluării nevoilor persoanelor vârstnice, a organizării, planificării și asigurării finanțării sau cofinanțării serviciilor sociale, iar furnizorii de servicii sociale publici și privați au responsabilitatea acordării acestora 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.

Autoritățile administrației publice locale au obligația de a asigura serviciile de îngrijire personală acordate la domiciliu sau în centre rezidențiale pentru persoanele vârstnice dependente singure ori a căror familie nu poate să le asigure îngrijirea.

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.

Pentru menținerea în mediul propriu de viață și prevenirea situațiilor de dificultate și dependență, persoanele vârstnice beneficiază de servicii de consiliere, de acompaniere, precum și de servicii destinate amenajării sau adaptării locuinței, în funcție de natura și gradul de afectare a autonomiei funcționale.

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.

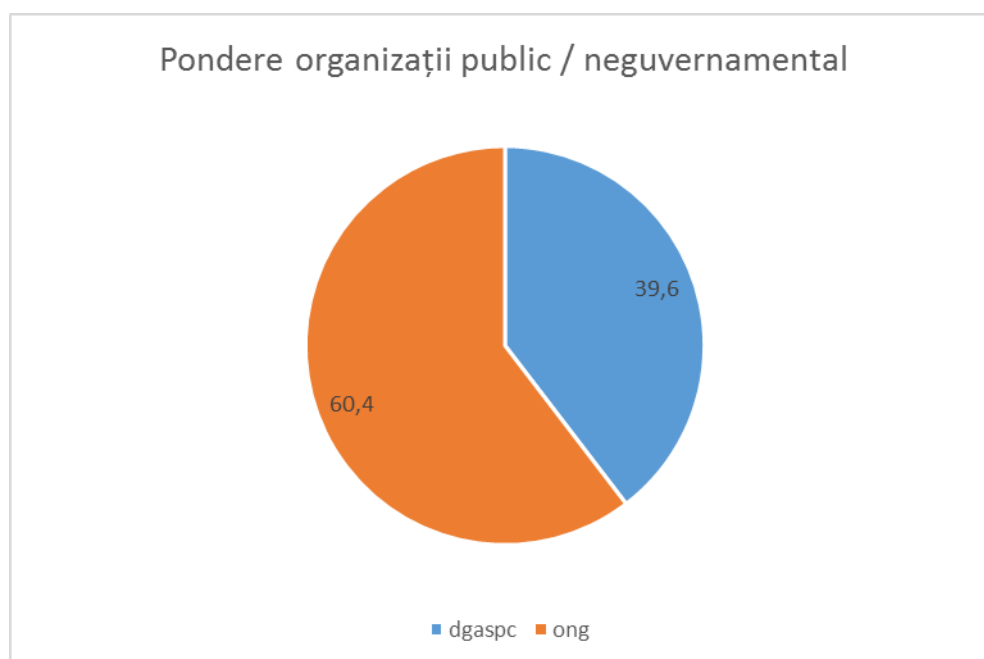
Persoana vârstnică care încheie acte juridice translativ de proprietate, cu titlu oneros sau gratuit, în scopul întreținerii și îngrijirii personale, are dreptul la măsuri de protecție acordate în condițiile legii.

4.3. Analiza datelor obținute în urma anchetei privind acordarea serviciilor sociale asigurate vârstnicilor în comunitate

Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice a întreprins o cercetare cu sprijinul consiliilor județene ale persoanelor vârstnice prin care a analizat modul de acordare al serviciilor sociale pentru vârsta a III a la nivelul comunităților locale. A fost utilizat un chestionar conținând întrebări referitoare la numărul de angajați pe categorii profesionale, numărul de beneficiari (persoane vârstnice) pe categorii de servicii, implicarea voluntarilor în activități, problemele întâmpinate și propunerile formulate de către furnizorii publici și privați.

În cele 17 județe, care au răspuns solicitării, a fost completat un număr de 48 de chestionare, ponderea organizațiilor neguvernamentale fiind mai mare decât cea a instituțiilor publice (figura nr. 1):

Figura nr. 1



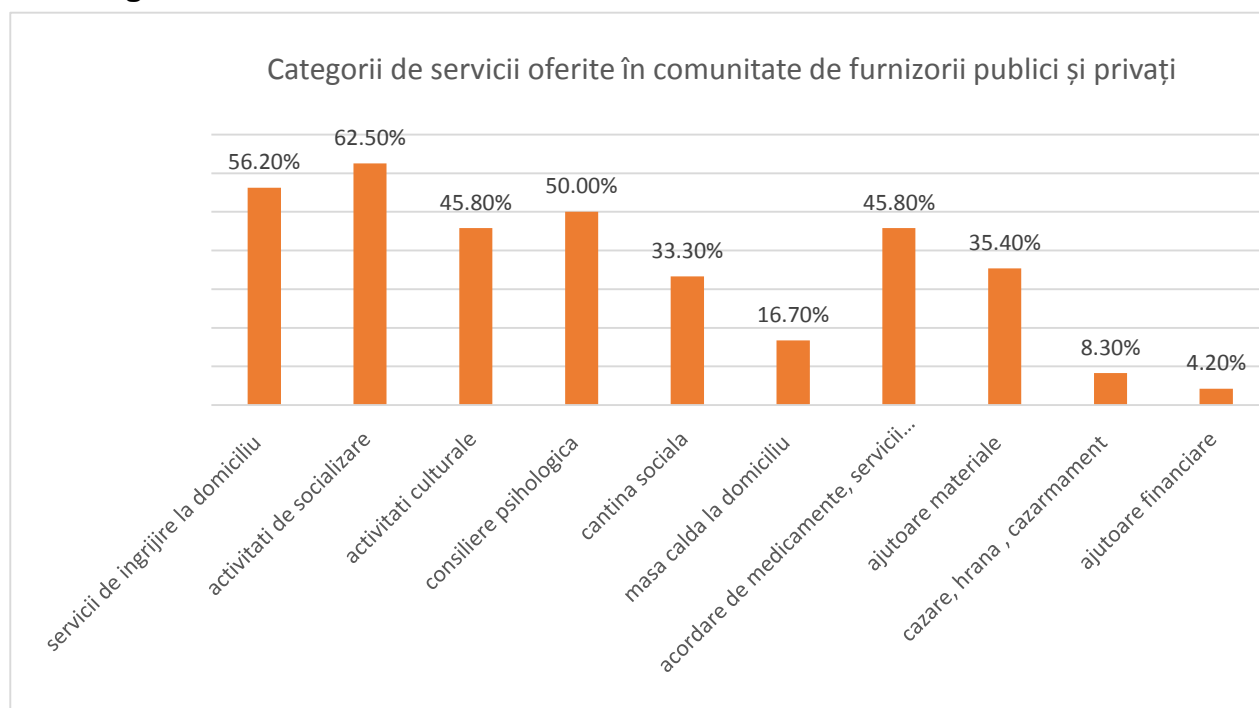
Observăm în tabelul nr. 1 și respectiv figura nr. 2, că pe principalele servicii oferite sunt cele de socializare, în proporție de 62,5 %, urmate de îngrijirea la domiciliu, 56,2 %. Consilierea psihologică ocupă și ea un loc relevant, 50% dintre organizațiile și instituțiile intervievate asigurând-o. Acordarea de medicamente și de servicii medicale, cât și activitățile culturale înregistrează ponderi egale (45,8 %), urmate de acordarea de ajutoare materiale (35,4 %) și servicii de cantină socială 33,3 %. Doar 16,7 % este ponderea serviciilor de masa caldă la domiciliu, 8,3 % cazare și 4,2 % ajutoare financiare. Considerăm insuficiente acțiunile întreprinse pentru acordarea mesei calde

la domiciliu care poate veni în sprijinul vârstnicilor nedeplasabili și aflați într-o situație materială precară sau fără aparținători.

Tabelul nr. 1 Serviciile oferite de ONG și instituțiile publice

	ONG și Instituții publice					
	organizează serviciile menționate:		nu organizează serviciile menționate:		Total	
	Nr	%	Nr	%	Nr	%
servicii de îngrijire la domiciliu	27	56,2%	21	43,8%	48	100,0%
activități de socializare	30	62,5%	18	37,5%	48	100,0%
activități culturale	22	45,8%	26	54,2%	48	100,0%
consiliere psihologica	24	50,0%	24	50,0%	48	100,0%
cantina sociala	16	33,3%	32	66,7%	48	100,0%
masa calda la domiciliu	8	16,7%	40	83,3%	48	100,0%
acordare de medicamente, servicii medicale	22	45,8%	26	54,2%	48	100,0%
ajutoare materiale	17	35,4%	31	64,6%	48	100,0%
cazare, hrana , cazarmament	4	8,3%	44	91,7%	48	100,0%
ajutoare financiare	2	4,2%	46	95,8%	48	100,0%

Figura nr. 2



Tabelul nr. 2 Beneficiarii serviciilor oferite de ONG și instituțiile publice

Categoriile servicii	Nr. mediu beneficiari ONG	Nr. mediu beneficiari instituții publice
servicii de îngrijire la domiciliu	304,52	128,67
activități de socializare	91,72	103,75
activități culturale	191,72	95,64
consiliere psihologică	247,10	72,79
cantina socială	204,25	124,75
masa caldă la domiciliu	115,43	40
servicii medicale	160,50	121,12
ajutoare materiale	380,17	948
cazare, hrană , cazarmament	50	124,67
ajutoare financiare	-	3755

Categoriile de personal care desfășoară activitățile amintite sunt: îngrijitori la domiciliu, asistente medicale, asistenți sociali, medici, psihologi, instructori de educație și alte categorii de personal administrativ. În tabelul nr. 3 se pot observa mediile pe număr de unități și remarcăm prezența slabă a psihologilor (1,64), 20 de unități nu au angajat psiholog, dar și a kinetoterapeuților (1,73). Doar 15 unități lucrează în acest domeniu, deși este o specialitate absolut necesară în problematica vârstei a treia. Și medicii (2,00) se regăsesc în număr mic, 27 de unități nebeneficiind de aportul acestora.

Tabelul nr. 3 Categoriile de personal din unitățile prestatoare

Nr. Crt.	Categorie personal	medie	minim	maxim	total	Nr. unități	Non răspunsuri
1	Îngrijitor la domiciliu	5,79	1	22	162	28	20
2	Asistent social	2,59	1	14	101	41	9
3	Medic	2,00	1	5	42	21	27
4	Asistente medicale	4,77	1	23	143	30	18
5	Psiholog	1,64	1	5	46	28	20
6	Kinetoterapeut	1,73	1	5	26	15	33
7	Instructor de educație	1,80	1	6	18	10	38

Principalele probleme cu care se confruntă furnizorii de servicii sociale și socio-medicale în comunitate, pentru persoanele vârstnice au fost astfel enunțate :

- aprobări greoaie pentru cazurile de urgență;
- fonduri insuficiente;
- personal insuficient;
- incertitudinea finanțărilor externe;
- lipsa autoturismului;
- număr mare de beneficiari;
- lipsa materialelor;
- lipsa voluntarilor;
- clădiri vechi, neadecvate.

Dintre propunerile primite din partea organizațiilor neguvernamentale și a instituțiilor publice amintim:

- dezvoltarea parteneriatului public-privat;
- participarea la dezbateri;
- perfecționarea personalului;
- diversificarea serviciilor;
- îmbunătățirea legăturii cu familia;
- implementarea unui sistem de monitorizare a îngrijirilor la domiciliu;
- calificarea personalului pentru activități de ergoterapie;
- ocuparea /deblocarea posturilor vacante;
- reabilitarea clădirilor în care au loc activitățile;
- organizarea de schimburi de experiență;
- creșterea retribuțiilor pentru profesiile din domeniul serviciilor sociale.

Capitolul 5

Concluzii

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 necesară într-o societate modernă, dinamică. Tendința de descentralizare a condus de asemenea la o restructurare a autorităților publice locale, acordându-le noi responsabilități organizatorice la nivelul comunităților.

Având ca suport juridic Legea administrației publice locale (Legea nr. 215/2001), o serie de comunități au accesat parteneriatul public-privat ca o soluție pentru un mai bun management al serviciilor organizate pe plan local. Aceste inițiative au fost totuși insuficiente și de ele au beneficiat doar comunitățile cu o capacitate financiară crescută și cu un mediu de afaceri dezvoltat, în defavoarea celor slab dezvoltate economic și care se confruntă de fapt cu cele mai mari probleme sociale.

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 tot mai mult, iar pe de altă parte autoritățile centrale au accelerat procesul de descentralizare, inclusiv cea financiară, rezultând creșterea responsabilităților ce revin autorităților publice locale.

Pornind de la scopul general de a îmbunătăți managementul serviciilor publice la nivel local acordate populației, aflată într-un proces alt de îmbătrânire și având în vedere aspectele specifice pe care le prezintă parteneriatul public-privat realizat la nivel județean considerăm că acesta reprezintă soluția pentru un management eficient al serviciilor sociale pentru comunitățile locale din România.

O descentralizare a furnizării și finanțării serviciilor de asistență socială pentru vârstnici și o transferare de competențe în acest sens se va putea realiza dacă sunt îndeplinite următoarele elemente:

- elaborarea unei strategii unice de descentralizare a serviciilor de asistență socială;
- identificarea resurselor necesare și a costurilor integrale aferente competențelor transferate;
- stabilirea standardelor de cost și de calitate pentru finanțarea diferitelor servicii de asistență socială;

- stabilirea unor indicatori sociali pe baza cărora să se calculeze bugetul aferent unei competențe pentru o autoritate publică locală.

La nivel local mecanismele legislative care permit autorităților să aloce fonduri organizațiilor neguvernamentale pentru serviciile sociale acordate persoanelor vârstnice pe care acestea le furnizează comunității sunt: Legea nr. 34/1998, Legea nr. 350/2005, Legea nr. 17/2000, dar ele prezintă anumite lacune și disfuncții în modul de aplicare pe care le sesizează atât organizațiile nonprofit cât și autoritățile publice.

O cercetare efectuată de Fundația pentru Dezvoltarea Societății Civile a relevat o serie de probleme, dar și de beneficii pentru administrația publică, pentru organizațiile neguvernamentale și pentru beneficiari, rezultate din această colaborare centrată pe obținerea de fonduri pentru derularea programelor, inclusiv pentru persoanele vârstnice ca o categorie semnificativă de persoane care necesită asistență socio-medicală.

Legea nr. 34/1998, cel mai vechi instrument de finanțare de la bugetul de stat, a apărut cu scopul de a susține financiar activitatea organizațiilor neguvernamentale din domeniul social. Interesul scăzut AL O.N.G. din domeniul social de a se finanța prin intermediul acestor subvenții poate avea mai multe cauze, precum:

- mediatizarea insuficientă a programului și lipsa sesiunilor de informare și chiar de instruire;
- slaba capacitate a O.N.G. de a obține informații, neconsultarea regulată a Monitorului Oficial;
- slaba relaționare dintre O.N.G. și direcțiile din subordinea Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice care dețin informațiile;
- incapacitatea O.N.G. de a răspunde criteriilor impuse de actul normativ;
- reticența O.N.G. de a cheltui bani publici, de a face obiectul unui control al Gărzii Financiare, respectiv neîncrederea în structurile statului;
- birocrăția prea mare cu care se confruntă O.N.G. atât pentru depunerea documentației, cât și pentru evaluarea activității lor;
- sumele prea mici acordate pe cap de beneficiar.

Cu toate aceste neajunsuri, numărul O.N.G. care cer subvenție este în continuă creștere față de anul 1998, când a fost demarat acest proces.

Din punctul de vedere al autorităților publice, parteneriatele în domeniul furnizării de servicii sociale încheiate cu O.N.G. și externalizarea serviciilor sociale sunt instrumente de lucru ce conduc la o sistematizare a serviciilor, dar reglementarea lor prin lege este lipsită de coerență și neclară. Pentru a evita procedurile birocratice unele administrații locale acordă finanțări O.N.G. care furnizează servicii sociale pe baza unor protocoale de parteneriat. Se preferă această formulă deoarece în acest mod se

asigură continuitatea serviciilor oferite beneficiarilor, evitându-se licitația care poate produce disfuncționalități. Beneficiarii se familiarizează cu un anumit O.N.G. care oferă serviciile pentru persoanele vârstnice și este de preferat, din punctul de vedere al autorităților, să se continue cu aceeași organizație neguvernamentală dacă activitatea acesteia corespunde criteriilor și standardelor de performanță impuse. Astfel se fac parteneriate pe perioade mai lungi de timp. Percepția factorilor de decizie din instituțiile administrației publice, dar și a reprezentanților organizațiilor neguvernamentale este că în acest moment avem de-a face cu o supra reglementare în domeniul contractării de servicii sociale, fapt ce creează confuzie și disfuncționalități.

Managementul O.N.G. este apreciat ca fiind de calitate de către autoritățile publice datorită capacității organizațiilor neguvernamentale de a se adapta ușor problemelor care apar, flexibilității, lipsei constrângerilor administrative, rapidității cu care circulă informația, instrumentelor de lucru pe care le posedă.

Raportarea pe care o fac ONG pentru fondurile publice locale obținute este de două tipuri financiară și narativă. Raportarea financiară se face lunar pentru a se putea primi sumele de bani la timp. Cea narativă se face fie lunar, fie trimestrial în funcție de cerințele impuse de administrația locală. Pentru Legea nr. 34/1998 raportarea este lunară, deși O.N.G. au declarat că este de preferat ca ea să fie făcută trimestrial pentru că este aceeași activitate, iar rapoartele sunt asemănătoare în fiecare lună.

Principala critică în ce privește managementul instituțiilor publice este legată de lipsa transparenței în procedurile administrației: informația circulă greu de la administrația publică locală către O.N.G., nu sunt stabilite criterii clare de evaluare a proiectelor depuse, componența comisiilor nu este stabilită înainte, nu se comunică prioritățile de finanțare pentru anul respectiv, nu sunt stabilite criteriile de evaluare și monitorizare a rezultatelor proiectelor, nu există o consultare reală a O.N.G. pentru stabilirea strategiilor de dezvoltare în domeniul serviciilor sociale și a bugetelor.

Există două efecte majore ale procesului de contractare socială: existența unei presiuni asupra organizațiilor nonprofit pentru a nu comite erori și posibilitatea creării unei dependențe în ce privește finanțarea. Dacă primul efect este unul ce are rezultate pozitive în sensul creșterii calității serviciilor și crearea unei imagini mai bune a activității O.N.G. în comunitate, cel de-al doilea este de combătut deoarece dependența poate face ca O.N.G. să nu își diversifice paleta de servicii, să nu încerce atragerea altor fonduri și în final să nu asistăm la un proces de dezvoltare instituțională.

În cazul administrației publice locale beneficiile sunt: cheltuirea eficientă a bugetului local, împărțirea responsabilităților, creșterea calității serviciilor sociale, diversificarea serviciilor sociale în funcție de nevoile beneficiarilor, descentralizarea

furnizării de servicii sociale, atragerea unor surse de cofinanțare. Pentru organizațiile neguvernamentale, beneficiile sunt: sustenabilitatea serviciilor, câștigarea unui capital de imagine necesar pentru accesarea altor finanțări, concentrarea pe servicii, realizarea nevoilor locale identificate. Efectele pozitive pentru beneficiari sunt legate de creșterea calității serviciilor, a numărului nevoilor satisfăcute, oferirea de servicii integrate.

Obstacolele în calea contractării sociale la nivelul administrației publice locale din România identificate în cadrul cercetării efectuate de către Fundația pentru Dezvoltarea Societății Civile au fost grupate pe trei niveluri – obstacole legislative, administrative și culturale.

Obstacolele legislative semnalate sunt: suprapunerile din legislație, lipsa de coerență legislativă, lipsa de coerență între conceptele de contractare, finanțare, parteneriat public-privat. În ceea ce privește obstacolele administrative putem aminti:

- birocrația,
- lipsa unor criterii obiective de evaluare,
- insuficienta dezvoltare a pieței de servicii sociale,
- lipsa unor evaluări de impact,
- lipsa unor baze de date cu beneficiari și prestatori,
- lipsa de transparență a administrației publice locale.

Obstacolele culturale se referă la: tendința de autoconservare a administrației publice locale și teama de concurența O.N.G., slaba implicare a O.N.G. în formularea de politici publice în domeniu, lipsa de dialog între administrația publică și O.N.G. O problemă majoră identificată de către reprezentanții organizațiilor neguvernamentale o constituie tendința de a-și dezvolta propriile servicii de asistență socială, lucru ce va conduce în viitor la o diminuare a sumelor acordate O.N.G., chiar dacă serviciile oferite de acestea sunt de calitate mai bună. Apare în acest mod o concurență neloială sau mai corect spus o pseudo-concurență atâta timp cât fondurile sunt acordate de către administrația publică locală pentru propriile servicii. Fondurile pentru O.N.G. se vor acorda numai în domeniile care nu sunt acoperite de către instituțiile publice.

Reconstruirea infrastructurii instituționale este un proces de durată și nu lipsit de obstacole și ale cărui efecte pentru a fi vizibile în timp este nevoie de intervenție pe mai multe planuri.

De aceea, apreciem ca pozitivă inițiativa multor organizații nonprofit și respectiv a instituțiilor de stat care au consimțit la constituirea unor asemenea parteneriate public-privat. Le considerăm a fi benefice prin cumularea experienței celor două sisteme, în special a celui privat care activează pe piața serviciilor sociale cu un avans

de peste șase ani față de sectorul public și care a beneficiat de colaborări în plan internațional, având în vedere că majoritatea organizațiilor neguvernamentale și-au început activitatea pe bază de finanțare străină asimilând un model de lucru bine organizat. Asumarea de către partenerii publici a rolului de finanțator și al sectorului nonprofit de furnizor de servicii și de bune practici în domeniu este o soluție așteaptă de societatea civilă pentru a asigura continuitatea programelor.

În prezent, dezvoltarea parteneriatului public-privat pentru asigurarea rețelei de servicii 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.

Analizele realizate de către Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice reflectă modul în care sunt reglementate, organizate și funcționează parteneriatele dintre sectorul public și cel nonprofit pentru asigurarea rețelei de suport pentru persoanele vârstnice la nivel național și a condus către conturarea următoarelor concluzii care susțin promovarea de măsuri pentru dezvoltarea și extinderea rețelei de servicii comunitare destinate persoanelor de vârstă a treia în regim de parteneriat public - privat.

Principalele aspecte care se desprind din analiza datelor primite sunt:

► **aspecte organizatorice :**

- Rețeaua geriatrică la nivel național 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.17/2000 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 (asistenți sociali, medici geriatri), 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).
- Echipa multidisciplinară nu funcționează astfel încât de cele mai multe ori evaluarea, decizia și implementarea îngrijirii sunt fracționate fără ca specialiștii să comunice eficient.
- Furnizorii de servicii socio-medicale la domiciliu se confruntă cu: lipsa spațiilor în care să își desfășoare activitatea și lipsa fondurilor pentru susținerea programelor.
- Repartizarea furnizorilor la nivel național 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.

► **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.
- Actuala Lege a asistenței sociale 299/2011 nu este armonizată cu Legea nr. 17/2000.
- 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 nonprofit și cel privat.

Alte probleme cu caracter general sesizate se referă la :

- suprapuneri legislative, motiv pentru care ar trebui elaborat un mecanism de finanțare simplificat;
- incoerență între serviciile furnizate și cele prevăzute în legea acreditării, rezultând servicii care nu au putut fi acreditate deoarece nu există în nomenclatorul de servicii sociale;
- hipercentralizate a serviciilor în sistemul public (DGASPC) care a dus la crearea unor servicii mamut ce sunt greu de administrat;
- lipsa unei metodologii unitare de evaluare la nivelul întregii țări care să cuprindă indicatori cunoscuți de către toți cei implicați;
- evaluarea urmărește în special modul de cheltuire a sumelor și mai puțin aspecte calitative legate de realizarea obiectivelor, nivelul de îndeplinire al rezultatelor propuse, impactul asupra beneficiarilor, nivelul de atingere al standardelor de performanță.

Capitolul 6

Propuneri

Îmbătrânirea populației este un fenomen mondial. Conform datelor Organizației Națiunilor Unite, proporția populației de vârstă a treia va crește, pe termen lung, fenomenul îmbătrânirii fiind prezent, în mod deosebit în Europa. Se apreciază că aceasta a atins deja un stadiu critic deoarece perspectiva pentru acest secol este un declin natural și o îmbătrânire excesivă a populației. La 1 iulie 2013 în România populația peste 60 de ani însumează 4.548.043 persoane, reprezentând 21,4% din totalul populației.

Recomandările Adunării Mondiale a Persoanelor Vârstnice propun o serie de măsuri vizând dezvoltarea îngrijirilor și serviciilor acordate la domiciliul persoanei, promovarea accesului la serviciile de sănătate, îmbunătățirea măsurilor de prevenire a situației de dependență, diversificarea prestațiilor destinate prevenției sau combaterii riscului de marginalizare sau excludere socială și creșterii calității vieții persoanei vârstnice.

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

► **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: definirea persoanei vârstnice în complexitatea sa 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 ministrului sănătății și ministrului muncii, familiei, protecției sociale și persoanelor vârstnice, 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;
- Creșterea 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, Protecției Sociale și Persoanelor vârstnice, respectiv Ministerul Sănătății și Ministerul Educației Naționale;

► **Servicii și infrastructură:**

- Implementarea unui sistem de îngrijiri de lungă durată ca o componentă importantă pentru dezvoltarea strategiei în domeniul persoanelor vârstnice.
- Extinderea anumitor tipuri de servicii și prestații, 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 instituții medicale (unități medico-sociale, spitale, centre de diagnostic etc);
- Acordarea de spații de către autoritățile publice locale prin redirectionare;
- 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.

Este necesară susținerea furnizorilor privați pe piața serviciilor sociale, socio-medicale și medicale pentru persoanele vârstnice, deoarece ei se recomandă ca având anumite avantaje precum:

- sunt cunoscători ai specificităților regiunii în care activează și a nevoilor comunităților locale, alături de care își desfășoară activitatea;
- atrag finanțări adiționale prin intermediul proiectelor și campaniilor, ceea ce reprezintă potențiale oportunități de extindere a serviciului și de îmbunătățire a calității;
- personalul acestora este mai bine pregătit;
- nu au proceduri birocratice, ceea ce ușurează accesul la servicii;
- activitatea lor de atingere a unor idealuri este strâns legată de problemele sociale ale societății.

Instrumentul cel mai important pentru creșterea calității serviciilor sociale pentru persoanele vârstnice îl deține administrația publică, respectiv guvernul și parlamentul, și este reprezentat de politicile publice pe care le adoptă. Introducerea elementelor „noului management public” în cadrul reformei administrației publice presupune: reducerea cheltuielilor administrative; utilizarea tehnologiei informației pentru a îmbunătăți sistemele financiare, sistemele de achiziții și plăți, facilitarea comunicațiilor în interiorul și în exteriorul sistemului birocratic; adoptarea unui management bazat pe programe; adoptarea planificării strategice, a planificării de afaceri, a regimurilor de management al performanței și o raportare mai transparentă către public; utilizarea unor alternative de livrare directă a serviciilor de către angajații publici permanenți în forma contractului extern, delegarea puterii/sarcinii, acorduri de parteneriat (cu non-profit, cu profit și cu alte organizații guvernamentale), privatizare și agenții autonome; schimbarea managementului resurselor umane și a sistemului de compensații; accent pus pe calitatea serviciului.

Fenomenul contractării în politica socială presupune aducerea împreună a statului și a pieței și îndeplinirea a trei condiții:

- a) separarea între finanțare, control, management și furnizare de servicii,
- b) concurența între furnizori, fie ei publici sau privați,
- c) „libertatea de a alege” a consumatorului.

Reforma în domeniul furnizării serviciilor sociale are în vedere nu numai actorii implicați (public sau privat), ci și modul cum se realizează (legislația). În prezent asistăm la o reformă în ceea ce privește criteriile acordării acestor servicii, trecându-se de la servicii bazate pe principiul universalității, la servicii personalizate în funcție de nevoile cetățenilor. Se impune astfel o schimbare a metodologiei de acreditare deoarece pentru serviciile nou înființate nu se poate obține finanțare. Cum licențierea

este de două feluri (licență provizorie și licență de funcționare), ar trebui să existe posibilitatea acreditării provizorii.

Este necesar să fie o centrare mai mare pe evaluarea de rezultate sau pe cea de impact. Trebuie să fie formulați indicatori de calitate pentru serviciile sociale, deoarece standardele de calitate nu sunt suficient de detaliate cu astfel de indicatori. În lipsa acestor indicatori, evaluarea este formală și nu urmărește îndeplinirea standardelor de calitate.

Recomandările finale ce se desprind din experimentarea dialogului social între organizațiile neguvernamentale, care activează în domeniul persoanelor vârstnice și autoritățile publice se referă în principal la următoarele aspecte:

- componentele inovatoare trebuie să se nască dintr-o necesitate reală și nu pentru a fi pe placul finanțatorului;
- obținerea de venituri să se poată realiza din desfășurarea de activități economice directe în conformitate cu legea;
- să fie folosite produse de marketing pentru vizibilitate, iar distribuția lor strategică să se facă în timp util atât pentru organizații cât și pentru potențiali beneficiari, prin metode care țin cont de specificul categoriei de populație căreia i se adresează, în speță persoanele vârstnice;
- raportarea la standardele de calitate existente;
- implicarea autorităților publice locale să conducă la o mai mare asumare a responsabilității stabilite prin lege pentru serviciile de proximitate;
- motivarea personalului și diversitatea intervențiilor să conducă la o abordare realistă a serviciilor de îngrijire care sunt extrem de solicitante;
- adaptarea la nevoile beneficiarului vârstnic;
- operaționalizarea transparenței organizaționale;
- realizarea unor contracte cu persoanele beneficiare și respectarea unui orar de funcționare;
- încrederea acordată personalului, să fie valorificată ca o metodă de a crește calitatea serviciilor organizației;
- comunicarea în interiorul și exteriorul organizației să reprezinte un element cheie pentru succesul instituției;
- încrederea că există interes real pentru activitate voluntară din partea vârstnicilor români și implicarea lor în activități ce-i pun în valoare, prin stimularea sentimentului de utilitate și de solidaritate inter și intra generațională.

BIBLIOGRAFIE

Burada, V., Berceanu, D., Petrescu, C., *Analiza mecanismelor de finanțare directă de la bugetul de stat pentru organizații neguvernamentale în România*, București, Fundația pentru Dezvoltarea Societății Civile, 2007

Rusu, O., Vîlcu, I., Petrescu, C., *Locul și rolul organizațiilor neguvernamentale pe piața de servicii sociale din România*, București, Fundația pentru Dezvoltarea Societății Civile, 2007

Lambriu, M., *Parteneriat public-privat și contractare de servicii în domeniul social*, „Revista de Asistență Socială”, nr. 1/2004, pp. 3–17

Lambriu, M., Mărginean, I., *Parteneriatul public – privat în furnizarea de servicii sociale*, București, Editura Ziua, 2004.

Mărginean I., *Modelul social din perspectiva calității vieții populației*, „Revista Calitatea Vieții”, nr. 3–4, Editura Academiei Române, 2004

Petrescu C., Rusu O., *Instrumente de Politici Publice în Sistemul de Furnizare a Serviciilor Sociale*, „Revista Calitatea Vieții”, nr. 1–2, 2008

Zamfir C, Zamfir E., (coord.), *Politici sociale România în context european*, Editura Alternative, București, 1995

„Modele de bună practică în domeniul programelor pentru vârstnici”, Fundația Principesa Margareta a României

www.fpmr.ro

www.ong-seniori.ro

www.mmuncii.ro

O. G. nr. 68/2003 privind serviciile sociale, modificată și completată.

Legea nr. 47/2006 privind sistemul național de asistență socială în România.

Legea nr. 34/1998 privind acordarea unor subvenții asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică, care înființează și administrează unități de asistență socială.

Legea nr. 350/2005 privind regimul finanțărilor nerambursabile din fonduri publice alocate pentru activități nonprofit de interes general.

O.G. nr.34/2006 privind atribuirea contractelor de achiziție publică, a contractelor de concesiune de lucrări publice și a contractelor de concesiune de servicii.

Anexa nr. 1

Denumire Organizație Neguvernamentală - localitatea:

.....

1. Care sunt serviciile oferite și numărul de beneficiari persoane vârstnice în semestrul I 2014:

Categorie servicii	Nr. beneficiari
Servicii de îngrijire la domiciliu	
Activități de socializare (club)	
Activități culturale	
Consiliere psihologică	
Cantina socială	
Masa caldă la domiciliu	
Acordare de medicamente, servicii medicale	
Ajutoare materiale	

2. Care este numărul total de angajați ai organizației, pe categorii profesionale?

Categoriile de personal	Nr. angajați
Personal de conducere	
Ingrijitor la domiciliu	
Asistent social	
Psiholog	
Medic	
Asistent medical	
Kinetoterapeut	
Alte categorii (precizați)	

3. Numarul de voluntari și specialitățile, respectiv activitățile în care sunt implicați:

4. Care sunt problemele întâmpinate în activitate?

5. Formulați propuneri pentru îmbunătățirea activității dvs:

Vă mulțumim pentru colaborare!

Direcția Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului
a județului

1. În cadrul Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului există un serviciu destinat persoanelor vârstnice?
2. Care este numărul total de angajați ai serviciului și pe categorii profesionale?

Categorii de personal	Nr. angajati
Personal de conducere	
Ingrijitor la domiciliu	
Asistent social	
Psiholog	
Medic	
Asistent medical	
Kinetoterapeut	
Alte categorii (precizați)	

3. Dacă da, ce servicii/ beneficii sociale asigură persoanelor vârstnice?

Categorie servicii	Nr. beneficiari
Servicii de îngrijire la domiciliu	
Activități de socializare (club)	
Activități culturale	
Consiliere psihologică	
Cantina socială	
Masa caldă la domiciliu	
Acordare de medicamente, servicii medicale	
Ajutoare materiale	
Alte servicii (precizați)	
Ajutoare financiare (precizați pe categorii: ajutor social, ajutoare pentru încălzirea locuinței etc)	

4. Numărul de voluntari și specialitățile, respectiv activitățile în care sunt implicați:

5. Care sunt problemele întâmpinate în activitate?

6. Formulați propuneri pentru îmbunătățirea activității dvs:

Vă mulțumim pentru colaborare!