

Respectarea drepturilor sociale  
ale persoanelor vârstnice din România  
în contextul apartenenței  
la Uniunea Europeană

**2009**

## Cuprins

1. Introducere.....	3
2. Cadrul juridic privind domeniul drepturilor sociale ale persoanelor varstnice.....	8
2.1. Istoricul apariției conceptului și legislației.....	8
2.2. Drepturile persoanelor vârstnice în spațiul comunitar.....	10
2.3. Măsuri de armonizare legislativă cu recomandările comunității europene.....	15
3. Asistența socială adresată persoanelor vârstnice.....	18
3.1. Scurt istoric.....	18
3.2. Categoriile de servicii și prestații sociale.....	20
3.3. Finanțarea activității de asistență socială.....	25
3.4. Institutii publice.....	26
3.5. Societatea civilă.....	27
4. Principalele disfuncționalități în respectarea drepturilor reglementate pentru persoanele vârstnice.....	29
5. Concluzii și propuneri.....	36
5.1. Considerente finale.....	36
5.2. Propuneri în plan legislativ.....	39
5.3. Propuneri în plan organizatoric.....	41
<i>Bibliografie</i> .....	44

## **I**NTRODUCERE

Protecția socială este definită și promovată ca un ansamblu de acțiuni pe care societatea le desfășoară pentru prevenirea, diminuarea sau înlăturarea consecințelor unor situații de risc social. Protecția socială a persoanelor vârstnice este un domeniu complex care însumează mai multe aspecte ale vieții sociale: sistemul asigurărilor sociale de stat, asistența socială, sistemul asigurărilor de sănătate și alte domenii de activitate menite să preîntâmpine marginalizarea și excluziunea socială a acestei categorii sociale.

Fenomenul de îmbătrânire a populației în România s-a accentuat, incluzându-se tendințelor la nivel european - global. Comisia Europeană a deschis o amplă dezbateră privind evoluția sistemelor de securitate socială în contextul noilor schimbări apărute pe piața muncii și a schimbărilor demografice. Aceasta a promovat acțiuni la nivel european în favoarea persoanelor vârstnice, pe principiul solidarității, în scopul protejării persoanelor vârstnice împotriva riscurilor de sărăcie și dependență prin asigurarea unei asistențe de durată și îngrijiri constante.

În spațiul european principalele acțiuni ale programelor adresate vârstnicilor vizează difuzarea inovațiilor privind potențialul de activitate a vârstnicilor, tranziția de la activitatea profesională la pensionare, ameliorarea condiției femeii vârstnice, îngrijirea și accesul la îngrijire al persoanelor vârstnice dependente, întărirea solidarității între generații și integrarea persoanelor vârstnice amenințate de izolare inserția socială în cadrul comunității etc.

În contextul integrării în Uniunea Europeană, România a aderat la valorile ei și este necesar să-și adapteze legislația în domeniul asistenței sociale incluzând vârstnicii ca o categorie semnificativă de beneficiari. Punctul de pornire al acestui demers trebuie să ia în considerare respectarea drepturilor omului și, în speță, al persoanelor vârstnice formulate la nivel mondial.

Caracteristica ultimelor decenii ale acestui secol constă în creșterea numerică a populației vârstnice, fenomen mai accentuat în țările dezvoltate economic, dar prezent și în

țara noastră. Prognozele demografice apreciază că și în continuare populația vârstnică va crește mai rapid decât cea nevârstnică.

În 1988, Organizația Mondială a Sănătății a inclus problemele îmbătrânirii, printre primele cinci probleme de sănătate ale lumii, alături de inimă, cancer, SIDA și alcool și astfel cunoștințele de gerontologie și de geriatrie au devenit o necesitate și totodată o prioritate. Îmbătrânirea populației este un fenomen mondial, fiind prezent în mod deosebit în Europa și conform datelor Organizației Națiunilor Unite proporția populației de vârstă a treia va crește pe termen lung. 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 ianuarie 2009 în România populația peste 60 de ani însuma 4.234.328 persoane, reprezentând 19,7% din totalul populației, respectiv 3.198.358 persoane peste 65 de ani, reprezentând 14,9% din totalul populației.**

*Gerontologia*, ca termen, se definește ca fiind știința proceselor de îmbătrânire, iar *geriatria*, o ramură a medicinei care cercetează aspectele patologice ale îmbătrânirii. Geriatria presupune cunoștințe în primul rând din domeniul medical, dar și din alte domenii ca: psihologie, sociologie etc. Geriatria a devenit astfel o știință de sine stătătoare, cuprinzând domeniul medicinei interne pentru vârsta înaintată, coroborat cu referințe importante din cardiologie, psihiatrie și neurologie, care reprezintă substanța sa fundamentală.

Cauzele care explică fenomenul de îmbătrânire a populației sunt: scăderea natalității, progresele medicinei și creșterea nivelului de trai, care măresc ponderea populației vârstnice, prin ameliorarea morbidității și mortalității. Se apreciază că denumirea de „persoane de vârstă a treia” este mai proprie decât aceea de persoana în vârstă (O.M.S.), deoarece evocă sectorul populației care a depășit mijlocul vieții.

Spre deosebire de îmbătrânire (proces dinamic, indiferent de vârsta cronologică), *senescența*, cuprinde ultima perioadă a vieții. În cadrul acesteia se delimitează *senilitatea*, care este o perioadă finală, datorată deteriorărilor biologice severe. Senescența nu este o boală, este un proces fiziologic, chiar dacă îmbătrânirea se asociază, de regulă, deși nu obligatoriu, cu îmbolnăvirile. Diversele modificări fiziologice par să fie în raport direct cu îmbătrânirea, dar multe persoane vârstnice își conservă capacitățile lor funcționale, cu toată degenerescența organică aparentă. Se consideră astăzi, ca prag al bătrâneții, vârsta

de 60 - 65 de ani. O caracteristică, în procesul demografic al îmbătrânirii, o constituie creșterea ponderii populației feminine în totalul populației, cu deosebire în țările industrializate, având drept cauză principală supra mortalitatea masculină. Durata medie a vieții arată, deja, în unele țări dezvoltate, diferențe de 8 - 9 ani, în favoarea femeilor (feminizarea populației).

Prin creșterea populației vârstnice apar unele consecințe nedorite. Crește indicele de dependentă economică, adică raportul dintre populația inactivă și cea activă.

Din ansamblul populației vârstnice, se pot reliefa unele grupe cu risc crescut:

- persoanele foarte în vârstă (80 - 90 de ani),
- vârstnicii care trăiesc singuri sau care nu au copii,
- bătrânii cu afecțiuni sau handicapuri grave,
- cupluri în vârstă, dintre care unul sau ambii sunt grav bolnavi,
- femeile în vârstă,
- bătrânii care trăiesc în instituții specializate (cămine de bătrâni, cămine-spital) etc.

Problemele specifice cu care se confruntă vârsta a treia constau în cheltuieli diferențiate față de restul populației prin: costul ridicat al medicamentelor, dificultăți în a-și achita cotele de întreținere a locuinței și lipsa suportului familiei prin denuclearizare. De aceea, se justifică necesitatea construirii unui sistem de protecție socială și suport pentru persoanele vârstnice care să asigure conservarea capacităților fizice și psihice, să confere vârstnicilor demnitate și confort pe măsura valorizării contribuției pe care au avut-o pentru societate în perioada lor activă. Situația actuală a vârstnicilor este marcată de câteva neajunsuri majore care conduc la o imagine precară a calității vieții lor. Sistemul public de pensii s-a erodat progresiv astfel încât raportul dintre valoarea pensiilor și cea a veniturilor salariale este mult în defavoarea pensionarilor (raportul dintre valoarea pensiei medii și valoarea salariului mediu este de 35-40%). Totuși în ciuda unei rate scăzute de sărăcie în ansamblul pensionarilor există câteva categorii de pensionari expuse riscului de excluziune socială: pensionarii singuri, pensionarii agricultori, victimele inechităților din sistemul de recalculare a pensiilor, victimele escrocheriilor imobiliare și altele. Dintre aceștia femeile vârstnice sunt dublu predispuse datorită unor factori demografici (speranța de viață mai mare) și economici (sunt în mare măsură beneficiare ale pensiei de urmaș care are un nivel scăzut).

Consecințelor demografice, li se adaugă și consecințe socio-familiale: creșterea numărului familiilor având copii puțini sau fără copii, creșterea numărului bătrânilor fără copii, uneori dezinteres și lipsa de afecțiune pentru bătrâni din partea familiei etc. De aici decurg sarcini economice dificile pentru societate.

Asistența vârstnicului nu este numai medicală, deoarece implică și aspecte psiho-sociale, care fiind cunoscute, creează o perspectivă mai favorabilă procesului de înțelegere și îngrijire a vârstnicului. Astfel, vârstnicul, prin încetarea activității profesionale, mai ales când aceasta este bruscă, fără pregătire, își pierde sentimentul de utilitate socială, prestigiul social, responsabilitatea, rolul și statutul în familie, uneori fenomenul fiind resimțit ca o adevărată dramă, o moarte socială. Stresul devine nociv. Se descrie chiar o patologie a retragerii, a pensionării. Dacă se adaugă „izolarea”, se poate înțelege dimensiunea problemei.

În timp ce vechile civilizații apreciau și utilizau înțelepciunea bătrânilor, societatea modernă privește cu neîncredere utilitatea lor. Se dezvoltă o cultură a tinereții și adolescenței, în care bătrânul își găsește din ce în ce mai greu locul. În concluzie, societatea modernă generează bătrânețe, dar tinde să o respingă și o izolează.

Pentru combaterea acestui fenomen, pentru ameliorarea condițiilor de viață ale vârstnicului, în interesul acestuia, dar și al societății, sunt necesare eforturi susținute. Trebuie edificată o concepție realistă despre îmbătrânire. Aceasta trebuie să se desfășoare demn, ferită de griji și de boli. Este, ceea ce s-a numit, „pregătirea pentru îmbătrânire”. Specialiștii chemați, prin specificul profesiei, să îngrijească această categorie de populație, trebuie să ofere bătrânilor respinși de societate, și, uneori, de propria familie, un sprijin nu numai profesional, dar și moral.

Pentru a ajuta efectiv populația vârstnică, trebuie cunoscute în profunzime modificările fiziologice care apar la vârstnic. Astfel, facultățile de percepție sunt în regresie la bătrâni (auzul, vederea, dar și gustul, mirosul). Senzațiile dureroase și termice sunt diminuate. Adesea, la bătrâni apar infarcte miocardice, ulcere perforante sau chiar fracturi, fără durere. Polipatologia este regulă, iar tablourile atipice sunt foarte frecvente. Modificările psihice ca: apatia, depresia, teama de spitalizare, confuzia, sunt obișnuite. Ele pot masca o suferință somatică, organică.

Accelerarea procesului îmbătrânirii, începând cu 2010, este de importanță majoră pentru politicile sociale și modernizarea protecției sociale. Obiectivul protecției sociale constă în garantarea prosperității, într-o societate a cărei populație îmbătrânește. Menținerea unui grad ridicat de protecție socială, în aceste condiții este o importanță provocare pentru autorități. Necesitatea de adaptare la o populație în vârstă implică revederea și adaptarea politicilor și strategiilor. Și pentru că societatea nu poate reveni la condițiile de viață anterioare sau la familia lărgită care asigura mijloacele de existență și prelua îngrijirea persoanelor vârstnice, revine în responsabilitatea statelor să elaboreze strategii/politici sociale care să stea la baza unor programe active pentru înlăturarea efectelor îmbătrânirii populației și pentru asigurarea unei calități superioare a vieții persoanelor de vârsta a treia.

Recomandările Adunării Mondiale a Persoanelor Vârstnice propun o serie de măsuri având drept țintă dezvoltarea îngrijirilor și serviciilor acordate la domiciliul persoanei, promovarea accesului fără restricții 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 creșterea calității vieții persoanei vârstnice.

## CADRUL JURIDIC ÎN DOMENIUL DREPTURILOR SOCIALE ALE PERSOANELOR VÂRSTNICE

### ***2.1. Istoricul apariției conceptului și legislației***

Comunitatea internațională a manifestat o atenție specială pentru asigurarea unui sistem de protecție socială pentru anumite categorii de persoane care, datorită stării lor de sănătate fizică sau mintală, vârstei înaintate sau a unor împrejurări speciale, au nevoie de ajutorul și asistența colectivității în care trăiesc.

Problema drepturilor și a protecției persoanelor în vârstă a făcut obiect de preocupare a diverselor organe ale Națiunilor Unite începând cu anul 1948, când Guvernul argentinian a propus celei de-a treia Sesiuni a Adunării Generale a O.N.U., un proiect de Declarație asupra persoanelor în vârstă. Proiectul de Declarație făcea referire la articolul 55 din Carta O.N.U., potrivit căruia statele membre se angajau să „creeze condiții de stabilitate și de bunăstare necesare unor relații pașnice și prietenești între națiuni ”favorizând” ridicarea nivelului de trai, deplina folosire a forței de muncă și condiții de progres și dezvoltarea economică și socială”.

Problema a fost preluată ulterior în cuprinsul Declarației asupra progresului și dezvoltării în domeniul social, asociindu-se la studierea acestei probleme Organizația Internațională a Muncii și Organizația Internațională a Sănătății.

Consiliul de Miniștri al Republicii Populare Romane a emis Hotărârea nr. 454 din 6 aprilie 1957 publicată în Monitorul Oficial, prin care Ministerul Sănătății și Prevederilor Sociale, împreună cu comitetele executive ale sfaturilor populare urmează să realizeze primele forme de asistență socială a bătrânilor pensionari și nepensionarilor.

La 16 mai 1973, Consiliul Economic a recunoscut, prin Rezoluția nr. 1751/LIV „că o securitate socială adecvată este de cea mai mare importanță pentru persoanele vârstnice”



și că „ protecția persoanelor în vârstă este un element important al oricărui sistem general de securitate socială”. Totodată, Consiliul a recomandat guvernelor să asigure persoanelor în vârstă alocații suficiente de securitate socială, să creeze un minim suficient de instituții pentru furnizarea de îngrijiri medicale pentru aceste persoane și să vegheze prin toate mijloacele ca persoanele incluse în programul de protecție specială să poată participa, în măsura capacității lor, la activități creatoare care le-ar aduce o satisfacție morală.

Totodată, le recomandă ca atunci când elaborează politicile și programele naționale, să ia măsuri adecvate, respectiv să pună la punct, potrivit nevoilor și în conformitate cu prioritățile lor naționale, programe pentru bunăstarea, sănătatea și protecția persoanelor vârstnice, inclusiv măsuri de natură a le asigura la maxim independența economică și integrarea socială , să elaboreze în mod progresiv măsuri de securitate socială pentru a le asigura bătrânilor un venit suficient, să întărească contribuția persoanelor vârstnice la dezvoltarea economică și socială, să descurajeze atitudinile, politicile și măsurile discriminatorii fondate în mod exclusiv pe vârsta care există în practica în materie de angajare, să încurajeze crearea de posibilități de angajare pentru persoanele în vârstă conform nevoilor lor, să favorizeze prin toate mijloacele consolidarea familiei, să încurajeze încheierea de acorduri bi și multilaterale de cooperare în materie de securitate socială în favoarea persoanei vârstnice.

La Viena a avut, între 26 iulie și 6 august 1982, prima Adunare mondială consacrată persoanelor în vârstă, convocată cu scopul de a se constitui într-o tribună menită să lanseze un program internațional de acțiune vizând să asigure persoanelor de vârsta a treia securitatea economică și socială și să le creeze posibilitatea de a contribui la dezvoltarea economică și socială în propria țară. Adunarea a apreciat că numărul persoanelor în vârstă, va crește spectaculos în următorii 20 ani, și că aceste persoane „constitue o resursă umană prețioasă, atât în domeniile economic și social, cât și în ceea ce privește transmiterea patrimoniului cultural”.

În aprilie 2002, la Madrid a avut loc a doua Adunare Generală a Națiunilor Unite consacrată îmbătrânirii și s-a adoptat Planul Internațional de Acțiune privind Îmbătrânirea și Declarația Politică, documente ce cuprind recomandări privind implementarea măsurilor capabile să răspundă atât oportunităților, cât și provocărilor induse de fenomenul de

îmbătrânire a populației în secolul XXI. Scopul final al acțiunilor ce vor fi întreprinse este acela de a promova o societate pentru toate vârstele.

## **2.2. Drepturile persoanelor vârstnice în spațiul comunitar**

Asistența socială a persoanelor vârstnice trebuie să asigure respectarea drepturilor acestora așa cum sunt ele reglementate în tratatele și convențiile internaționale.

În spațiul Uniunii Europene există o serie de reglementări referitoare la drepturile sociale ale persoanelor vârstnice:

**1. Carta Drepturilor Fundamentale** adoptată la 8 decembrie 2000, la Consiliul European de la Nisa, a fost integrată în proiectul de Constituție a Europei în partea a II-a. Carta face referire la eliminarea oricăror forme de discriminare legate de vârstă.

*Articolul 25: Drepturile persoanelor vârstnice.* Uniunea recunoaște și respectă dreptul la o viață demnă și autonomă și dreptul de participare la viața socială și culturală.

### **Articolul 34: Securitatea socială și asistență socială**

a) Uniunea recunoaște și respectă **dreptul la prestații sociale și servicii sociale** prin care să se asigure protecție socială în următoarele domenii: *maternitate, boală, accidente de muncă, dependența vârstei a treia, și în cazurile de pierdere a locului de muncă*, în concordanță cu procedurile legale ale Comunității și cu legislația și practicile naționale.

b) În scopul **combaterii excluziunii sociale și sărăciei**, Uniunea recunoaște și respectă dreptul la asistența socială și la locuință astfel încât să se asigure un nivel decent de existență pentru cei aflați în nevoie, în concordanță cu procedurile legale ale Comunității și cu legislația și practicile naționale.

**2. Carta Socială Europeană Revizuită** adoptată la Strasbourg la 3 mai 1996 își are originile în Declarația Universală a Drepturilor Omului din 1948. A fost semnată de România la 15 mai 1997 și ratificată prin **Legea nr. 74 din 4 mai 1999**. Carta reglementează obligativitatea statelor membre de a asigura accesul cetățenilor la drepturile sociale.

Articolul 23 din Carta socială europeană revizuită pune în evidență măsuri ce au ca obiect **garantarea de resurse suficiente, locuințe adecvate, diverse ajutoare**, precum și **îngrijirea sănătății în beneficiul persoanelor vârstnice**:

*“În vederea exercitării efective a dreptului persoanelor vârstnice la protecție socială, părțile se angajează să ia sau să promoveze fie direct, fie în cooperare cu organizațiile publice sau private măsuri adecvate, destinate, în special:*

- *să permită persoanelor vârstnice să rămână membri deplin ai societății cât mai mult timp posibil, prin intermediul:*
  - a) *unor resurse suficiente care să le permită să ducă o existență decentă și să participe activ la viața publică, socială și culturală;*
  - b) *difuzării informațiilor privind serviciile și facilitățile disponibile pentru persoanele vârstnice și posibilitățile lor de a recurge la acestea;*
- *să permită persoanelor vârstnice să aleagă liber propriul stil de viață și să ducă o existență independentă în mediul lor obișnuit atâta timp cât doresc și cât acest lucru este posibil, prin:*
  - a) *punerea la dispoziție a unor locuințe corespunzătoare nevoilor acestora și stării lor de sănătate sau sprijin adecvat în vederea amenajării locuinței;*
  - b) *îngrijirea sănătății și servicii pe care starea acestora le impune;*
- *să garanteze persoanelor vârstnice care trăiesc în instituții o asistență corespunzătoare în privința vieții private și participarea la determinarea condițiilor de viață din instituție.”*

**3. Codul European de Securitate Socială, Partea a V-a**, prevede garantarea prestațiilor care se adresează riscului de bătrânețe. Riscul social asigură supravețuirea la o vârstă stabilă.

#### **4. Convenția Europeană a Drepturilor Omului (CEDO)**

Convenția Europeană a Drepturilor Omului, semnată la Roma, sub egida Consiliului Europei la 4 noiembrie 1940 a stabilit un sistem de protecție internațională pentru drepturile

omului fără precedent, oferind indivizilor posibilitatea de a se adresa Curții pentru respectarea drepturilor lor. Convenția, ratificată de toate statele membre ale Uniunii Europene, a stabilit un număr de organisme de supraveghere la Strasbourg și anume:

- Comisia responsabilă pentru examinarea în avans a cercetărilor formulate de state sau persoane;
- Curtea Europeană a Drepturilor Omului, la care se trimiteau cazurile punctuale de către Comisie sau un stat membru, în urma unui raport al Comisiei;
- Un Comitet de Miniștri al Consiliului Europei, care acționează ca un sistem de control al CEDO și care era informat în cazul în care nu ajunge în fața Curții, pentru a proteja natura politică a unei dispute.

Numărul mare de cazuri a determinat reformarea acordurilor de supraveghere stabilite de Convenție (Protocolul nr.11). Organele de supraveghere au fost înlocuite la 1 noiembrie 1998 de o **Curte Unică a Drepturilor Omului**. Noua structură a simplificat procedurile și a consolidat caracterul judiciar al sistemului.

#### **5. Recomandarea Consiliului Europei nr. 92/442/CEE din 27 iulie 1992 privind criteriile comune referitoare la resurse suficiente în sistemele de protecție socială.**

Statul trebuie să recunoască, în cadrul unui dispozitiv global și coerent de combatere a excluziei sociale, dreptul fundamental al persoanei la resurse și prestații suficiente pentru a duce o existență compatibilă cu demnitatea umană.

#### **6. Recomandarea Comitetului de Miniștri nr. R(87)22 privind depistarea și supravegherea problematicei persoanelor vârstnice,** cuprinde recomandări adresate guvernelor statelor membre și anume:

- să permită depistarea facilităților pentru persoanele vârstnice;
- să stimuleze organizațiile voluntare să joace un rol important în încurajarea persoanelor vârstnice de a fi active din punct de vedere social și de a apela la specialiști sau la alți profesioniști relevanți;
- să asigure ca depistarea și supravegherea respectă cu strictețe confidențialitatea;
- să încurajeze tot personalul implicat în îngrijirea medicală să obțină informații cu privire la starea persoanelor vârstnice;

- să ia măsuri speciale pentru identificarea grupurilor de risc.

## **7. Recomandarea Consiliului Europei nr. 92/442/CCE asupra convergenței obiectivelor și politicilor de protecție socială**

Recomandări adresate statelor membre:

- să orienteze politica generală în domeniul protecției sociale, să fixeze principiile de organizare ale propriilor sisteme, ținând cont de următoarele elemente: disponibilitatea resurselor financiare; garantarea unui nivel de resurse necesar pentru menținerea demnității umane; garantarea unor venituri în caz de boală, maternitate, accidente, șomaj;
- să garanteze dreptul la prestațiile sociale, cu respectarea următoarelor principii: egalitatea de tratament și echitate;
- să adapteze sistemele de protecție socială la evoluția structurilor familiale și să gestioneze cu maximum de eficiență acordarea drepturilor și identificarea situațiilor de nevoi și cu eficacitate organizarea și funcționarea sistemului;
- să adapteze și să dezvolte dacă este necesar, sistemele de protecție socială, să fixeze principiile și organizarea propriilor sisteme în următoarele domenii: *boala, maternitate, șomaj, incapacitate de muncă, bătrânețe, familie*.

## **8. Recomandarea Consiliului Europei nr. 1428(1999)<sup>1</sup> „Viitorul cetățenilor vârstnici: protecție, participare și promovare”**

Sunt adresate recomandări cu privire la *protecția, participarea și imaginea pensionarilor și a persoanelor vârstnice*:

- să identifice noi măsuri pentru a face mai ușoară deplasarea persoanelor vârstnice;
- să existe servicii de informare pentru persoanele vârstnice;
- să se asigure ca personalul medical de îngrijire și asistenței sociali au o pregătire corespunzătoare;
- să existe o legislație mai flexibilă pentru pensionari, care să permită celor ce doresc să-și continue activitatea să rămână la locul de muncă;
- să faciliteze accesul persoanelor vârstnice la educație și instruire în ceea ce privește noile tehnologii;

- să încurajeze autoritățile locale să implice persoanele vârstnice în procesul de decizie;
- să inițieze activități de comunicare care să încurajeze o imagine pozitivă a persoanelor vârstnice;
- să încurajeze folosirea, în special în serviciile publice, a unui vocabular care să nu proiecteze o imagine negativă asupra pensionarilor.

**9. Recomandarea Consiliului Europei Nr. R (98) 9 privind dependența, adoptată de Comitetul de Miniștri ai statelor membre la data de 18 septembrie 1998**, subliniază, prin conținutul ei, necesitatea ca opinia publică să fie sensibilizată referitor la importanța problematicilor legate de situația de dependență, precum și urgența orientării măsurilor politice și legislative asupra acestui domeniu. Acest document recomandă statelor membre să elaboreze legislația în domeniu, luând în considerare reglementări care privesc:

- a) definiția dependenței;
- b) principiile generale în favoarea persoanelor dependente;
- c) măsuri în favoarea persoanelor dependente;
- d) îngrijitorii fără statut profesional.

România, pentru a ratifica și art. 23 referitor la drepturile persoanelor vârstnice din Carta Socială Europeană revizuită, cât și pentru a demonstra respectarea prevederilor art. 13 referitor la drepturile pentru asistența socială și medicală, asumat deja prin Legea nr.74/1999 pentru ratificarea Cartei Sociale Europene revizuite, adoptată la Strasbourg la 3 mai 1996, dar și în calitate de țară membră ONU, trebuie să promoveze măsuri adecvate destinate persoanelor vârstnice pentru a permite acestora să rămână membri deplin ai societății.

Strategia sistemului de asistență socială în favoarea persoanelor vârstnice reprezintă o prioritate și se fundamentează atât pe evaluarea situației prezente și a potențialelor riscuri la care este predispusă persoana vârstnică, cât și pe **principiile enunțate Organizația Națiunilor Unite**:

- Independența ;
- Participarea ;
- Îngrijirea ;

- Împlinirea personală ;
- Demnitatea.

### **2.3. Măsuri de armonizare legislativă cu recomandările comunității europene**

În vederea atingerii obiectivelor comune la nivel european de respectare a drepturilor persoanelor vârstnice și pentru crearea cadrului instituțional care să asigure aplicarea recomandărilor comunității europene a fost elaborată **Strategia națională de dezvoltare a sistemului de asistență socială pentru persoanele vârstnice în perioada 2005-2008 care a fost aprobată prin H.G. nr. 541 din 9 iunie 2005.**

***Menționăm că până în prezent nu s-a efectuat o evaluare strictă a aplicării măsurilor prevăzute în strategie pentru a se continua demersurile în vederea peluării obiectivelor nerealizate și formulării de noi obiective pentru perioada următoare.***

Se pot evidenția unele măsuri importante care însă nu sunt realizate, ca de exemplu:

- în cadrul Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale nu funcționează o structură distinctă, care să se preocupe de problemele persoanelor vârstnice, care să gestioneze totodată și baza de date cu persoanele vârstnice care au probleme deosebite;
- nu s-a instituit prestația de dependență care să se acorde vârstnicilor aflați în extremă dificultate;
- serviciile de îngrijire la domiciliu a persoanelor vârstnice nu sunt organizate și dezvoltate pe baza unor reglementări clare;
- nu s-au elaborat reglementări specifice privind prevenirea oricăror forme de abuz și neglijare a persoanei vârstnice;
- nu s-a acționat pentru identificarea și promovarea de locuri de muncă destinate persoanelor vârstnice;

- vârstnicii nu beneficiază de o lege cadru privind protecția drepturilor lor și sprijinul care trebuie să-l primească de la Guvern pentru a avea o viață lipsită de griji și o bătrânețe demnă.

În aceste condiții, inițierea, dezvoltarea și acordarea serviciilor sociale și de sănătate, în special a celor de îngrijire personală, impun o politică unitară în domeniu pentru a realiza menținerea persoanelor vârstnice la domiciliu lor, dacă acest lucru nu este posibil, pentru a asigura suportul necesar continuării vieții într-o instituție de asistență socială.

Pe termen lung direcțiile de dezvoltare globală a politicilor sociale pentru persoanele vârstnice au în vedere garantarea accesului la :

- ▶ locuință;
- ▶ venit minim;
- ▶ servicii de sănătate;
- ▶ servicii integrate de îngrijire;
- ▶ participarea activă la viața societății;
- ▶ educație continuă.

**Planul Național de Antisărăcie și Promovare a Incluziunii Sociale(PNA inc) pentru perioada 2006-2008 aprobat prin H.G. nr. 1827/2005 și respectiv Planul Național de Dezvoltare pentru perioada 2007-2013, sunt singurele documente în care se prevede:**

- eradicarea unor situații de sărăcie extremă, inacceptabilă în societatea modernă, exemplu: locuirea în condiții insalubre, abuzul și violența domestică, traficul de ființe umane etc;
- reducerea riscului de sărăcie pentru persoanele ocupate, dar și pentru cele care au încheiat ciclul vieții active;
- diminuarea dezechilibrelor regionale, revitalizarea și prevenirea apariției unor zone inerte economic;
- asigurarea accesului tuturor categoriilor de populație la un minim de servicii de sănătate, educație, ocupare și asistență socială;
- asigurarea accesului egal la educație, menținerea stării de sănătate, stimularea participării sociale și politice prin abordarea problematicii sociale ca o investiție și nu drept cheltuială;



- descentralizarea, încurajarea inițiativelor locale prin motivarea și dezvoltarea capacităților locale de identificare și gestionare a problemelor sociale;
- activizarea forțelor comunitare, prin stimularea inițiativelor colective și a parteneriatului social, promovarea unei societăți incluzive, cu un grad ridicat de coeziune socială.

Precondițiile unei abordări sistemice care să asigure succesul reformelor instituționale presupun eficientizarea programelor de protecție socială, ceea ce înseamnă, în primul rând, o identificare adecvată a segmentului de populație aflat „în nevoie”.

Aceasta, la rândul ei, presupune:

- *un instrument cât mai adecvat* de măsurare a resurselor indivizilor;
- *o evidență corectă a tipurilor de risc social*, impunerea lor în conștiința publică unde este cazul; o evidență a grupurilor care pot cădea sub incidența acestora.
- *identificarea corectă a grupurilor* aflate sub incidența mai multor factori de risc social;
- *identificarea resurselor instituționale utilizabile* și a celor implicate în atenuarea incidenței factorilor de risc social;
- *o distribuție optimă între suportul financiar și oferta de servicii sociale* adresate celor în nevoie, în vederea optimizării intervenției sociale (demonetizarea suportului social);
- *o distribuție cât mai corectă și realistă a responsabilităților* în asigurarea bunăstării, între stat și individ, dar și între nivelul central și cel local.

## ASISTENȚA SOCIALĂ ADRESATĂ PERSOANELOR VÂRSTNICE

### 3.1. Scurt istoric

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: copiii, persoane cu handicap, persoane și familii cu venituri reduse, victimele violenței familiale 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.

Asistența socială, componentă a sistemului de protecție socială, reprezintă ansamblul de instituții și măsuri prin care statul, autoritățile publice ale administrației locale și societatea civilă asigură prevenirea, limitarea sau înlăturarea efectelor temporare sau permanente ale unor situații care pot genera marginalizarea sau excluderea socială a unor persoane. Asistența socială are ca obiectiv principal protejarea persoanelor care, datorită unor motive de natură economică, fizică, psihică sau socială, nu au posibilitatea să își asigure nevoile sociale, să își dezvolte propriile capacități și competențe pentru integrare socială.

Sistemul național de asistență socială a fost redefinit conform Legii nr. 47/2006, care stabilește organizarea, funcționarea și finanțarea având la bază principiile europene de acordare a asistenței sociale în vederea promovării procesului de incluziune socială.

Principiile generale pe care se întemeiază și care stau la baza acordării asistenței sociale pentru persoanele vârstnice sunt următoarele:

- a) *respectarea demnității umane* - fiecărei persoane îi este garantată dezvoltarea liberă și deplină a personalității;

- b) *universalitatea* - fiecare persoană are dreptul la asistență socială, în condițiile prevăzute de lege;
- c) *solidaritatea socială* - comunitatea participă la sprijinirea persoanelor care nu își pot asigura nevoile sociale, pentru menținerea și întărirea coeziunii sociale;
- d) *parteneriatul* - instituțiile publice și organizațiile societății civile cooperează în vederea organizării și dezvoltării serviciilor sociale;
- e) *subsidiaritatea* - statul intervine atunci când inițiativa locală nu a satisfăcut sau a satisfăcut insuficient nevoile persoanelor;
- f) *participarea beneficiarilor* - care sunt implicați direct în procesul de decizie și acordare a serviciilor sociale;
- g) *transparența* - în raporturile dintre beneficiari și autoritățile publice locale;
- h) *nediscriminarea* - prin respectarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale.

Aceste principii stau și la baza organizării programelor sociale pentru persoane vârstnice.

Persoana vârstnică este definită de Legea nr.17/2000 ca acea persoană care a împlinit vârsta legală de pensionare și beneficiază de asistența socială în situația în care:

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

**Nevoia socială este definită ca ansamblul de cerințe indispensabile fiecărei persoane pentru asigurarea condițiilor de viață în vederea integrării sociale.** Pentru persoanele vârstnice nevoia se definește în relație cu **gradul de dependență prin care 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.** Criteriile de încadrare în grade de

dependență trebuie stabilite prin evaluarea statusului funcțional, senzorial și psihoafectiv al persoanei vârstnice. Pentru evaluarea nevoilor persoanelor vârstnice s-au elaborat: Grila națională pentru evaluarea nevoilor persoanelor vârstnice și Fișa de evaluare sociomedicală (geriatrică) aprobate prin H.G. nr. 886/2000.

### **3.2. Categoriile de servicii și prestații sociale**

**Drepturile sociale ale persoanelor vârstnice reglementate în prezent prin Legea nr.17/2000 – act normativ depășit de problematica situației actuale a acestei categorii de populație.** În raport cu situația sociomedicală și cu resursele economice de care dispun, **persoanele vârstnice pot beneficia de servicii și prestații pentru asigurarea satisfacerii nevoilor curente ale vieții.**

**A. Prestatiile sociale** de care beneficiază persoanele vârstnice sunt : **ajutorul social** (Legea nr. 416/2001 privind venitul minim garantat cu modificările și completările ulterioare), **ajutoarele de urgență, ajutor pentru încălzirea locuinței** (O.U.G. nr. 5/2003 privind acordarea de ajutoare pentru încălzirea locuinței, precum și a unor facilități populației pentru plata energiei termice), **ajutorul în caz de deces** (Legea nr.19/2000 privind sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale) și **ajutorul lunar acordat soțului supraviețuitor** (Legea nr. 578/2004 privind acordarea unui ajutor lunar pentru soțul supraviețuitor).

**I.** Conform **O.U.G. nr. 57/27 mai 2009** nivelul lunar al **venitului minim garantat** a fost majorat , fiind de:

- a) 125 lei pentru persoana singură;
- b) 225 lei pentru familiile formate din 2 persoane;
- c) 313 lei pentru familiile formate din 3 persoane;
- d) 390 lei pentru familiile formate din 4 persoane;
- e) 462 lei pentru familiile formate din 5 persoane;
- f) câte 31 lei pentru fiecare altă persoană peste numărul de 5 persoane, care face parte din familie.

II. Potrivit **OUG nr. 5 din 20 februarie 2003** privind acordarea de ajutoare pentru încălzirea locuinței, precum și a unor facilități populației pentru plata energiei termice, aprobată prin Legea nr. 245/2003, cu modificările și completările ulterioare, sunt stabilite categoriile de persoane care beneficiază de aceste facilități - familiile și persoanele singure cu venituri reduse, care utilizează pentru încălzirea locuinței energie termică furnizată în sistem centralizat, gaze naturale și respectiv lemne, carbuni, combustibili petrolieri .

Acest ajutor pentru încălzirea locuinței se acordă **lunar, la cererea titularului, pe baza documentelor doveditoare** privind componența familiei și a declarației pe propria răspundere privind veniturile realizate de membrii acesteia în luna anterioară depunerii cererii, însoțită de actele doveditoare.

Limitele veniturilor și respectiv cele ale ajutoarelor acordate pentru acoperirea cheltuielilor pentru încălzirea locuinței pentru perioada ianuarie – martie 2008 au fost menținute și în anul 2009, fiind următoarele:

Venit per familie sau persoană singură (lei)	Ajutor lunar acordat pentru încălzirea locuinței furnizată în sistem centralizat (nivel de compensare al facturii)	Ajutor lunar acordat pentru încălzirea locuinței cu gaze naturale (lei)	Ajutor lunar acordat pentru încălzirea locuinței cu lemne, carbuni, combustibili petrolieri (lei)
< 155	90%	233	50
155,1 - 170	80%	144	45
170,1 - 210	70%	122	41
210,1 - 260	60%	100	36
260,1 - 310	50%	78	32
310,1 - 355	40%	56	28
355,1 - 425	30%	39	24
425,1 - 480	20%	28	19
480,1 - 540	10%	17	15

Totodată a fost constituit Fondul social pentru acordarea unui ajutor suplimentar familiilor și persoanelor singure care utilizează gaze naturale pentru încălzirea locuinței și sunt beneficiare ale ajutorului pentru încălzirea locuinței în baza Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 5/2003. Acordarea ajutorului suplimentar s-a realizat pentru perioada februarie-martie 2008 și a fost aplicat și în perioada noiembrie-decembrie 2008, după cum urmează:

Venit per familie sau persoană singură (lei)	Ajutor suplimentar acordat pentru încălzirea locuinței furnizată în sistem centralizat (lei)
< 155	100
155,1 - 210	70
210,1 - 260	60

260,1 - 310	45
310,1 - 355	30
355,1 - 425	25
425,1 - 480	20
480,1 - 540	15
540,1 - 615	10

**III. Soțul supraviețuitor al unei persoane care, la data decesului, avea calitatea de pensionar**, după caz, în sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale, în fostul sistem al asigurărilor sociale de stat sau în fostul sistem al asigurărilor sociale pentru agricultori beneficiază, la cerere, în condițiile prevăzute de Legea nr. 578/2004 privind acordarea unui ajutor lunar pentru soțul supraviețuitor, cu modificările și completările ulterioare, de un ajutor lunar.

Acesta se acordă soțului supraviețuitor care, la data solicitării, îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

- a) este pensionar din sistemul public de pensii și are cel puțin vârsta standard de pensionare, prevăzută de Legea nr. 19/2000 privind sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale, cu modificările și completările ulterioare;
- b) nu beneficiază de pensie din alte sisteme neintegrate sistemului public;
- c) nu s-a recăsătorit după decesul soțului;
- d) durata căsătoriei cu soțul care a decedat a fost de cel puțin 10 ani;
- e) nu se află în una dintre situațiile prevăzute la art. 5 alin. (1) din Legea nr. 19/2000, cu modificările și completările ulterioare;
- f) are domiciliul pe teritoriul României.

În situația în care durata căsătoriei cu soțul care a decedat a fost mai mică de 10 ani, dar de cel puțin 5 ani, cuantumului ajutorului lunar se diminuează proporțional.

Conform H.G. nr. 69/23 ianuarie 2008 cuantumului acestui ajutor lunar este de:

- a) **113 lei lunar**, pentru soțul supraviețuitor care la data solicitării are cuantumului pensiei mai mic de 364 lei, în situația soțului supraviețuitor care beneficiază de pensie stabilită în baza prevederilor Legii nr. 19/2000, cu modificările și completările ulterioare, sau stabilită în fostul sistem al asigurărilor sociale de stat, precum și în situația soțului supraviețuitor care beneficiază atât de pensie stabilită în fostul sistem al asigurărilor sociale de stat, cât și în fostul sistem al asigurărilor sociale pentru agricultori;

b) **44 lei lunar**, pentru soțul supraviețuitor care la data solicitării are cuantumul pensiei mai mic de 140 lei, în situația soțului supraviețuitor care beneficiază numai de pensie stabilită în fostul sistem al asigurărilor sociale pentru agricultori.

Fondurile necesare plății ajutorului lunar se suportă din bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale.

De asemenea, asiguratul sau pensionarul beneficiază de ajutor material în cazul decesului unui membru de familie aflat în întreținerea sa și care nu are un drept propriu de asigurări sociale. Ajutorul în caz de deces reprezintă jumătate din cuantumul convenit pentru decesul unei persoane care era asigurat sau pensionar. Ajutorul se suportă din bugetul asigurărilor sociale de stat și se acordă, la cerere, pe baza certificatului de deces. Pentru anul 2009, cuantumul ajutorului de deces se stabilește, în condițiile legii, în cazul pensionarului, la 1.702 lei prin O.U.G. nr. 226/30 decembrie 2008 privind măsuri financiare-bugetare.

**B. Serviciile comunitare pentru vârstnici** constau în :

- 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.

**I. 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.

**II. 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.

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

Raportul privind „Evaluarea situației la nivelul comunităților locale a persoanelor vârstnice care se află în dificultate socio-economică”, elaborat de către Inspekția Socială în anul 2008 a arătat că „la nivelul celor 8 regiuni s-au identificat în derulare un număr de 358 de programe, proiecte și activități, de inserție socială pentru persoanele vârstnice dezvoltate de către primării. În stadiul de implementare **nu s-au identificat decât 9 primării** din cele 790 inspectate care asigură inserție socială persoanelor vârstnice, restul



de 349 sunt doar propuneri sau proiecte pentru o perioadă viitoare, iar 432 de primării nu au în vedere asemenea programe într-un timp scurt, deoarece acestea se rezumă numai la acordarea prestațiilor sociale prevăzute de lege”.

**Asistența socială pentru persoanele vârstnice este deficitară, departe de a contribui la îmbunătățirea nivelului de trai pentru persoanele de vârstă a treia aflate în situații de dependență. Totodată, aportul sectorului neguvernamental în acest domeniu nu este susținut suficient de la bugetul de stat prin subvenții consistente, care să asigure continuitatea programelor inițiate.**

### **3.3. Finanțarea activităților de asistență socială**

Finanțarea programelor de asistență socială adresate persoanelor vârstnice se realizează din fonduri provenite de la bugetele locale, dar și de la begetul de stat sau din fonduri externe.

Din datele publicate de Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale reiese că:

- pe baza Legii nr. 34/1998 au primit finanțare în anul 2009 un număr de 133 de organizații neguvernamentale; o parte dintre acestea având programe pentru vârstnici, în valoare totală de 13.084.260,59 lei;
- pe baza Legii nr. 350/2005, în luna noiembrie 207 au fost încheiate contracte de finanțare nerambursabilă în cadrul Programului de Interes Național - PIN 6 Dezvoltarea serviciilor de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice cu un număr de 16 beneficiari, instituții publice și organizații neguvernamentale, în valoare de 1.197.408 lei.

Fondurile repartizate prin transferuri de la bugetul de stat sau local sunt utilizate de către organizații pentru:

- plata salariilor îngrijitorilor la domiciliu și a altor categorii de angajați;
- achiziționarea materialelor sanitare;
- achiziționarea produselor pentru masa la domiciliu, alte ajutoare materiale.

### **3.4. Instituțiile publice**

**Statul** își asumă responsabilitatea de realizare a măsurilor de asistență socială prevăzute prin legi speciale și asigură transferul atribuțiilor și al mijloacelor financiare necesare către autoritățile publice locale, serviciile publice descentralizate și societatea civilă.

Conform legislației în vigoare, asistența socială este în responsabilitatea instituțiilor publice specializate ale autorităților administrației publice centrale și locale și a organizațiilor societății civile. Pentru eficientizarea programelor de asistență socială trebuie promovate parteneriatele public – privat.

În cadrul Planului național al asistenței sociale (Legea nr.47/2006), Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale stabilește direcțiile prioritare în domeniu, fiind autoritatea care inițiază legile speciale în domeniul asistenței sociale și care urmărește aplicarea acestora la nivel central și local.

Instituțiile publice cu responsabilități în organizarea și furnizarea serviciilor sociale și socio-medicale pentru vârstnici, la nivel local sunt:

- *Direcțiile generale de asistență socială* prin intermediul serviciilor specializate pentru persoane vârstnice – la nivel județean și al sectoarelor municipiului București;
- *Direcțiile județene de muncă și protecție socială*;
- *Serviciile publice de asistență socială* organizate în cadrul consiliilor locale ale municipiilor, orașelor și comunelor.

**Inspekția Socială** este organ de specialitate al administrației publice centrale cu atribuții în domeniul implementării legislației în domeniu și al inspekției activității instituțiilor publice și private, responsabile cu furnizarea prestațiilor și serviciilor sociale și a fost înființată în baza Ordonanței de Urgență a Guvernului nr. 130/2006 privind Inspekția Socială, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 211/2007, ale Hotărârii de Guvern nr. 1059/2007 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare al Inspekției Sociale.

### **3.5. Societatea civilă**

**Organizațiile neguvernamentale** asigură servicii de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice, cantina socială, farmacia socială, ajutoare materiale ocazionale, consiliere juridică, psihologică, administrativă. De asemenea, aceste organisme de asistență socială organizează instituții de tip rezidențial - adăposturi, centre sociale, cămine pentru persoane vârstnice -, servicii de urgență socială - ambulanța socială -, centre de zi, farmacia socială. Totodată, își îndreaptă atenția asupra activităților de socializare - cluburi pentru vârstnici, organizează evenimente culturale etc.

Organizațiile neguvernamentale funcționează fie pe baza finanțării proprii (din surse interne sau externe - donații și sponsorizări) sau pe baza finanțării prin transferuri de la bugetul de stat sau local. Deoarece asigurarea fondurilor necesare pentru derularea programelor este o problemă importantă cu care se confruntă sectorul neguvernamental, cadrul legislativ a prevăzut încheierea de parteneriate public-privat (Legea nr. 34/1998 privind acordarea de subvenții asociațiilor și fundațiilor care înființează unități de asistență socială).

Menționăm că, în funcție de categoria de servicii sociale, socio-medicale sau medicale activitatea de îngrijire la domiciliu poate fi suportată prin fonduri obținute în temeiul prevederilor Legii nr. 17/2000, Legii nr.34/1998 sau pe bază de decont de la casa de sănătate județeană sau a municipiului București. Conform cadrului legal în vigoare, serviciile medicale la domiciliu pot fi decontate prin intermediul caselor de sănătate, pe baza unui dosar justificativ, care se aprobă în termen de minim o săptămână.

Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice a promovat dialogul în raport cu organizațiile societății civile, în special cu cele care organizează programe de asistență socială și socio-medicală cât și pentru viața culturală și de agrement a vârstnicilor prin încheierea de protocoale de colaborare cu Fundația „Crucea Alb-Galbenă”, Asociația Română „Alzheimer”, Comitetul de Binefacere „Icoana”, Fundația „Geron”, Fundația Culturală „MATCA 2000”, Fundația „Equilibre”, Fundația „Rațiu”, Fundația „Principesa Margareta” etc având ca scop : organizarea unor întâlniri periodice pentru a stabili strategiile, politicile de acțiune și programele ce se vor desfășura privind asistența socio-medicală, protecția socială și viața spirituală; în perioada viitoare perfecționarea legislației existente în domeniul protecției sociale și a vieții spirituale; îmbunătățirea metodologiei de

identificare a beneficiarilor pentru programele adresate persoanelor vârstnice; atragerea unor potențiali finanțatori ai programelor destinate vârstnicilor; derularea unor programe cu ocazia sărbătoririi în România a Zilei Internaționale a Vârstnicilor.

Pentru a întreține un contact permanent cu aceste organizații s-au desfășurat întâlniri cu reprezentanții acestor organizații neguvernamentale, ocazii cu care au avut loc schimburi de informații referitor la acțiunile realizate și pentru organizarea unor acțiuni comune.

În scopul sprijinirii vârstnicilor aflați în dificultate și pentru intensificarea acțiunilor privind viața morală și spirituală a acestora s-au încheiat protocoale cu Mitropolia Banatului, Mitropolia Moldovei și Bucovinei, Arhiepiscopia Bucureștilor, Arhiepiscopia Tomisului, Arhiepiscopia Craiovei, potrivit cărora s-a acționat în sprijinul vârstnicilor aflați în dificultate (masă caldă, asistență medicală, sprijin material, servicii bisericești etc).

## ***PRINCIPALELE DISFUNCȚIONALITĂȚI ÎN RESPECTAREA DREPTURILOR REGLEMENTATE PENTRU PERSOANELE VÂRSTNICE***

Forma unică de asistență socială pentru persoane vârstnice existentă în perioada de înaintea de 1990 a fost îngrijirea vârstnicilor în cămine. Aceste instituții s-au aflat inițial în subordinea autorității publice cu responsabilități în domeniul persoanelor cu handicap. Deoarece problematica vârstnicilor a fost delimitată de cea a persoanelor cu handicap, Legea nr.17/2000 a prevăzut înființarea căminelor pentru persoane vârstnice prin reorganizarea celor existente. Totuși prevederea amintită, ca și alte aspecte cuprinse în această lege, nu s-au aplicat corespunzător, astfel încât vârstnicii continuă să fie asistați în instituții improprii care nu le asigură servicii adecvate nevoilor individuale specifice și un confort corespunzător.

Aceasta și alte numeroase problemele ne-au fost semnalate de către reprezentanții instituțiilor de tip rezidențial (cămine de bătrâni și centre de îngrijire și asistență) în cadrul celui mai recent studiu elaborat de Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice, „Organizarea și funcționarea instituțiilor de asistență socială în regim rezidențial pentru persoanele vârstnice”. Dintre acestea evidențiem următoarele:

- lipsa fondurilor;
- lipsa personalului specializat, impediment important în desfășurarea activității;
- slaba dotare a instituției;
- lipsa personalității juridice a instituțiilor îngreunează gestionarea fondurilor, duce la imposibilitatea realizării unor achiziții strict necesare (medicamente, aparatură medicală, electrocasnică sau de mobilier, etc);
- legislația de funcționare a instituțiilor de asistență socială nu este clară, prevederile Legii nr. 17/2000 nu se aplică integral, aspect ce a determinat ca persoanele vârstnice să fie asistate în aceleași instituții de asistență socială cu persoanele cu dizabilități sau bolnavi cronici;
- capacitatea redusă de cazare a instituției și a numărului mare de persoane asistate într-o cameră;

- lipsa accesibilităților pentru persoanele greu deplasabile;
- lipsa spațiului pentru activități recreative;
- dezinteresul și slaba implicare a familiei celor asistați în instituție;
- vechimea imobilului, care nu poate fi adaptat pentru a corespunde standardelor minime de calitate a serviciilor oferite asistaților.

Transferarea celor 19 cămine pentru persoanele vârstnice din subordinea Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale în subordinea consiliilor locale a condus la situația că în aceste instituții latura socială și socio-medicală este mai slab dezvoltată, excluzând serviciile de îngrijire. Majoritatea nu au condiții pentru asigurarea serviciilor sociale de prevenire a marginalizării sociale și reinsertie socială a asistaților, din lipsa personalului de specialitate (asistent social, psiholog, ergoterapeut, kinetoterapeut etc) și pentru că spațiile nu sunt amenajate corespunzător; nu există o cameră destinată vizitelor pentru persoanele asistate care sunt deplasabile, nu există cluburi în care să se organizeze activități recreative sau culturale, nu există o relație constantă cu comunitatea și cu aparținătorii persoanelor asistate.

În cazul unităților de asistență medico-socială s-a constatat, de asemenea, că în componența colectivului de angajați nu sunt incluși medici cu specialitatea geriatrie și din acest motiv în aceste unități nu se pot efectua terapii specifice persoanelor vârstnice și nici terapii recuperatorii pentru bolile cronice. Toate aceste disfuncționalități conduc la prelungirea perioadei de staționare a asistaților blocând accesul celor care ar putea beneficia de serviciile medico-sociale ale instituției. Deși înființarea unităților medico-sociale a fost gândită pentru descongestionarea unităților mari spitalicești și asigurarea continuității asistenței medicale, în cazul vârstnicilor cu boli cronice se constată eficiența scăzută a unităților medico-sociale în raport cu scopul pentru care au fost constituite (găzduirea pe o perioadă determinată a persoanelor cu probleme sociale și medicale). Totodată, numărul preponderent al persoanelor vârstnice (peste 60 de ani) sugerează că unitățile medico-sociale sunt pe cale să se transforme în cămine pentru persoane vârstnice, cunoscut fiind faptul că sistemul instituțional este deficitar în acest domeniu.

\*

\*

\*

Societatea civilă are rolul de a fi deschizătorul de drumuri în domeniul asistenței sociale a persoanelor vârstnice și a îngrijirii la domiciliu. Modelele de îngrijiri pe diverse categorii de persoane asistate au fost inițiate de către unele organizații neguvernamentale. Ele au beneficiat de finanțări externe și odată cu acestea de modelele de bune practici ale țărilor finanțatoare. În prezent, statul a început să-și asume responsabilitatea transferului de informație și de susținere financiară a unor programe care corespund standardelor de calitate și se adresează unei categorii importante de beneficiari. În această situație se află programele adresate vârstnicilor, care au fost introduse prin intermediul finanțărilor externe, iar în prezent se află într-o incapacitate de susținere financiară a activității, în lipsa implicării active a autorităților publice locale. Legea nr. 34/1998 a fost promovată pentru a susține programele prin finanțare de la bugetul de stat și respectiv bugetul local în funcție de aria de activitate a organizației neguvernamentale, dar s-a dovedit curând a fi insuficientă. Fenomenul s-a accentuat în măsura în care cultura filantropică a sectorului privat, care ar putea contribui prin donații, sponsorizări, nu este suficient dezvoltată încât să existe un interes pentru finanțarea unor segmente de populație care nu aduc notorietate, iar vârstnicii fac parte din această categorie.

Principalele dificultăți care au fost semnalate de către organizațiile nonprofit cu care Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice a încheiat protocoale de colaborare și desfășoară programe de îngrijire la domiciliu pentru beneficiari de vârstă a treia sunt următoarele:

- dificultăți în relația cu medicii de familie, care au un program încărcat, număr mare de pacienți, motiv pentru care documentele medicale se obțin cu greutate;
- numărul insuficient de îngrijitori, care se resimte prin faptul că nu se poate răspunde cererilor numeroase ale persoanelor vârstnice pentru acordarea de asistență socio-medicală la domiciliu;
- îngrijitorii nu sunt specializați pentru a îngriji vârstnicii cu anumite afecțiuni - exemplu: asistenții personali ai celor care suferă de alzheimer nu sunt pregătiți pentru a acorda îngrijire specializată;
- avizele medicale pentru decontarea serviciilor medicale și socio-medice prin intermediul caselor de sănătate se obțin cu întârziere, timp în care asistații nu pot sta fără tratament;

- multe probleme de comunicare au drept cauze mentalitatea specifică vârstei a treia privind accesul persoanelor străine în locuință;
- colaborarea cu familia asistatului este dificilă, membrii acesteia având tendința de a neglija vârstnicul;
- se încearcă de multe ori implicarea vecinilor pentru a supraveghea persoana vârstnică;
- aportul voluntarilor este redus;
- resursele financiare sunt limitate, unele programe încetând din lipsa fondurilor;
- medicii geriatri sunt inexistenți în echipa de evaluare socio-medicală a persoanelor vârstnice;
- organizațiile neguvernamentale active nu acoperă în mod suficient nevoia de îngrijire la domiciliu în măsura în care sectorul public nu suplinește prin inițiativa proprie acest deficit;
- lipsa spațiilor sau spații inadecvate pentru desfășurarea activității.

**Legislația în domeniul financiar nu încurajează suficient transferurile între sectorul public și cel privat.** Resursele insuficiente și inegal repartizate la nivelul comunităților, cu diferențe majore între localități, cauzate de nivelul de dezvoltare economică, determină **repartizarea inegală a furnizorilor la nivel național.** Oferta de servicii este 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 noi programe de asistență socială.

\*

\*

\*

Autoritățile publice locale ( Direcțiile de muncă și protecție socială și Direcțiile generale de asistență socială la nivel județean și al sectoarelor municipiului București și Serviciile publice de Asistență Socială la nivel comunităților locale ) cu responsabilități în



proiectarea strategiilor, organizarea, coordonarea și controlul activității de asistență socială evidențiază o serie de deficiențe care împiedică buna desfășurare a sistemului de acordare a asistenței sociale pentru persoanele vârstnice și anume:

- insuficienta dezvoltare a serviciilor sociale;
- lipsa de comunicare sau comunicare deficitară între instituții;
- lipsa unui cadru legislativ, care să permită supravegherea și coordonarea acestor activități de către o singură instituție;
- slaba coordonare și delimitare a responsabilităților instituționale;
- dificultăți în obținerea avizelor medicale pentru funcționarea unităților de asistență socială în regim rezidențial sau la domiciliul persoanelor vârstnice;
- nealocarea de spații destinate activităților de asistență socială;
- număr redus al specialiștilor în domeniul asistenței sociale și în domeniul asistenței medicale geriatrice;
- instabilitatea cadrului legislativ și legislație incompletă în domeniul asistenței sociale;
- politicile sociale nu sunt țintite către nevoile reale ale comunității;
- insuficiența finanțării pe baza Legii nr. 34/1998;
- lipsa de finanțare din parte Casei Naționale de Asigurări Sociale de Sănătate;
- acces restrâns la programele finanțate de Uniunea Europeană.

\*

\*                      \*

Legislația actuală în domeniul asistenței sociale este inconsistentă în raport cu așteptările pentru a se asigura cadrul general și funcționarea coerentă a sistemului. Legea nr. 47/2006 nu reformează sistemul național de asistență socială și nu aduce îmbunătățiri în raport cu reglementarea anterioară - Legea nr.705/2001. De asemenea, **nu există o lege care să reglementeze protecția socială a persoanelor vârstnice în acord cu drepturile lor recunoscute la nivel european.** Aceste drepturi nu sunt enunțate explicit și nu există metodologii pentru punerea lor în aplicare. Una dintre problemele deosebite cu care se confruntă persoanele vârstnice se referă la vulnerabilitatea și riscul crescut de a fi escrocați tocmai în încercarea de a își asigura viitorul. Consevarea dreptului la proprietate

asupra bunurilor acumulate de-a lungul vieții active nu se poate realiza fără o implicare a autorităților cu atribuții în acest domeniu, care ar trebui să asiste persoanele vârstnice la orice act de înstrăinare, desfășurând în beneficiul acestora activități specifice (consiliere și asistență juridică din oficiu, prezența autorității tutelare la încheierea actelor juridice notariale).

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 insuficientă dezvoltare a structurilor la nivelul autorităților publice. Nu există o autoritate competentă la nivel național delegată de Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale pentru a elabora strategii, a urmări aplicarea măsurilor pe plan local, a gestiona baze de date cu privire la numărul persoanelor vârstnice aflate în situația de risc și al serviciilor dezvoltate pentru acestea. De asemenea, nu există servicii/departamente destinate persoanelor vârstnice în cadrul direcțiilor de asistență socială județene, persoanele vârstnice fiind asimilate cu persoanele adulte sau persoanele cu handicap și de cele mai multe ori marginalizate.

Legea nr.17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice prezintă o serie de lipsuri deoarece nu acoperă întreaga problematică a persoanelor de vârstă a treia, iar prevederile sale nu sunt puse în aplicare corespunzător. Pe de altă parte 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 serviciilor acordate.

Insuficiența prevederilor Legii nr.17/2000, legea care reglementează drepturile sociale ale persoanelor vârstnice, cât și cele ale legislației secundare au fost sesizate în repetate rânduri de către Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice care se referă în principal la:

- propunerea de a introduce o prestație socială pentru familia de pensionari, care să înlocuiască ajutorul social pe baza venitului minim garantat și să acopere în cuantum contravaloarea serviciilor acordate potrivit nevoilor specifice persoanelor de vârstă a treia ;
- corelarea judicioasă a termenilor utilizați referitor la asistența/serviciile medicale în acord cu noua legislație în domeniul sănătății, respectiv : asistența medicală primară, asistența medicală comunitară, servicii medicale extinse;

- nu sunt cuprinse măsuri concrete pentru dezvoltarea platformei gerontologice, ci doar intenții declarative cu caracter general;
- nu cuprinde tipurile de servicii sociale, cu informații generale despre acestea;
- nu este prezentat explicit traseul birocratic pe care persoana vârstnică sau susținătorii acesteia trebuie să-l parcurgă pentru a beneficia de servicii sociale;
- îngrijirea pe principiul abordării integrate a nevoilor persoanei vârstnice presupune precizarea clară a tipurilor de servicii într-o taxonomie care să constituie reper pentru furnizori, finanțatori și evaluatori;
- nu sunt delimitate clar componența, atribuțiile și responsabilitățile echipei care asigură îngrijirea la domiciliu a persoanei vârstnice;
- nu sunt precizate serviciile de care beneficiază persoanele vârstnice în centrele rezidențiale;
- *serviciile sociale, socio-medicale și medicale* oferite persoanelor vârstnice cuprind un *pachet de bază care ar putea fi extins* în funcție de nevoile individuale identificate în rândul populației vârstnice;
- *colaborarea dificilă cu sistemul sanitar* ca urmare a nereglementării acesteia și constatarea că nu toate unitățile medico-sociale funcționează în baza unui contract cu casele județene de asigurări de sănătate se reflectă în capacitatea limitată a acestora de a asigura și a susține financiar asistența medicală a persoanelor asistate.

Hotărârea Guvernului nr. 541 din 9 iunie 2005 care a aprobat strategia națională de dezvoltare a sistemului de asistență socială pentru persoanele vârstnice în perioada 2005-2008 a prevăzut o serie de măsuri al căror termen scadent a expirat fără ca obiectivele să fie realizate. Astfel, Legea privind protecția drepturilor persoanelor vârstnice nu a fost inițiată și adoptată, iar standardele de calitate pentru serviciile socio-medicale adresate vârstnicilor nu se pot aplica deoarece nu sunt asigurate la furnizorii acreditați condițiile minime reglementate.

## CAPITOLUL 5

### CONCLUZII ȘI PROPUNERI

#### 5.1. Considerente finale

Problemele acestui important segment de populație au fost abordate, până în prezent, de cele mai multe ori, cu referire la sistemul de securitate socială, cu accent principal asupra sistemului de pensii. Modelele de îngrijire moderne spre care tindem pun accentul pe acțiuni de prevenire a situațiilor de dependență și pe programe de socializare. Conservarea capacităților fizice, psihice, intelectuale se realizează prin păstrarea cât mai mult timp a vârstnicilor în viața activă și valorizarea experienței acestora în folosul propriu și al comunității. Totodată, **fără o asistență socială și medicală de lungă durată, existența însăși a persoanelor vârstnice dependente este compromisă deoarece odată cu înaintarea în vârstă, riscul de a prezenta boli invalidante și implicit de dependență crește.**

Asistența socială trebuie să asigure respectarea drepturilor persoanelor vârstnice așa cum sunt ele reglementate în tratatele și convențiile internaționale pe care România le-a ratificat. **Prin Carta Socială Europeană revizuită, ratificată prin Legea nr. 74/1999, România s-a angajat să promoveze, fie direct, fie în cooperare cu organizațiile neguvernamentale, măsuri adecvate destinate persoanelor vârstnice pentru a permite acestora să rămână membri deplin ai societății, să dispună de resurse suficiente pentru o existență decentă, să poată participa activ la viața publică, socială și culturală, să ducă o existență independentă, cât mai mult timp posibil, în mediul obișnuit, să dispună de serviciile de îngrijire necesare în funcție de nevoile individuale, iar pentru persoanele aflate în regim instituționalizat, să se asigure o existență corespunzătoare.**

**Platforma gerontologică** preconizată a se implementa **se regăsește doar parțial** în practica instituțiilor publice și a organizațiilor societății civile, fără a exista continuitatea și complementaritatea sistemului pe care o poate asigura parteneriatul public – privat, deoarece infrastructura în acest domeniu este insuficient dezvoltată și nu asigură condițiile pentru ca furnizorii de servicii să poată activa eficient în beneficiul persoanelor vârstnice aflate în dificultate.

**Rețeaua geriatrică** la nivel național **este insuficient dezvoltată** raportat la nevoile populației de vârstă a treia. *Lipsa medicilor geriatri*, atât din echipa care realizează evaluarea, cât și din cea care asigură asistența medicală a persoanelor vârstnice în instituțiile rezidențiale și prin programe de îngrijire la domiciliu are un efect negativ asupra implementării unui plan individual de intervenție. În compensare ar putea fi implicați medicii de familie care cunosc polipatologia pacienților de vârstă a treia pe care îi au sub observație și care pot colabora cu instituția în care pacienții au fost internați pentru îngrijire medicală. În general, lipsa specialiștilor care ar trebui să evalueze persoanele vârstnice inițial și periodic și să facă recomandări pentru întocmirea planului individual de intervenție, este o problemă cu care se confruntă sistemul actual de asistență socio-medicală pentru persoanele vârstnice. Structura de personal a unităților publice și private este incompletă, lipsind cel mai adesea specialiști precum: îngrijitori, ergoterapeuți, kinetoterapeuți, medici, psihologi. Lipsa acestora se află în corelație cu principalele categorii de servicii care ar mai fi necesare (evaluare, monitorizare, terapie ocupațională, servicii medicale și servicii de îngrijiri stomatologice). Tot din acest motiv echipa multidisciplinară nu funcționează astfel încât de cele mai multe ori evaluarea, decizia și implementarea îngrijirii sunt fracționate fără ca specialiștii să poată coopera în soluționarea cazurilor .

În România **nu au fost încă dezvoltate programe de reinsertie 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.

**Nu sunt încă dezvoltate programe care să vizeze pregătirea pentru pensionare și identificarea posibilităților de menținere a unei vieți active și unei participări sociale semnificative a persoanelor vârstnice**. O mare parte din populația vârstnică nu dispune de resurse financiare suficiente pentru o viață decentă. Cheltuielile de întreținere, alimente, sănătate sunt covârșitoare, încât preocupările pentru participarea la viața socială și culturală rămân reziduale și pentru ca ele să ocupe un loc semnificativ în viața vârstnicilor este necesar suport din partea statului.

În Legea nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice sunt precizate situațiile care pot induce dreptul de a beneficia de prevederile legii și anume: persoanele

singure, fără familie, fără locuință, fără venituri suficiente, persoane dependente, **dar s-au omis unele situații cu risc major în rândul populației vârstnice**. Unul din frecventele pericole la care **sunt expuși vârstnicii sunt situațiile de abuz și neglijență**. Legea nr.17/2000 nu prevede în mod expres măsuri preventive sau de suport pentru a proteja vârstnicii și nici nu există preocupări în acest sens din partea administrației publice centrale și locale cu atribuții în domeniu.

**Politica de asistență socială a persoanelor vârstnice este caracterizată printr-o lipsă de direcție strategică**, neexistând un cadru legal unitar. De asemenea, nu a fost creat un sistem eficace și transparent de monitorizare a sărăciei. Este necesar să se revină la criteriile de stabilire a coșului minim și să se realizeze un coș minim și pentru familia de pensionari, care are alte nevoi, diferite de cele ale unei familii cu copii.

**Se impune cu prioritate promovarea unei legi pentru protecția drepturilor persoanelor vârstnice care să cuprindă toate aspectele vieții persoanelor vârstnice.**

## 5.2. Propuneri în plan legislativ

Principala propunere legislativă pe care Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice o susține este *abrogarea Legii nr.17/2000* privind asistența socială a persoanelor vârstnice, și inițierea unei Legii pentru protecția drepturilor persoanelor vârstnice care să reglementeze în principal, următoarele aspecte :

- să aibă în vedere **particularitățile, definițiile și procedurile stabilite în legislația Comunității Europene, pentru a se asigura corespondența organizatorică**, funcțională și administrativă cu practicile din țările Uniunii Europene în domeniul protecției sociale a persoanelor vârstnice. În acest cadru, trebuie adoptată o nouă definiție a persoanei vârstnice și precizate în mod clar situațiile în care aceasta intră în procesul de evaluare socio-medicală;
- să detalieze într-un capitol distinct drepturile persoanelor vârstnice;
- să se înlocuiască termenul de „nevoie” a persoanei vârstnice cu un termen care să exprime un minim de cerințe firești pentru ca persoana respectivă să beneficieze de un trai normal (decent);
- să se dedice un capitol pentru sistemul de asistență socială de tip rezidențial, în care să se inventarieze toate instituțiile în care sunt internați vârstnicii, inclusiv centrele de îngrijire și asistență și unitățile medico-sociale și să se precizeze condițiile și serviciile care trebuie asigurate pentru problematica vârstei a treia distinct de celelalte categorii de persoane în dificultate găzduite în aceste centre;
- să se detalieze într-un capitol special din lege organizarea și funcționarea instituțiilor rezidențiale destinate persoanelor vârstnice (publice și private), pe tipuri de unități și servicii: sociale, socio-medicale și medicale (geriatrice), precizându-se și normativele minimale de personal angajat în raport cu numărul de persoane asistate și în anexă să se prevadă regulamentul cadru de funcționare și un nomenclator al denumirilor care să fie respectat la nivel național;
- să se introducă un capitol distinct referitor la oganisme private care au dreptul să desfășoare activități în domeniul protecției sociale a persoanelor vârstnice;
- să se extindă problematica vârstnicilor prin inițierea unei legi cu măsuri de protecție socială care presupune și stabilirea de prestații, facilități și accesibilități

acordate persoanelor vârstnice și respectiv stabilirea condițiilor și instituțiile implicate;

- să se reglementeze printr-un act normativ principiile, criteriile și modul de calcul al contribuției individuale a persoanelor vârstnice asistate în unități de stat și private, precum și situațiile în care asistatul nu are venituri suficiente și susținători legali. În acest domeniu, trebuie să se stabilească în mod clar contribuțiile minimale ale consiliilor locale și județene, precum și ale organizațiilor private care derulează programe de servicii pentru persoanele vârstnice (acreditare, costuri, standarde);
- să se instituie coșul minim de consum pentru familia de pensionari și persoana vârstnică singură, al cărui quantum să se aprobe trimestrial prin Hotărâre a Guvernului, nivel față de care Guvernul și organele abilitate să dispună măsuri de corecție, indexări ale veniturilor persoanelor vârstnice, facilități, scutiri sau diminuări ale taxelor locale și impozitelor etc;
- să se stabilească procedura de lucru pentru înstrăinarea bunurilor proprietate personală a persoanei vârstnice pentru a exista certitudinea excluderii abuzurilor în toate situațiile și în toate unitățile administrativ – teritoriale;
- să se precizeze formele și modul de cunoaștere de către public (materiale publicitare audio-vizuale) a instituțiilor care au atribuții de protecție socială a persoanelor vârstnice, pentru ca acestea să poată cunoaște permanent căile de acces la drepturile și facilitățile acordate prin diverse reglementări;
- să se reglementeze îndatoririle, obligațiile și răspunderea civilă și după caz penală a persoanelor fizice desemnate să acorde servicii persoanelor vârstnice.

**Fără îndoială că reglementările juridice de fond se justifică să fie stabilite printr-o lege cadru pentru protecția socială a persoanelor vârstnice, urmând ca pe baza acesteia să se inițieze legi specifice care să reglementeze problemele punctuale de dependență ale vârstnicilor, asistarea în regim rezidențial, acordarea serviciilor de îngrijire la domiciliu, standarde de calitate pentru serviciile sociale și medicale etc.**



### **5.3. Propuneri în plan organizatoric**

**în vederea asigurării respectării drepturilor persoanelor vârstnice stabilite prin documentele Uniunii Europene, considerăm necesar:**

**✚ 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 desfășurate de către persoanele juridice;
- Mărirea volumului subvențiilor alocate asociațiilor și fundațiilor în temeiul Legii nr. 34/1998 pentru înființarea și administrarea unităților de asistență socială destinate persoanelor vârstnice, în vederea îmbunătățirii calității serviciilor acordate prin programele derulate de către acestea;
- Încurajarea sponsorizărilor oferite de persoane juridice ori fizice pentru construirea sau dotarea instituțiilor de asistență socială, prin modificarea Legii nr. 32/1992.

**✚ Resurse umane:**

- Perfecționarea personalului;
- Schimburi de experiență și formare continuă;
- Atragerea de specialiști cu experiență;
- Număr mai mare de personal de îngrijire;
- Organizarea rețelelor comunitare de medici geriatrii prin dubla specializare a medicilor de medicină internă sau a medicilor de familie;

**✚ Servicii și infrastructura:**

- Extinderea și reabilitarea centrelor de zi pentru persoanele vârstnice;
- Reabilitarea, modernizarea clădirilor existente pentru a se putea respecta standardele minime de calitate aprobate;
- Acordarea de spații de către autoritățile publice locale prin pentru activitățile de asistență socială;
- Extinderea și dezvoltarea serviciilor comunitare - integrate de asistență medico-socială la domiciliu;

- Reglementarea unui sistem unitar de evaluare a nevoilor și a gradului de dependență a persoanelor vârstnice;
- Dezvoltarea unei rețele naționale de medici geriatri care să realizeze, alături de asistentul social, evaluarea socio-medicală a persoanelor vârstnice;
- Dezvoltarea unui sistem complex de servicii socio-medicale pentru vârstnici;
- Introducerea unor facilitati în vederea promovării și stimulării îngrijirii la domiciliu a persoanelor vârstnice, reglementarea unui sistem național în acest domeniu care să fie monitorizat de o singură autoritate națională;
- Extinderea anumitor tipuri de servicii și prestații, care răspund nevoilor individuale ale persoanelor vârstnice, exemplu: rețeaua de magazine “tip “economat””, “cantina pe roți” etc;
- Dezvoltarea sistemului rezidențial de asistență socială pentru vârstnici prin reabilitarea căminelor pentru persoane vârstnice existente și construcția de noi cămine;
- Îmbunătățirea și extinderea tipurilor de servicii ce le sunt asigurate vârstnicilor în instituțiile de asistență socială în regim rezidențial, respectiv programe de terapie ocupațională, recuperare etc;
- Dotarea căminelor pentru persoane vârstnice cu echipamente, aparatură medicală, electrocasnică, electronică și mobilier personalizat;
- Completarea schemelor de personal din instituțiile de asistență socială cu respectarea obligatorie a structurii orientative de personal de specialitate stabilită de H.G. nr. 1007/2005;
- Înființarea de centre de ergoterapie;
- Îmbunătățirea colaborării cu instituțiile medicale;
- Instituțiile de asistență socială în regim rezidențial să aibă personalitate juridică, iar directorul acestor instituții să fie cel care aprobă dosarele persoanelor ce solicită să primească îngrijire socio-medicală în cămin.

✚ **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 drepturile sociale de care beneficiază în condițiile legii;
- Implicarea mai intensă a factorilor sociali pe plan local pentru apărarea drepturilor persoanelor vârstnice;
- Promovarea voluntariatului și a culturii filantropice.

✦ **Extinderea parteneriatul public-privat:**

- Creșterea nivelului 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;
- Încurajarea sponsorizărilor oferite de persoane juridice ori fizice pentru construirea sau dotarea instituțiilor de asistență socială;
- Stimularea organizațiilor neguvernamentale să înființeze instituții de asistență socială pentru persoane vârstnice cu fonduri proprii sau în parteneriat public-privat;
- Dezvoltarea serviciilor de îngrijire la domiciliu și a altor servicii alternative de tipul centrelor de zi, locuințelor protejate, etc;
- Înființarea unor cămine pentru persoane vârstnice având la bază contribuțiile unor donatori, familii sau persoane vârstnice cu venituri peste medie pentru satisfacerea unor standarde ridicate de confort.

**Director general**  
**Florin Pașa**

**Șef birou „Analize și studii”**  
**Alina Matei**

## BIBLIOGRAFIE

- „Asistența socială pentru bătrâni”, M. Marshall, Editura Alternative, București, 1993.
- „Practica asistenței sociale”, Veronica Coulshed, Editura Alternative, București, 1993;
- „Tratat de asistență socială”, coordonator George Neamțu, Editura Polirom, Iași, 2003;



- **Legea nr. 32 din 19 mai 1994** privind sponsorizarea, cu modificările și completările ulterioare;
- **Legea nr. 208 din 15 decembrie 1997** privind cantinele de ajutor social;
- **Legea nr. 34 din 20 ianuarie 1998** privind acordarea unor subvenții asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică, care înființează și administrează unități de asistență socială;
- **HG nr. 532 din 1 iulie 1999** pentru aprobarea Metodologiei de stabilire a nivelului contribuției de întreținere în instituțiile de asistență socială, datorată de persoanele asistate sau de susținătorii legali ai acestora;
- **Legea nr. 17 din 6 martie 2000** privind asistența socială a persoanelor vârstnice, cu modificările și completările ulterioare;
- **Legea nr.19 din 17 martie 2000** privind sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale ;
- **HG nr. 886 din 5 octombrie 2000** pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice;
- **Legea nr. 416 din 18 iulie 2001** privind venitul minim garantat cu modificările și completările ulterioare;
- **HG nr. 1.153 din 21 noiembrie 2001** pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr. 34/1998 privind acordarea unor subvenții asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică, care înființează și administrează unități de asistență socială;

- **OG nr. 37 din 30 ianuarie 2003** pentru modificarea și completarea OG nr. 26/2000 cu privire la asociații și fundații;
- **HG nr. 412 din 02 aprilie 2003** privind organizarea, funcționarea și finanțarea unităților de asistență medico – socială;
- **Decizie nr. 249 din 30 mai 2003** privind aprobarea standardelor pentru acreditarea furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu;
- **Instructiunile nr. 1/507 din 28 iulie 2003** de aplicare a normelor privind organizarea, funcționarea și finanțarea unităților de asistență medico – socială;
- **OG nr. 68 din 23 august 2003** privind serviciile sociale;
- **Ordin al ministrului sănătății nr. 491 din 23 mai 2003 și al ministrului muncii și solidarității sociale nr. 180 din 27 mai 2003** pentru aprobarea Grilei de evaluare medico – socială a persoanelor care se internează în unități de asistență medico – socială;
- **Legea nr. 343 din 12 iulie 2004** pentru modificarea și completarea OUG nr. 102/1999 privind protecția specială și încadrarea în muncă a persoanelor cu handicap;
- **Ordin al ministrului muncii, solidarității sociale și familiei nr. 422 din 9 august 2004** pentru aprobarea Standardelor obligatorii de calitate privind serviciile sociale specializate din România, furnizate în sistemul public, privat și parteneriat public – privat;
- **OG nr. 86 din 19 august 2004** pentru modificarea și completarea OG nr. 68/2003 privind serviciile sociale;
- **HG nr. 541 din 09 iunie 2005** pentru aprobarea Strategiei Naționale de Dezvoltare a Sistemului de Asistență Socială pentru persoanele vârstnice ;
- **HG nr. 942 din 18 august 2005** privind modificarea și completarea HG nr. 1.153 din 21 noiembrie 2001 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr. 34/1998 privind acordarea unor subvenții asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică, care înființează și administrează unități de asistență socială;
- **HG nr. 1.317 din 27 octombrie 2005** privind sprijinirea activităților de voluntariat în domeniul serviciilor de îngrijire la domiciliu persoanelor vârstnice;

- **HG nr. 1770 din 22 decembrie 2005** privind indexarea nivelului lunar al venitului minim garantat;
- **Legea nr. 47 din 8 martie 2006** privind sistemul national de asistenta sociala;
- **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 ;
- Planul Național de Dezvoltare 2007-2013 ;



- **Constitutia Uniunii Europene** – partea a II a – Carta Drepturilor Fundamentale ale UE;
- **Carta Sociala Europeana Revizuita**, ratificata de Romania prin Legea nr. 74 din 4 mai 1999;
- **Codul European de Securitate Sociala** – partea a V a;
- **Conventia Europeana a Drepturilor Omului (CEDO)**;
- **Recomandarea Consiliului Europei 92/442/CEE din 27 iulie 1992** privind criteriile comune referitoare la resurse suficiente in sistemele de protectie sociala;
- **Recomandarea Comitetului de Ministri nr. R(87)22** privind depistarea si suparavegherea problematii persoanelor varstnice;
- **Recomandarea Consiliului Europei nr. 92/442/CCE** asupra convergentei obiectivelor si politicilor de protectie sociala;
- **Recomandarea Consiliului Europei nr. 1428(1999)1 „Viitorul cetatenilor varstnici: protectie, participare si promovare”**;
- **Recomandarea Consiliului Europei Nr. R (98) 9** privind dependenta, adoptata de Comitetul de Ministri ai Statelor membre la data de 18 septembrie 1998;
- **Recomandarea Comitetului de Ministri nr. R(87)22** privind depistarea si suparavegherea problematii persoanelor varstnice;
- **Recomandarea Consiliului Europei nr. 92/442/CCE** asupra convergentei obiectivelor si politicilor de protectie sociala;