

CONSILIUL NAȚIONAL AL PERSOANELOR VÂRSTNICE

Îngrijirea de lungă durată
a persoanelor vârstnice
în țările Uniunii Europene și în România

Mai
2009

Cuprins

INTRODUCERE.....	3
1. ÎMBĂTRÂNIREA DEMOGRAFICĂ ȘI INCIDENȚA DEPENDENȚEI.....	5
2. DEFINIREA ÎNGRIJIRII PE TERMEN LUNG.....	8
3. ABORDAREA ÎNGRIJIRII DE LUNGĂ DURATĂ DE CĂTRE STATELELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE.....	12
3.1. <i>Scurt istoric</i>	12
3.2. <i>Previziuni și trenduri</i>	14
3.3. <i>Dezvoltarea politicilor naționale</i>	16
4. ACORDAREA SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRE PENTRU PERSONELE VÂRSTNICE ÎN ROMÂNIA.....	30
5. CONCLUZII.....	45
6. PROPUNERI.....	58
BIBLIOGRAFIE.....	65

INTRODUCERE

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

În acest context principalele teme de interes sunt:

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

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

Tema „îngrijirii de lungă durată” se numără printre provocările principale pentru politicile sociale, cu care se confruntă toate țările Uniunii Europene. Instituțiile europene au inclus această temă în numeroase inițiative și au promovat schimbul reciproc de experiență în special prin **metoda coordonării deschise** acordând cea mai mare importanță implicării partenerilor sociali și actorilor societății civile. Rapoartele elaborate în acest context de fiecare stat în

parte arată că, în ciuda situațiilor inițiale și a condițiilor-cadru diferite, în cele mai multe țări provocările sunt similare, iar rezultatele sunt mult diferite.

Scopul acestui studiu este de a prezenta un cadru teoretic și reflecții desprinse din activitatea țărilor europene care aplică politici sociale și programele de îngrijire pe termen lung, cât și alternativele pe care le putem avea la dispoziție pentru a implementa asemenea sisteme de îngrijire pentru persoanele vârstnice în România.

Capitolul 1

ÎMBĂTRÂNIREA DEMOGRAFICĂ ȘI INCIDENȚA DEPENDENȚEI

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

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

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

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

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

Aceste tendințe reflectă două procese interdependente. Primul face referire la factorii care duc la creșterea prevalenței îngrijirii pe termen lung în rândul populației. Al doilea implică incapacitatea sistemelor informale de a răspunde acestor nevoi, având în vedere că funcțiile familiei tradiționale se preschimbă.

Provocările din ce în ce mai mari cu care se confruntă îngrijirea de lungă durată sunt consecințele unor evoluții care amplifică problema din mai multe motive.

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

În ciuda tendințelor comune, există diferențe mari, evidente la nivelul statelor membre și între acestea. Astfel, speranța de viață, în anul 2007, în statele membre UE a oscilat între 67,0 ani (Estonia) și 78,6 ani (Suedia) la bărbați, și între 75,7 (România) și 83,8 ani (Spania) la femei.

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

Din cauza natalității scăzute¹, 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

¹ Natalitatea a scăzut dramatic - în anul 1960 în aproape toate statele membre UE, indicele conjunctural al fertilității depășea nivelul de înlocuire al generațiilor, respectiv 2,1 copii la o femeie, în timp ce în anul 2008, acest indice în toate statele membre UE, fără excepție, se afla sub acest nivel. Indicele conjunctural al fertilității se calculează prin însumarea ratelor de fertilitate pentru fiecare an din intervalul [15-49] și apoi se raportează la 1.000 și reprezintă în medie numărul de copii născuți de o femeie în cursul vieții sale fertile.

ce în ce mai greu să se satisfacă nevoia de personal de îngrijire calificat pe piața forței de muncă.

Din cauza unui alt aspect al transformărilor demografice și sociale, și anume schimbarea structurii familiale și creșterea numărului de femei încadrate în muncă, multe cazuri în care îngrijirea era în trecut acordată de familie, și mai ales de femei, nu vor mai fi posibile în viitor sau nu în aceeași măsură².

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

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

Pe măsură ce noi generații devin dependente de îngrijire, pe lângă condițiile-cadru sociale se schimbă și mentalitatea, pretențiile și înseși capacitățile celor care au nevoie de îngrijire. Elaborarea abordărilor viitoare trebuie să țină seama de această dinamică.

² Avizul Comitetului Economic și Social European din 14.3.2007 privind familia și evoluția demografică; raportor: dl Buffetaut (JO C 161 13.7.2007).

DEFINIREA ÎNGRIJIRII PE TERMEN LUNG

Îngrijirea pe termen lung face referire la gama de servicii pentru persoanele de toate vârstele care au o dependență de a se îngriji. Dependența duce la o necesitate pentru o largă gamă de servicii, care sunt concepute pentru a compensa capacitatea limitată a unor persoane de a desfășura activități zilnice.

Dependența mai poate duce și la dificultăți în accesul la serviciile furnizate de sistemele de sănătate, cât și la imposibilitatea de a avea un stil de viață sănătos. De asemenea, din cauza limitării, emerg și nevoi sociale, mai ales în ceea ce privește menținerea unor relații sociale.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OECD) a definit expresia *îngrijire pe termen lung* precum **„probleme de politici transversale care întrunesc o gamă de servicii pentru persoanele care sunt dependente de ajutorul acordat în desfășurarea activităților de zi cu zi (ADLs³)”**. Elemente de îngrijire pe termen lung includ reabilitarea, servicii medicale de bază, îngrijirea la domiciliu, îngrijire socială, gospodărire și servicii precum transportul, prepararea hranei, activități ocupaționale, dar care includ și activități

³ ADLs: Activități de Rutină Zilnică (Activities of Daily Living) care fac referire la acele sarcini pe care o persoană le îndeplinește zilnic precum a mânca, a-și face baie, a se așeza pe pat sau a se ridica de pe un scaun etc;

instrumentale zilnice (IADLs⁴).

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

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

Îngrijirea pe termen lung este adesea definită ca o varietate de servicii sociale și de sănătate furnizate pentru o perioadă în curs de desfășurare sau extinsă, persoanelor care au nevoie de asistență datorită unor dizabilități mentale sau fizice⁵.

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

⁴ IADLs (Instrumental activities of daily living) activități instrumentale zilnice sunt activitățile care se relaționează cu conviețuirea independentă și include pregătirea meselor, administrarea banilor, cumpărarea alimentelor sau a obiectelor personale, realizarea de sarcini ușoare sau grele prin casa, folosirea telefonului.;

⁵ Observatorul OECD 2007, “Îngrijirea pe termen lung: o provocare complexă”.

activă, împuternicirea cu autonomie, asistență socială, servicii de sănătate și îngrijire paliativă.

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

Capitolul 3

ABORDAREA ÎNGRIJIRII DE LUNGĂ DURATĂ DE CĂTRE STATELELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE

3.1. Scurt istoric

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

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

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

Prin natura ei, îmbătrânirea demografică nu reprezintă în mod obligatoriu o creștere a cererii pentru servicii de îngrijire pe termen lung, ci de fapt incidența invalidității și a dependenței asociate cu creșterea speranței de viață sunt cele care necesită îngrijire pe termen lung.

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

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

Memorandumul din Noiembrie 2005, al Comitetului de Protecție Socială, sublinia că aceasta este principala problemă ridicată de statele membre care a contribuit la definirea unor obiective comune. Statele membre au prezentat în septembrie 2005 rapoarte asupra sănătății și a îngrijirii pe termen lung.

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

Conferința comună a Comisiei Europene și a Asociației Americane a Persoanelor Pensionare (AARP)⁶ din Septembrie 2006, „Schimbul Cross-Atlantic în ceea ce privește Îngrijirea pe Termen Lung”, stabilea că trebuie să ne așteptăm la cereri de îngrijire pe termen lung dat fiind rata crescută a longevității populației atât în U.E. cât și în S.U.A.

Cererea în continuă creștere pentru îngrijire pe termen lung reprezintă o politică provocatoare pentru multe țări având în vedere că fondurile existente sunt considerate insuficiente și inadecvate satisfacerii nevoilor prezente și

⁶ AARP este cea mai mare organizație pentru persoane vârstnice din Statele Unite ale Americii și este abilitată să facă recomandări către Națiunile Unite pentru a se asigura că interesele acestor persoane nu sunt ignorate în documentele oficiale

viitoare pentru ca să se asigure condiții decente de viață beneficiarilor acestor servicii.

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

3.2.Previziuni și trenduri

Previziunile din anul 2006 erau de creștere a cheltuielilor pentru programele de îngrijire pe termen lung cu un procent de 0,6 din PIB, datorate îmbătrânirii populației.⁷

În anumite state membre creșterea cererii pentru îngrijirea pe termen lung relaționează cu creșterea numărului de femei de pe piața muncii, ceea ce înseamnă o creștere de cerere pentru servicii de asistență pe termen lung, de vreme ce femeile vor fi din ce în ce mai puțin disponibile să acorde îngrijire informală.

Au fost elaborate două scenarii privind cheltuielile cu acordarea asistenței pe termen lung, până în 2050:

1. *îmbătrânirea normală* (nu are loc nici o schimbare a vârstei-specificul ratei de dizabilitate/dependență crește în ceea ce privește speranța de viață, ceea ce duce la o creștere relativă a duratei de viață a persoanelor care prezintă dizabilități/dependență);
2. *dizabilitățile constante* (contractia vârstă- incident specific dizabilitate/dependență), astfel încât speranța de viață având dizabilități/dependență să rămână constantă.

Mai mult a fost aplicat un test de sensibilitate asupra celor două scenarii și a rezultat că dacă are loc o trecere de 1% de la sectorul informal la cel formal ar

⁷ Comitetul de Politici Economice și Comisia Europeană (2006), Impactul îmbătrânirii populației asupra cheltuielilor publice: predicții pentru EU25 Statele Membre despre pensii, asigurare de sănătate, îngrijire pe termen lung, educație și somaj (2004-2050), Economia Europeană, Raportul Special nr 1/2006.

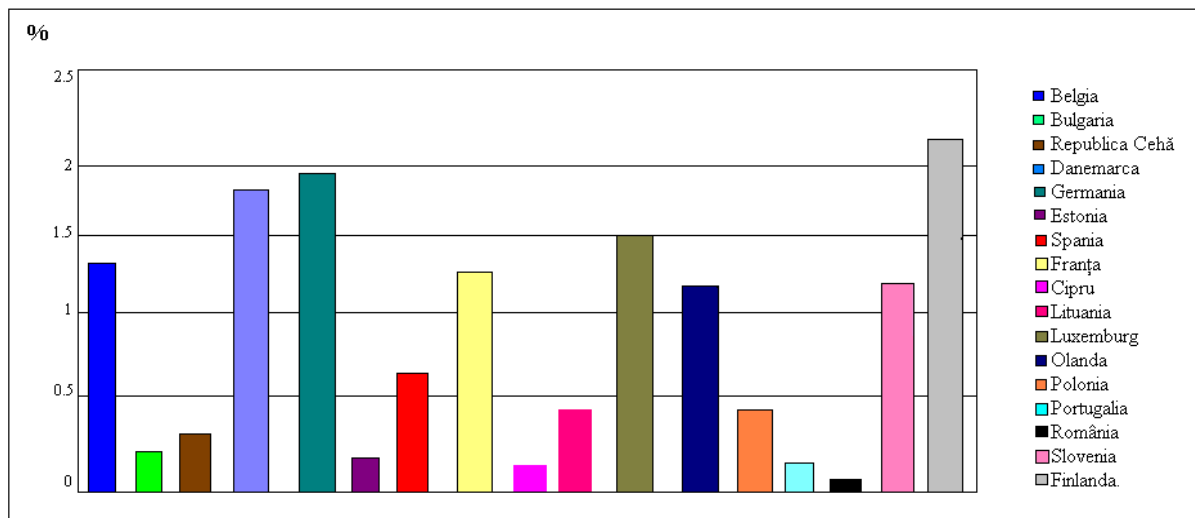
putea însemna o cheltuială suplimentară de 0,6% din PIB. Astfel se poate presupune că este vorba de un trend de creștere a cheltuielilor publice pentru îngrijirea pe termen lung. Aceste previziuni sunt necesare unui exercițiu de imaginație, dar ele nu reflectă realitatea fondurilor pentru îngrijirea formală și nici nu iau în calcul posibilele schimbări de politici care pot avea loc și finanțarea asigurării asistenței formale pe termen lung.

În timp ce asigurarea îngrijirii pe termen lung variază în statele membre în ceea ce privește aria de acoperire, țările se axează asupra sporirii adaptării locuințelor și a comunităților la servicii de asistență pentru a se îndepărta beneficiarii de sfera instituțională. Aceasta nu înseamnă că asistența instituțională va fi desființată. Mai degrabă, asistența din partea instituțiilor trebuie menținută pentru cei care au grave dizabilități sau condiții precare și pentru care îngrijirea la domiciliu nu este cea mai bună alternativă. Conform OECD, majoritatea țărilor se axează pe dezvoltarea și extinderea asistenței la domiciliu.

Unele țări sunt de acord și susțin o durată mai mare de instituționalizare, iar altele agreează îngrijirea medicală continuă, în timp ce alte state externează mai repede pacienții cu inițierea ulterioară a asistenței de reabilitare sau preventivă. În cele din urmă, anumitor țări le lipsește o structură specializată și există o lipsă acută de paturi în instituțiile specializate.

Ceea ce este important de constatat este că structura și organizarea diferitelor centre de îngrijire pe termen lung variază între țările europene, reliefând mai ales trăsăturile organizaționale ale fiecărui sistem și mai puțin structura demografică a populației și dezvoltarea ei. Variațiile reflectă diferitele abordări naționale ale solidarității familiei, precum și discrepanțele dintre cererea și furnizarea de servicii de asistență pe termen lung.

Cheltuielile alocate extinderii îngrijirii pe termen lung, (procent în PIB, 2004)



Sursa: Datele de cheltuieli pentru sănătate Eurostat

Graficul arată gradul de variație a cheltuielilor pentru asistența pe termen lung. Chiar dacă îngrijirea la domiciliu și serviciile comunitare sunt mai ieftine decât asistența acordată într-un cadru instituțional, resursele alocate îngrijirii la domiciliu diferă de la o țară la alta.

În majoritatea țărilor, peste 50% din instituțiile finanțate din surse publice se ocupă de beneficiarii asistenței pe termen lung, cu toate că majoritatea țărilor doresc să-și extindă asistența la domiciliu sau în cadrul comunității din motive financiare sau pentru a dispune de centre cu servicii adresate pacienților. Modelele incluse în definirea asistenței pe termen lung și statutul legal al furnizorilor de servicii afectează gradul de compatibilitate dintre diferitele scheme și nivelul lor de extindere.

3.3.Dezvoltarea politicilor naționale

A. Accesul la îngrijirea pe termen lung

Rapoartele naționale ale statelor membre ale Uniunii Europene sintetizează preocuparea pentru **acces, calitate crescândă și asigurarea sustenabilității** concretizată în politici sociale de îngrijire pe termen lung.

Solidaritatea și finanțarea echitabilă (finanțare progresivă prin intermediul veniturilor – relaționate cu taxele și contribuțiile mecanismelor de completare) sunt principii inerente în sistemele de asistență de sănătate. Mai mult, statele membre doresc să se asigure că accesul la îngrijire să nu depindă de posibilitatea de a plăti, de venitul sau averea acumulată, astfel încât nevoia de îngrijire să conducă la sărăcire și dependență financiară.

Drepturile universale la accesul la îngrijire se regăsesc în toate statele membre, fie prin intermediul sistemului național de sănătate, care asigură dreptul la acces al tuturor cetățenilor dintr-o anumită țară, fie prin sistemele de asigurare socială, unde drepturile la acces sunt acordate aceluia (și familiile lor) care aduc contribuții la stat prin taxe, asigurând totodată și accesul persoanelor necontribuabile.

Totuși, drepturile universale nu reprezintă acces universal și astfel rămân persoane care necesită atenție în continuare. Acordarea asistenței pe termen lung este considerată a fi inadecvată pentru a întâmpina nevoile curente și mai ales viitoare având în vedere dezvoltarea demografică. În dauna prevederii formale ale accesului universal, încă mai sunt bariere datorate de lipsa de acoperire/prevedere a anumitor tipuri de servicii de asistență, costuri financiare ridicate și disparităților geografice. De asemenea, ele includ perioade lungi de așteptare pentru anumite tratamente, lipsa de cunoștințe/informații și proceduri administrative complexe.

B. Creșterea acoperii în rândul populației

Diferențele în accesarea unei game de servicii de îngrijire pe termen lung, pe bază de asigurare, pot fi observate la diverse categorii de populație, care nu sunt acoperite în totalitate de schemele de asigurări sociale.

Îngrijirea pe termen lung oferă în mod special o acoperire limitată. Pentru extinderea serviciilor de îngrijire pe termen lung este necesară creșterea ratei de acoperire a populației în cadrul schemelor de asigurare de sănătate și sporirea disponibilității serviciilor specializate, asistență (medicală, socială) la domiciliu

sau în cadrul comunității (aflate în apropierea locuinței) și îngrijire rezidențială atunci când alternativa nu mai este adecvată medical.

C. Conținutul pachetelor de servicii de îngrijire

Asistența pe termen lung nu conține aceleași servicii în toate țările. Unele țări acționează pe componenta medicală, separând asistența medicală de cea socială. Prevederea serviciilor integrate pentru persoanele dependente și vârstnice, deși este acceptată în totalitate ca un obiectiv major de către diversele autorități responsabile cu îngrijirea pe termen lung, aceasta nu este adoptată de către toate țările Uniunii Europene.

Astfel, aceasta limitează și subminează continuitatea unei îngrijiri adecvate a persoanelor vârstnice. Numeroase state membre doresc să promoveze asistența de reabilitare (Portugalia, Republica Cehă, Elveția, Finlanda, Franța, Danemarca), pentru a reuși să le redea beneficiarilor abilitățile necesare pentru recăpătarea încrederii de sine cu scopul de a funcționa normal sau aproape normal. Asistența pentru reabilitare poate fi furnizată într-un cadru instituționalizat sau în comunitate. Mai important, serviciile de reabilitare ar trebui să fie furnizate astfel încât, acolo unde este posibil, să se reușească reintegrarea persoanei pe piața muncii, iar în cazul vârstnicilor să se recupereze abilitățile sociale și să se restabilească relațiile sociale.

Totuși, în sistemele bazate pe asigurări de sănătate, anumite componente ale îngrijirii pe termen lung pot fi excluse de la rambursare sau pot fi excluse din pachetele de servicii de asistență disponibile pe termen lung. Partajarea costurilor, plata directă și cea indirectă sunt principalele obstacole administrative și organizaționale întâlnite de către grupurile vulnerabile atunci când sunt în căutarea accesului la servicii de asistență pe termen lung.

D. Posibilitatea de plată integrală sau parțială a costurilor îngrijirii pe termen lung

Costurile ridicate din domeniul privat, care sunt evident mai mari decât în sistemele de stat impun o povară financiară mai mare asupra beneficiarilor de

servicii de îngrijire și familiilor acestora și reprezintă o barieră pentru persoanele cu venituri reduse. Adesea elementele asistenței medicale și sociale furnizate persoanelor dependente sau vârstnice nu sunt acoperite de pachetele de bază ale asigurărilor de sănătate, ceea ce conduce la o incidență mai mare a reducerii costurilor sau apelarea la alte surse pentru obținerea fondurilor necesare. Această situație conduce la recurgerea la rezultate parțiale fie din cauza inadecvenței sistemelor publice de asigurare, fie din cauza structurilor organizatorice și posibilităților financiare.

Unele țări au introdus reducerea costurilor, serviciilor de îngrijire, prin adoptarea de asigurări premium sau sisteme de îngrijire subvenționate pe termen lung (Cipru, Estonia, Irlanda). Politicile de reducere a costurilor individuale directe includ: scutiri parțiale și contribuții la costul serviciilor bazate pe veniturile beneficiarului; ajutor extra financiar garantat persoanelor vârstnice dependente, cu handicap sau grav bolnave; acordarea de către stat a îngrijirii pe termen lung pentru gospodăriile cu venituri reduse în cadrul sistemului de asistență socială (Franța, Olanda, Belgia, Ungaria, Danemarca); standardizarea națională a reducerii costurilor și a subvențiilor de stat la acordarea serviciilor private.

Plățile directe de către beneficiarii de servicii sunt suportate de majoritatea indivizilor atât în ceea ce privește serviciile medicale cât și cele pe termen lung, cu consecințe asupra accesului la acestea și asupra problemei.

E. Timpul de așteptare pentru a beneficia de servicii de îngrijire

Durata prelungită a sistemelor publice de îngrijire pe termen lung a condus la majorarea timpului de așteptare pentru a se beneficia de aceste servicii.

Răspândirea geografică inegală (regiuni, urban sau rural, orașe) a condus la plasarea serviciilor sociale sub responsabilitatea autorităților locale sau regionale. Pentru abordarea acestei probleme, Spania, de exemplu, planuiește implementarea unui sistem uniform de acordare a asistenței pe termen lung în toate regiunile sale, astfel accesul la aceste servicii să devină o prioritate pentru politicile de incluziune socială.

Factorii adiționali care influențează timpul de așteptare includ disponibilitatea personalului medical și de îngrijire, nivelul lui salarial, condițiile de muncă și infrastructura țării respective.

F. Comunități și gospodării adaptate îngrijirii pe termen lung

Statele europene au în vedere mărirea rolului comunităților și a gospodăriilor adaptate acordării serviciilor sociale și micșorarea importanței asistenței instituționalizate (care trebuie totuși menținută pentru acele persoane cu afecțiuni grave sau pentru care îngrijirea la domiciliu nu reprezintă cea mai bună alternativă).

Informarea adecvată și comunicarea cu ajutorul tehnologiei specifice (soluții medicale online precum tele-monitorizarea, telemedicina și sisteme de locuit independente) pot contribui la asigurarea unui trai independent și la servicii mult mai orientate către individ. De exemplu, o astfel de tehnologie poate demara auto-managementul afecțiunilor cronice și poate sprijini rețelele informale. Se urmărește astfel păstrarea persoanelor la propriul domiciliu pentru cât mai multă vreme, în timp ce li se poate furniza îngrijire instituționalizată atunci când este nevoie. Această măsură sprijină și alegerile și preferințele personale. Furnizarea îngrijirii la domiciliu în condițiile acordării de informații și comunicarea cu ajutorul mijloacelor tehnologice depinde de resursele disponibile și de gradul de acoperire a asistenței pe termen lung.

Așa cum se subliniază în rapoartele naționale ale statelor membre ale Uniunii Europene, se așteaptă o extindere a furnizării serviciilor cu ajutorul coordonării naționale, regionale și locale și în parteneriat cu sectorul privat și al voluntariatelor. În Finlanda spre exemplu, autoritățile promovează un efort comun la nivel municipal pentru furnizarea serviciilor de îngrijire a vârstnicilor.

Furnizarea fragmentată a serviciilor de îngrijire pe termen lung (între diferite nivele de asistență și între diverse nivele administrative) poate reduce accesibilitatea la serviciile de îngrijire.

De exemplu, externarea din spital ar trebui să fie urmată de îngrijire la domiciliu, adaptată individului chiar în cadrul comunității sale. În Germania, pacienții au dreptul la „îngrijire de transfer” din spital către sistemul în a cărei grijă

urmează să intre (fie la domiciliu fie în diverse instituții). Aceste transferuri sunt organizate de către managerii de caz. Când astfel de servicii nu sunt planificate sau disponibile, accesul la îngrijirea pe termen lung este amenințat. Într-adevăr pacienții diferiți au nevoi diferite și de obicei multiple pentru asistența pe termen lung. Uniformitatea serviciilor de îngrijire pe termen lung adaptate individului sunt dependente de trăsăturile fiecărui sistem organizațional și de gradul de coordonare între diferitele instituții ce operează în aceste sisteme.

G. Calitatea serviciilor de îngrijire pe termen lung

Persoanele care au nevoie de ajutor au dreptul la servicii de calitate. În acest sens, Uniunea Europeană și-a stabilit obiectivul de a garanta accesul la îngrijirea durabilă și de bună calitate⁸.

Calitatea serviciilor de asistență pe termen lung pentru persoanele dependente variază foarte mult atât între țări, cât și în interiorului fiecărei țări în parte.

Conform rapoartelor fiecărui stat membru în parte, în prezent există mari diferențe în ceea ce privește elaborarea standardelor de calitate în domeniul îngrijirii, obligativitatea juridică a acestora sau chestiunea validității naționale sau regionale a acestor standarde. Cele mai multe state membre au indicat că există prea puține astfel de standarde și reglementările sunt insuficiente.

Ca și în domeniul finanțării, și în ceea ce privește calitatea îngrijirii, reglementările naționale și regionale se vor aplica în continuare. În special în acest domeniu însă, schimbul de experiență la scară UE între statele membre ar putea oferi idei și repere valoroase pentru reglementările naționale și regionale. De aceea, Comitetul Economic și Social European (CESE) a propus elaborarea, în cadrul unui proiect comun la scara UE, a unor criterii de calitate pentru îngrijirea de lungă durată, care să poată servi drept orientare statelor membre în

⁸ A se vedea programul de acțiune al Comunității în domeniul sănătății pentru 2008-2013. situație și în diferitele programe naționale de sprijinire a ocupării forței de muncă, ca și în programele europene de ocupare a forței de muncă (recalificări, programe de sporire a competențelor).

elaborarea propriilor standarde și care să țină seama de mobilitatea tot mai mare a persoanelor care necesită îngrijire și a persoanelor care pot oferi îngrijire.

Anchetele și rapoartele de slabă calitate în ceea ce privește satisfacția beneficiarilor, au ridicat multe semne de întrebare și au declanșat luarea unor inițiative atât în mod particular, cât și la nivel național pentru a se îmbunătăți calitatea serviciilor și a mecanismelor de raportare. Exemple de calitate slabă sau inadecvată atât în cadrul instituționalizat, cât și comunitar includ: condiții necorespunzătoare de locuire în azile, lipsa intimității și relații sociale slabe. Mai multe state membre au introdus sau îmbunătățit cadrul legislativ pentru îmbunătățirea calității serviciilor pe termen lung.

Natura omniprezentă și atotcuprinzătoare a serviciilor de îngrijire pe termen lung face ca definirea și cuantificarea calității să fie o sarcină dificilă.

Indicatorii calității serviciilor de îngrijire sunt folosiți pentru a asigura și evalua calitatea serviciilor atât în cadrul instituțional, cât și în cel comunitar. Astfel de indicatori au fost îmbunătățiți permanent și folosiți intensiv pentru azile și îngrijirea la domiciliu. Inevitabil, fac referire la serviciile formale de acordare a asistenței pe termen lung și nu la cele informale, care sunt mai greu de evaluat.

OECD-ul clasifică indicatorii având în vedere dimensiunea structurii, procesului și rezultatului. Această clasificare este folosită pentru a cuprinde o largă gamă de posibili indicatori de calitate și pentru a identifica trendurile de-a lungul vremii în ceea ce privește evaluarea calității și controlul procedurilor acordate.

În concluzie, măsurile legate de rezultate sunt dezvoltate pentru a reda o evaluare cât mai cuprinzătoare a nivelului calității serviciilor de îngrijire pe termen lung.

Aceasta nu semnifică că structura și procesul indicatorilor de calitate sunt neimportante, ci mai degrabă că unele evaluări ale impactului actual al sănătății asupra populației dependente sunt necesare și complementare.

În ultima perioadă normele privind calitatea îngrijirii pe termen lung au evoluat de la cerințele de bază sau minime stabilite de structura și procesele de îngrijire la mecanisme procedurale mai complexe ale asigurării calității lor,

orientate asupra rezultatelor, precum cerințele de formare continuă a personalului, combinate cu mecanismele drepturilor beneficiarilor , permițând un grad mai mare de participare și consultare a acestora.

Calitatea serviciilor de îngrijire pe termen lung se adresează mecanismelor de acordare a acreditării furnizorilor. Creșterea cererii de furnizare de îngrijire pe termen lung în cadrul comunității sau la domiciliu a adus în prim plan problema îmbunătățirii calității serviciilor oferite.

În detrimentul creșterii trendului calității în dezvoltarea indicatorilor pentru serviciile de îngrijire acordate, folosirea indicatorilor rămâne încă modestă în majoritatea statelor membre ale Uniunii Europene.

Mai mult decât atât, calitatea și evaluarea ei este văzută din ce în ce mai des înglobând mai mulți factori, precum sprijinul acordat familiei, asigurarea capacității bunăstării îngrijirii pe termen lung și a tehnologiilor de asistență.

Măsurarea calității serviciilor de îngrijire pe termen lung având în vedere toate aceste dimensiuni se reprezintă o sarcină complexă.

H. Durabilitatea pe termen lung

Durabilitatea financiară

În prezent, modul de finanțare a sistemului de îngrijire variază considerabil între statele membre și uneori chiar și în interiorul aceluiași stat. Motivul acestei variații constă în faptul că îngrijirea de lungă durată este deseori repartizată unor bugete și structuri publice diferite, de multe ori fiind efectuată la nivel local, și că există sisteme diferite în domeniul asigurărilor sociale, impozitării, ca și al asigurărilor private de sănătate.

Din cauza dependenței lor de condițiile-cadru, naționale și regionale, și de strategiile politice, sistemele de finanțare a îngrijirii de lungă durată vor rămâne diferite și în viitor. Deoarece în multe țări aceste sisteme sunt în prezent evaluate, este util și important să se efectueze un schimb de experiență în ceea ce privește organizarea și modul de funcționare a fiecărui instrument de finanțare în parte (sistemele de asigurare, facilitățile fiscale), ca și a serviciilor aferente (bugetele personale de îngrijire, contribuțiile financiare și materiale).

Majoritatea țărilor europene își pun problema durabilității financiare viitoare a îngrijirii pe termen lung a sistemelor de asistență și abilitatea de a rămâne în pas cu dezvoltarea demografică.

Se așteaptă ca îmbătrânirea să ducă la creșterea cheltuielilor publice cu sistemele de sănătate și în particular a îngrijirii pe termen lung, care variază de la o țară la alta.

Diferitele aranjamente s-au dezvoltat în timp, reflectând de cele mai multe ori variate filozofii de abordare a riscului dependenței (punerea în comun a riscului). Atunci când vorbim despre cum sunt organizate cheltuielile legate de îngrijirea asistată în statele membre trebuie să facem referire la patru elemente: schemele de acoperire a previziunilor îngrijirii pe termen lung; bunăstarea aranjamentelor fiecărei țări; gradul de incidență sau de implicare a surselor private de finanțare; demarcația responsabilității între sectorul public și privat.

Există o nevoie recunoscută de **a realiza o bază financiară solidă pentru îngrijirea pe termen lung** și pentru a se asigura disponibilitatea resurselor mult râvnite. Câteva state membre deja fac demersuri în această direcție, fie prin **stabilirea asigurărilor sociale universale prin contribuții** (Danemarca, Luxemburg, Olanda, Slovenia) **sau prin taxare** (Austria, Suedia), cu scopul de a stabili o bază puternică care să susțină îngrijirea pe termen lung.

Se recunoaște nevoia de a găsi o combinație adecvată între sursele private și publice de finanțare. Fiind independentă față de aranjamentele financiare publice, plățile private directe vor juca un rol important, chiar dacă statele membre ale UE s-au hotărât să găsească scheme care să nu împiedice accesul universal și complet la servicii de îngrijire pe termen lung și de bună calitate.

În urma conferinței președinților din Luxemburg din 2005 s-a ajuns la concluzia că asigurările sociale sau sistemele bazate pe taxe par a fi mai eficiente decât soluțiile de finanțare privată. Rapoartele naționale au arătat înclinarea către un sistem mixt.

Sursele private de finanțare fac referire la două elemente distincte. În primul rând, sunt disponibile asigurări de sănătate private care să acopere și îngrijirea pe termen lung, dar acestea sunt adesea incluse în pachete

suplimentare față de cele de bază sau au acces la ele doar persoanele cu venituri mari. În al doilea rând și cel mai important, se necesită plăți private care adesea sunt fie sub forma de coplăți pentru servicii furnizate public și/sau plăți directe ale beneficiarilor pentru care rareori are loc rambursarea sumelor acreditate.

O multitudine de factori pot explica variația nivelului cheltuielilor îngrijirii pe termen lung.

Unele țări au sisteme de îngrijire pe termen lung mult mai cuprinzătoare și dezvoltate decât altele. Unele furnizează serviciile de îngrijire pe termen lung într-un cadru rezidențial sau chiar la domiciliu, ceea ce este mult mai puțin costisitor. Alte țări se bazează mai mult sau mai puțin pe îngrijirea informală cu niveluri variate pentru îngrijitorii informali.

Durabilitatea sistemică sau coordonarea îngrijirii

Coordonarea îngrijirii este importantă pentru stabilirea unui înalt nivel de calitate și utilizare eficientă a resurselor în vederea asigurării serviciilor de îngrijire pe termen lung într-un cadru instituționalizat sau comunitar, astfel asigurându-se continuitatea furnizării și organizării îngrijirii pe termen lung la toate nivelele (local, regional, național) .

Problemele de coordonare în interfața dintre îngrijirea medicală, serviciile sociale și îngrijirea informală pot avea rezultate negative pentru beneficiari și poate rezulta o utilizare ineficientă a resurselor. Problemele de coordonare afectează atât finanțarea sistemelor cât și organizarea asigurării serviciilor.

Coordonarea îngrijirii este importantă pentru asigurarea unei continuități pentru beneficiarii individuali. Fiecare persoană are nevoi specifice care necesită combinarea serviciilor medicale, de îngrijire și sociale. De cele mai multe ori furnizorii de servicii au rolul de a oferi continuitate în ceea ce privesc serviciile de îngrijire specifice fiecărui beneficiar în funcție de nevoile sale individuale. Abordarea îngrijirii continue țintește să promoveze o răspândire uniformă și coordonată de serviciilor. Două elemente sunt importante: prevederea

coordonării unei game de servicii și un management mai bun în ceea ce privește legătura dintre servicii și accesarea lor.

Statele membre au sau sunt în curs de a introduce măsuri pentru ca serviciile să funcționeze împreună mai eficient, atât în folosul beneficiarului cât și pentru o utilizare mai bună a resurselor. Unele state au început deja să încurajeze coordonarea și integrarea îngrijirii pe termen lung formulând strategii și priorități naționale.

Pe lângă strategiile naționale elaborate de către state, integrarea îngrijirii pe termen lung și alinierea finanțelor cu sistemul sănătății și asistenței sociale pot contribui la îmbunătățirea unei îngrijiri continue și de calitate.

Integrarea furnizării de îngrijire pe termen lung implică crearea de puncte locale și echipe specializate (Olanda, Portugalia, Regatul Unit al Marii Britanii) și pe de altă parte integrarea îngrijirii permanente la nivel local sau regional (Spania, Portugalia, Suedia, Regatul Unit al Marii Britanii).

Numeroase țări încearcă alinierea finanțării îngrijirii pe termen lung cu componentele de sănătate și asistență socială.

I. Piața forței de muncă în domeniul îngrijirii de lungă durată

Sectorul asistenței medicale și al îngrijirii de lungă durată are o contribuție considerabilă la volumul total al ocupării forței de muncă din țările Uniunii Europene (9,7 % din numărul total al locurilor de muncă în UE în anul 2001), creând, între 1997 și 2002, 1,7 milioane de noi locuri de muncă. În domeniul îngrijirii de lungă durată există o importantă piață europeană a locurilor de muncă, în parte legală, însă și ilegală, în unele domenii.

Domeniul îngrijirii oferă oportunități și categoriilor care deseori întâmpină greutăți pe piața forței de muncă (de exemplu pentru persoanele care doresc să reintre pe piața forței de muncă sau pentru migranți).

Prestarea de servicii de îngrijire la domiciliu reprezintă o piață în creștere. Într-o societate bazată pe diviziunea muncii, aceste prestări de servicii oferă oportunități pentru exercitarea profesiei dorite și pot înlesni, pentru anumite persoane, reconcilierea între profesie și familie. Ocuparea unui loc de muncă la

domiciliul unei persoane care dorește să fie îngrijită este o formă de angajare care tinde să nu se încadreze în relația clasică angajator-angajat. În acest context, este necesar să se combată munca la negru și să se creeze condițiile-cadru adecvate pentru încheierea de convenții legale de muncă.

CESE a recomandat utilizarea Fondului Social European pentru finanțarea programelor de formare, ca și pentru îmbunătățirea pe termen lung a calității locurilor de muncă în domeniul sănătății și al îngrijirii de lungă durată, pentru prevenirea situațiilor în care salariații își încheie prematur activitatea profesională și pentru îmbunătățirea calității, flexibilității și a eficienței lanțului de aprovizionare. În aceste programe de formare ar trebui încurajați să participe și voluntarii.

În spiritul pieței europene a locurilor de muncă, ar trebui să se aibă în vedere recunoașterea reciprocă, nebirocratică și cât mai rapidă a calificărilor corespunzătoare.

Munca de îngrijire, medicală sau nu, este obositoare din punct de vedere fizic și psihic și de aceea sprijinul și asistența pentru personalul de îngrijire au un rol important, astfel încât să nu se asigure numai calitatea îngrijirii, ci și condiții bune pentru personalul de îngrijire, astfel încât acesta să continue să fie interesat să lucreze în acest sector. Pericolul suprasolicitării este foarte mare, munca de îngrijire este solicitantă, necesită condiții optime și merită recunoașterea socială și o salarizare pe măsură.

Munca de îngrijire este prestată cu precădere de femei și de aceea trebuie luată în considerare în eforturile Uniunii Europene de sprijinire a femeilor și în cadrul abordării integratoare a egalității de șanse pentru femei și bărbați.

J. Reconcilierea între îngrijire, familie și profesie

Evoluția demografică va conduce la o situație în care mai multe persoane vor trebui, în viitor, să se ocupe, pe lângă activitatea profesională, și de îngrijirea unor membri vârstnici din familie. De aceea, dezvoltarea serviciilor în domeniul îngrijirii ar trebui privită și sub aspectul ușurării sarcinilor membrilor de familie

care oferă îngrijire și ar trebui considerată drept o posibilitate de îmbunătățire a reconcilierii între profesie și obligațiile de a acorda îngrijire.

Partenerii sociali ar putea avea sarcina de a promova schimbul de idei în ceea ce privesc măsurile care s-au dovedit bune în practică și care au sprijinit membrii de familie activi profesional care oferă îngrijire celor mai vârstnici.

K. Activitatea în centrele speciale de îngrijire

Reflexia despre sfârșitul vieții nu ar trebui exclusă din dezbaterile despre societatea în curs de îmbătrânire. În conformitate cu principiile ONU privind persoanele vârstnice, toți indivizii ar trebui să aibă dreptul la o moarte cât mai demnă, care corespunde sistemului de valori ale fiecăruia.

L. Schimbul de experiență prin metoda coordonării deschise, proiecte de cercetare și activități suplimentare

Având în vedere că din punct de vedere legal nu se poate realiza o politică comunitară în domeniul îngrijirii de lungă durată, „metoda coordonării deschise” reprezintă o modalitate importantă pentru sprijinirea obiectivelor modernizării și dezvoltării unui sistem de îngrijire de lungă durată, de înaltă calitate, durabil și accesibil tuturor.

CESE alături de alte instituții europene a identificat nevoi semnificative de cercetare privind prevenirea și tratamentul, pregătirea pentru profesiile de îngrijire, disponibilitatea serviciilor de îngrijire, soluțiile tehnice, ca și sprijinul pentru membrii familiei. Cercetarea ar putea conduce la elaborarea unor definiții uniforme la scară europeană pentru sectorul de îngrijire.

În afară de aceasta, este nevoie de organizarea de conferințe și alte manifestări similare, pentru promovarea schimburilor de experiență în Europa și pentru elaborarea strategiilor de acțiune. În plus, ar trebui încurajată și colaborarea cu organizații internaționale precum Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică și Organizația Mondială a Sănătății.

M. Dreptul european

Deși îngrijirea de lungă durată nu cade sub incidența directă a dreptului european, aceasta este influențată semnificativ de alte domenii ale dreptului referitor la cele ale furnizorilor de servicii și cele ale beneficiarilor acestora.

Prestatorii de servicii de îngrijire, salariații acestora și persoanele aflate în îngrijire de lungă durată se pot afla în situație de incertitudine juridică, deși nevoia de astfel de servicii se va mări în toate țările Uniunii Europene. Oferta va fi foarte diferită în funcție de țară, la fel ca și prețul, iar acest lucru prezintă riscul, cel puțin în zonele de frontieră, de amplificare a turismului medical, care există deja și ridică probleme importante autorităților locale în cauză. De aceea, la elaborarea prevederilor juridice din aceste domenii ar trebui să se aibă în vedere efectele asupra îngrijirii de lungă durată.

Sectorul îngrijirilor de lungă durată este expus cererilor contradictorii impuse de concurență și asigurarea disponibilității. De aceea trebuie să se aibă în vedere, în mod corespunzător, serviciile transfrontaliere, dreptul muncii și serviciile de interes general.

ACORDAREA SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRE PENTRU PERSOANELE VÂRSTNICE ÎN ROMÂNIA

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

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

Nevoia socială este definită în acest act normativ ca fiind 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 sunt stabilite prin evaluarea statusului funcțional, senzorial și psihoafectiv al persoanei vârstnice. Pentru evaluarea nevoilor persoanelor vârstnice s-au reglementat: Grila națională pentru evaluarea nevoilor persoanelor vârstnice și Fișa de evaluare sociomedicală (geriatrică) aprobate prin **H.G. nr. 886/2000.**

În afara riscului de bătrânețe acoperit de sistemul de securitate socială prin asigurarea unui venit reprezentat de pensie, în cazul persoanelor vârstnice se întâlnește o situație particulară, acestea având nevoie, în egală măsură, de două tipuri de suport - respectiv servicii sociale și medicale. 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 sau, dacă acest lucru nu este posibil, asigurarea suportului necesar continuării vieții într-o instituție de asistență socială.

Sistemul actual de asistență socială pentru persoanele vârstnice se bazează în principal pe:

a) Transferuri bănești către populație (ajutoare sociale, ajutoare de urgență, indemnizații sau alte venituri decât cele provenite din sistemul de asigurări sociale);

b) Facilități diverse care privesc, în special asistența medicală fără contribuție, gratuități și compensări la medicamente, gratuități sau reduceri de costuri pentru tratament balnear, transport în comun sau interurban, abonamente radio-tv ș.a.;

c) Servicii de îngrijire la domiciliu - îngrijirea la domiciliu se acordă fără nici o contribuție în cazul persoanelor care au venituri reduse; persoanele vârstnice care se încadrează într-un grad de handicap grav pot beneficia de asistent personal sau pot opta pentru o indemnizație; de asemenea, pot beneficia de facilitățile acordate adultului cu handicap;

d) Servicii de găzduire, supraveghere, asistare, îngrijire, recuperare, suport și consiliere acordate în instituții de asistență socială de tip rezidențial sau servicii alternative de tip centre de zi, "respite centre", cluburi etc.;

e) Personal specializat care își desfășoară activitatea în domeniul asistenței sociale a persoanelor vârstnice și anume asistenți sociali, dar și profesioniști cu diverse calificări și competențe, în funcție de serviciile pe care le acordă;

f) Descentralizare care privește transferarea responsabilității administrării și gestionării serviciilor sociale, acordate în instituții sau la domiciliu, autorităților

locale; instituțiile de asistență socială sunt, în principal, înființate, organizate și administrate de autoritățile locale;

g) Finanțare județeană și locală - serviciile sociale, fie că sunt acordate în instituții sau la domiciliu, sunt finanțate de autoritățile locale, de la bugetul de stat putând fi acordate sume pentru anumite cheltuieli stabilite prin lege;

h) Parteneriat și solidaritate socială - în condițiile în care, într-o anumite perioadă de dezvoltare socio-economică, statul nu poate să asigure un suport financiar suficient, societatea civilă, prin formele ei organizate, trebuie să participe intens la dezvoltarea oricăror forme de suport destinate prevenirii și combaterii oricăror situații de risc ce ar putea conduce la marginalizare sau excluziune socială;

i) Participarea beneficiarilor la procesul de decizie privind înființarea, organizarea, administrarea și acordarea serviciilor sociale;

A. Accesul la servicii de îngrijire la domiciliu

Asistența socială se acordă la cererea persoanei vârstnice interesate, a reprezentantului legal al acesteia, a instanței judecătorești, a personalului de specialitate din cadrul consiliului local, a poliției, a organizației pensionarilor, a unităților de cult recunoscute în România sau a organizațiilor neguvernamentale care au ca obiect de activitate asistența socială a persoanelor vârstnice. În situația în care starea de sănătate a persoanei vârstnice nu permite obținerea consimțământului acesteia, decizia se ia de serviciul social al consiliului local sau de direcția județeană de muncă și protecție socială sau a sectoarelor municipiului București, pe baza anchetei sociale și a recomandărilor medicale ale medicului de familie, prin consultarea și a medicului specialist, cu acceptul rudelor de gradul I ale persoanei respective sau, în lipsa acestora, cu acceptul unui alt membru de familie.

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

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

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

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

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

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

Pentru asigurarea îngrijirii la domiciliu a persoanei vârstnice aflate în situația de dependență sociomedicală, stabilită potrivit grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice, consiliile locale pot angaja personal de îngrijire prin plata cu ora, fracțiuni de normă sau normă întregă, în funcție de procedura de stabilire, suspendare și încetare a drepturilor de asistență socială pentru persoanele vârstnice.

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

Dacă perioada în care asistența socială a persoanelor vârstnice este temporară, dar nu mai mare de 6 luni, acordarea serviciilor de asistență socială se suspendă prin decizie motivată a celui care a stabilit dreptul. La încetarea

suspendării, reluarea acordării serviciilor sau prestațiilor de asistență socială se face pe bază de anchetă socială.

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

- a) îngrijirea temporară sau permanentă la domiciliu;
- b) îngrijirea temporară sau permanentă într-un cămin pentru persoane vârstnice;
- c) îngrijirea în centre de zi, cluburi pentru vârstnici, case de îngrijire temporară, apartamente și locuințe sociale, precum și altele asemenea.

Serviciile comunitare asigurate 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.

B. Acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu

Serviciile medicale sunt acordate în baza reglementărilor legale privind asigurările sociale de sănătate.

Reglementările privind modul de acordare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu sunt prevăzute în Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, H.G. nr. 366 din 25 martie 2008 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate și Ordinul ministrului sănătății nr.416/428/31.03.2009 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

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

Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face de către medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate și de către medicii de specialitate, la externarea asiguraților din spitale, aflați în relații contractuale cu casele județene de asigurări de sănătate și Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București, în funcție de patologia bolnavului și gradul de dependență al acestuia.

Medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate recomandă îngrijiri medicale la domiciliu pentru asigurații aflați în faza terminală ca urmare a unor afecțiuni oncologice sau accident vascular - cerebral.

În funcție de gradul de dependență, bolnavul poate fi:

- *total dependent* - pacientul care nu poate îndeplini trei sau mai multe activități zilnice de bază fără ajutorul altei persoane și are nevoie de îngrijire medicală;
- *parțial dependent* - pacientul care nu poate îndeplini cel puțin două activități zilnice de bază fără ajutorul altei persoane și din cauza stării de sănătate are nevoie de îngrijire medicală;
- *independent* - pacientul care îndeplinește activitățile zilnice de bază fără ajutorul altei persoane dar care, datorită afecțiunii cronice acute, necesită următoarele servicii de îngrijire medicală la domiciliu:

îngrijirea stomelor, îngrijirea canulei traheale, îngrijirea plăgii postoperatorii și tratament parenteral.

Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se eliberează în trei exemplare, din care *un exemplar rămâne la medic, un exemplar* împreună cu o cerere de acordare de servicii de îngrijire la domiciliu se depune de către asigurat sau aparținătorul legal acestuia *la casele județene de asigurări de sănătate și a municipiului București și un exemplar rămâne la asigurat* urmând a fi predat furnizorului de servicii de îngrijiri la domiciliu, dacă cererea a fost aprobată. Cererile și recomandările primite de către casele județene de asigurări de sănătate și a municipiului București se analizează într-un interval de 24 de ore de la data depunerii și sunt aprobate în limita sumelor prevăzute cu această destinație.

Asiguratului i se va transmite prin adresă scrisă, expediată prin poștă, răspunsul la cerere în termen de maximum 24 de ore de la data luării deciziei.

Asigurații, pe baza cererilor aprobate de către casa de asigurări sociale de sănătate, se adresează unui furnizor de servicii medicale de îngrijiri la domiciliu acreditat, aflat în relații contractuale cu casa și care este inclus în lista de furnizori pusă la dispoziție de către aceasta.

C. Furnizorii de servicii de îngrijire la domiciliu

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

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

Soțul și rudele care au în îngrijire o persoană vârstnică dependentă pot beneficia de program lunar redus de lucru, de o jumătate de normă, cu

suportarea drepturilor salariale pentru cealaltă jumătate de normă din bugetul local, corespunzător salariului brut lunar al asistentului social debutant cu pregătire medie. Timpul cât soțul și rudele au fost încadrate în aceste condiții se consideră, la calculul vechimii în muncă, timp lucrat cu normă întreagă.

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

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

Perioada pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se stabilește de către medicul care a făcut recomandarea, cu obligativitatea precizării ritmicității sau periodicității serviciilor, dar **nu mai mult de 56 de zile calendaristice/an în una sau mai multe etape (seturi de îngrijiri).**

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

Serviciile de transport sanitar, necesare pentru realizarea unui serviciu medical pentru asigurat, se suportă din fondul de asigurări sociale de sănătate. Asigurații au dreptul la transport sanitar pentru urgențe medico-chirurgicale și alte situații speciale prevăzute în contractul-cadru.

Obligațiile furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu sunt:

- să informeze asigurații despre serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu cuprinse în pachetul de servicii de bază, obligațiile furnizorului, precum și obligațiile asiguratului;

- să respecte programul conform planului de îngrijiri medicale la domiciliu conform recomandărilor medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate și din spital, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale;
- să acorde servicii de îngrijiri medicale la domiciliu tuturor asiguraților fără nici o discriminare;
- să nu modifice sau să nu întrerupă din proprie inițiativă schema de îngrijire recomandată;
- să comunice direct, atât medicului care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu, cât și medicului de familie al asiguratului, evoluția stării de sănătate a acestuia;
- să țină evidența serviciilor de îngrijiri medicale furnizate la domiciliul asiguratului, privind tipul serviciului acordat, data și ora acordării, durata, evoluția stării de sănătate;
- să urmărească prezentarea la controlul medical a asiguratului pe care l-a îngrijit, atunci când acest lucru a fost solicitat de medicul care a făcut recomandarea îngrijirii medicale la domiciliu și să nu depășească din proprie inițiativă perioada de îngrijiri medicale la domiciliu.

D. Standardele de calitate privind serviciile de îngrijire

Conceptul de “calitate” îl folosim atunci când dorim să apreciem un produs, un serviciu, o persoană sau orice altceva în raport cu care avem un anumit interes. Spunem astfel că am achiziționat un produs de „foarte bună calitate”, că a fost executat un serviciu de „o calitate excelentă” sau că o anumită persoană nu este de „foarte bună calitate” în măsura în care nu ne-a fost satisfăcut „interesul” avut față de acel produs/ serviciu/ persoană.

Conceptul de “calitate” îl reprezintă de fapt “interesul” față de obiectul/subiectul în cauză. În lipsa “interesului”, conceptul de “calitate” nu are obiect. „Interesul” este forma prin care ne manifestăm o „nevoie” de care suntem mai mult sau mai puțin conștienți.

Totodată, o „nevoie” poate fi satisfăcută în măsura în care există o anumită „competență” care să asigure satisfacerea acesteia. Putem fi apreciați ca fiind „competenți”, suntem „o organizație competentă” în măsura în care satisfacem anumite cerințe/ nevoi (exprimate sau nu) a celor interesați de rezultatele activității noastre.

În acest context, putem afirma: **„calitatea” este strict condiționată de nivelul de „competență”**. Putem spune că un produs/ serviciu este de „calitate înaltă” (aduce satisfacții înalte) dacă cel care l-a produs/ furnizat este „competent”.

Considerând „calitatea” ca măsură a satisfacției obținute, un furnizor de servicii sociale care satisface în totalitate cerințele și așteptările beneficiarilor este apreciat ca fiind un furnizor „puternic orientat spre calitate”.

Investiția în competența furnizorului de servicii sociale (în tehnică, în tehnologie, personal) reprezintă principala condiție a asigurării succesului.

Responsabilitatea furnizorului se referă la datoria sau obligația acestuia de a-și îndeplini sarcinile și activitățile ce i-au fost încredințate. Responsabilitatea funcționează ca datoria unui individ față de el însuși de a realiza în cele mai bune condiții sarcinile ce-i revin și, prin aceasta, este o condiție necesară pentru realizarea eficientă a obiectivelor stabilite, de către furnizorul de servicii sociale.

Absența asistenței sociale în perioada de până în anul 1990 s-a reflectat în organizarea relativ haotică a serviciilor sociale, dublate de lipsa profesioniștilor și a legislației în domeniu.

Delegarea responsabilității dezvoltării serviciilor de asistență socială autorităților publice locale reprezentate de consiliile județene și locale se realizează după anul 1990 conform noului pachet legislativ din România.

În primul raport al Comunității Europene privind sărăcia și incluziunea socială, s-a specificat pentru țările membre ale Uniunii Europene: „persoanele vârstnice sunt cele mai vulnerabile în ceea ce privește riscul de excluziune socială, datorită nivelului insuficient al pensiilor”.

Se impune aplicarea standardelor de calitate în concordanță cu eterogenitatea și diversitatea acestui segment de vârstă, implicit adaptarea serviciilor asistenței sociale la persoanele vârstnice.

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

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

Semnificația calității în cazul serviciilor sociale pentru beneficiar presupune:

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

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

- **curtuoazie** - astfel încât beneficiarul să nu se simtă umilit pentru că are nevoie de ajutor ;
- **respect** ;
- **simpatie** - pentru a avea o relație cât mai deschisă cu beneficiarul ;
- **promptitudine** ;
- **ascultare activă** - pentru a identifica problema reală de rezolvat ;
- **exactitate** - soluționarea problemei care trebuie rezolvată, nu a alteia;

- **accesibilitate** - serviciile acordate trebuie să răspundă tuturor solicitărilor, fără nici o discriminare; de asemenea, instituția care oferă serviciile sociale trebuie să fie accesibilă și să aibă un program care să răspundă nevoilor solicitanților;
- **claritate** - pașii intervenției trebuie să fie descriși astfel încât beneficiarul trebuie să înțeleagă cum se va rezolva problema;
- **personal bine informat și specializat** - pentru a se menține și îmbunătăți nivelul de calitate a serviciilor ;
- **obiectivitate** .

Există prescrise diverse rețete în domeniu, printre care așa-zisul model al celor șapte etape pe care îl prezentăm ad litteram, recomandat și utilizat în scopul oferirii unor servicii de calitate beneficiarilor :

- crearea unui climat prietenos-prezentarea proprie, folosirea numelui asistatului, acordarea de timp suficient pentru a explica cum se va derula procesul de acordare de servicii, evitarea semnelor de indiferență sau nerăbdare ;
- obținerea informației necesare prin ascultare activă și întrebări : trebuie să ne asigurăm că am obținut toate informațiile necesare și să evităm situațiile ambigue ;
- verificarea pentru înțelegerea completă : trebuie să verificăm datele cu beneficiarul, pentru a ne asigura că fiecare parte a înțeles ceea ce trebuie ; propunerea unui plan de acțiune ;
- obținerea unui acord asupra a ceea ce urmează să se facă, de către cine, unde, când și cum ; trebuie să verificăm dacă asistatul a înțeles planul de îngrijire întocmit, realizat de comun acord, evitând astfel situații negative ;
- asigurarea asistenței asupra căreia s-a convenit-primul motiv pentru care beneficiarii își pierd încrederea este nerespectarea termenelor sau neaducerea la îndeplinire a acestora ; astfel, trebuie să ne îndeplinim promisiunile, respectiv a contractelor și a planurilor stabilite ;

- monitorizarea în vederea asigurării de rezultate :trebuie să ne asigurăm pe perioada intervenției că beneficiarii vor obține ceea ce și-au dorit.

Principalele acte normative care reglementează standardele de calitate în domeniul serviciilor sociale, socio-medicale și medicale pe care le presupune îngrijirea persoanelor vârstnice în instituții și în comunitate sunt:

- **Ordinul ministrului sănătății nr. 318 din 7 aprilie 2003 pentru îngrijirile de natură medicală și în Ordinul ministrului muncii, familiei și protecției sociale nr. 246 din 27 martie 2006, pentru serviciile de natură socială și socio-medicală** sunt primele reglementări în domeniu și se referă la: organizarea și administrarea unităților, accesarea și acordarea serviciilor, a resursele fizice și umane;
- **Ordinul ministrului muncii, familiei și protecției sociale nr. 383 din 6 iunie 2005 pentru aprobarea standardelor generale de calitate privind serviciile sociale și a modalității de evaluare a îndeplinirii acestora de către furnizori aprobă standardele generale de calitate privind serviciile sociale furnizate în sistem public, privat și în parteneriat public-privat, stabilește standarde pentru acreditarea furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv condițiile pe care trebuie să le îndeplinească furnizorii de servicii;**
- **Ordinului ministrului muncii, familiei și protecției sociale nr. 246 din 27.03.2006 privind aprobarea Standardelor minime specifice de calitate pentru serviciile de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice și pentru centrele rezidențiale pentru persoane vârstnice** este actul normativ care statuează standarde specifice pentru serviciile acordate vârstnicilor.

Inspekția Socială este instituția publică înființată prin **Ordonanța de urgență nr. 130/2006 privind Inspekția Socială și respectiv Legea nr. 211/2007 pentru aprobarea O.U.G. nr. 130/2006** ca organ de specialitate al administrației publice centrale, cu personalitate juridică, care are drept scop controlul implementării legislației în domeniu, precum și inspekția activității instituțiilor publice și private, responsabile cu furnizarea prestațiilor și serviciilor sociale, inclusiv celor destinate persoanelor vârstnice.

Furnizorilor de servicii sociale li se acordă o perioadă de 12 luni pentru a îndeplini condițiile de acreditare conform standardelor de calitate, perioadă în care au obligația:

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

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

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

- **dezvoltarea și diversificarea de servicii în funcție de nevoile beneficiarilor** și de nevoile identificate în comunitate, implicând beneficiarul ca membru activ al echipei serviciului furnizat, contribuția fiecărui individ prin angajarea lui în autoevaluare, feedbackul și evaluarea realizată de beneficiar, cât și valorile emise de acesta, respectând obiectivele serviciului furnizat;
- **promovarea participării beneficiarilor** la toate nivelurile de organizare și furnizare a serviciilor, precum și în cadrul comunității;
- **cooperarea la organizarea și dezvoltarea serviciilor sociale**, prin încheierea de parteneriate, pentru a asigura continuitate în furnizarea serviciilor sociale, în cadrul unui sistem eficient și transparent care vine în întâmpinarea dificultăților și riscurilor la care sunt expuse persoanele vârstnice din cadrul comunităților ;

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

- **carta drepturilor**, specifică tipurilor de beneficiari cărora li se adresează, cunoscută atât de beneficiari, cât și de asistenți;
- **regulamentul de organizare și funcționare** prin care se stabilesc pentru beneficiari responsabilități și obligații, care le sunt făcute cunoscut și pe care trebuie să le respecte permanent și la orice nivel al intervenției;
- **planul de intervenție** și, după caz, **planul de asistență și îngrijire**, care valorifică întregul potențial uman corelat cu nevoile personale și ale cărui rezultate sunt monitorizate și evaluate sistematic;
- **proceduri de măsurare a satisfacției beneficiarilor** cu privire la condițiile în care se acordă serviciul și facilitățile puse la dispoziție de furnizor;
- **procedurile** prevăzute în regulamentul de organizare și funcționare referitoare la înregistrarea, medierea și soluționarea reclamațiilor formulate de beneficiari, familiile ori susținătorii legali ai acestora;

- **modalitățile de evaluare** inițială și complexă a nevoilor persoanei vârstnice;
- **proceduri de implicare a beneficiarilor în procesul de luare a deciziilor**, în procesul dezvoltării de programe, precum și pentru evaluarea și administrarea serviciului primit;
- **indicatori pentru monitorizarea procesului de integrare socială și de reabilitare a vârstnicilor**;
- **conceptul de management al informației**, bazat pe un set unic de proceduri și de formulare utilizat pentru organizarea, stocarea, transmiterea și publicarea informației.

CONCLUZII

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

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

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

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

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

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

În principiu, există multe argumente pentru a se acorda preferință îngrijirii la domiciliu. Aceasta corespunde dorinței multor persoane de a putea să rămână acasă și în caz de boală, dar și la bătrânețe. Atunci când se apelează la membrii de familie, îngrijirea la domiciliu necesită cheltuieli mai mici decât îngrijirea în instituții specializate. Aceasta însă nu trebuie să aibă ca efect crearea unei presiuni pentru membrii de familie, în special pentru femei, de a depune singure aceste eforturi.

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

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

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

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

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

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

În scopul dezvoltării îngrijirilor și serviciilor acordate la domiciliul persoanei se impun elaborarea și implementarea unor măsuri, promovarea accesului la serviciile de sănătate, îmbunătățirea măsurilor de prevenire a situației de dependență, diversificarea prestațiilor destinate prevenției și combaterii riscului

de marginalizare sau excludere socială și creșterii calității vieții persoanei vârstnice.

În anul 2008, a fost raportat un număr de 5.530.704 pensionari în România, dintre care 3.742.156 sunt persoane vârstnice definite conform legii (persoanele care au împlinit vârsta standard de pensionare), dintre care, un număr de 2.440.549 sunt femei în vârstă de 60 de ani și un număr de 1.301.607 sunt bărbați în vârstă de 65 de ani și peste.

Grupa de potențiali beneficiari de servicii de îngrijire este reprezentată de către persoanele vârstnice care se află în riscul cel mai crescut de dependență, adică de cele cu vârsta de 80 de ani și peste (617.133 persoane în iulie 2008).

Potrivit informațiilor furnizate în cadrul literaturii de specialitate, 3% din persoanele cu vârsta de peste 60 de ani se pot găsi în situație de dependență. În cazul în care acest procent este aplicat la numărul de persoane vârstnice din România cu vârsta de peste 60 de ani, rezultatul ar fi un număr de aproximativ 126.140 de persoane dependente (în anul 2008), reprezentând grupa celor care necesită în mod sigur servicii de îngrijire. Dacă se apreciază că dintr-un număr de 35 de persoane vârstnice dependente, 10 se află în situația de pierdere accentuată a autonomiei, rezultă că circa 36.000 de persoane necesită îngrijiri permanente.

Centrele rezidențiale (cămine) dispun de un număr de 3.400 de locuri pentru persoane vârstnice, iar centrele de îngrijire și asistență pentru persoanele cu handicap de un număr de aproximativ 4.000 de locuri.

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

Condițiile propice care stau la baza generării fenomenului de dependență (starea în care se găsesc persoanele care, datorită unor cauze legate de diminuarea sau pierderea autonomiei fizice, psihice sau intelectuale, au nevoie

de asistență și/sau de ajutor, importante pentru a-și îndeplini actele curente de viață) pentru persoanele vârstnice sunt deteriorarea stării de sănătate a acestora și pierderea rudelor apropiate. Acest ultim aspect contribuie la reducerea, uneori chiar absența suportului financiar și societal.

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

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

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

Studiile asupra psihologiei comportamentale a persoanelor vârstnice au semnalat, în repetate rânduri, susceptibilitatea acestora asupra sprijinului oferit de societate. Acest aspect poate fi cu ușurință constatat prin intermediul unor sondaje de opinie vizând grija societății pentru rezolvarea problemelor acestei categorii de vârstă, instrument de măsurare în urma căruia **85% din cei interogați au menționat că „pentru ei societatea nu face nimic sau foarte puțin”.**

Aproximativ jumătate dintre persoanele investigate manifestă un sentiment de marginalizare în privința luării deciziilor în cadrul familiei sau în mediul social, iar 68% sunt îndepărtați de viața socială, economică, politică datorită bătrâneții. O asemenea percepție are efecte nedorite, generând sentimente de insatisfacție și marginalizare.

Perioada de tranziție a avut efecte negative asupra persoanelor vârstnice din România - nivelul scăzut de trai (sub pragul de sărăcie), determinându-i să se „îndrepte” spre instituțiile de ocrotire socială și cantinele sociale. Nivelul sărăciei vârstnicilor apropiat de cel al persoanelor de vârstă activă economic (în acest caz 25-64 ani) indică proliferarea în România a unei sărăcii corelate cu schimbările structurale pe piața muncii.

Politica guvernamentală în domeniul asistenței sociale este necesar să vizeze o serie de măsuri destinate combaterii excluziunii sociale și promovării incluziunii sociale, inclusiv prin elaborarea unor reglementări legislative menite să asigure o construcție de sistem coerentă, un management eficient, o îmbunătățire permanentă a diverselor măsuri de suport financiar destinate vârstnicilor și respectiv celor în situație de risc, precum și o consolidare și dezvoltare a rețelei de servicii sociale, medicale și geriatrice adresate acestei categorii de populație care numără circa 5,5 milioane persoane.

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

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

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

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

Se constată o proliferare a fenomenului instituționalizării, în mod special în mediul urban, având la bază motivații de ordin obiectiv (condiții de locuit restrânse, dificultăți financiare, imposibilitatea supravegherii permanente a

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

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

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

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

Distribuția procentuală într-un eșantion de persoane vârstnice cu privire la diferite situații de instituționalizare se prezintă astfel :

- singurătate - 34% ;
- stare de sănătate necorespunzătoare care nu permite propria îngrijire - 27%;
- lipsa veniturilor - 12%;
- neînțelegeri cu copii sau alte rude cu care locuia - 17%;

- lipsa unei locuințe proprii sau a unor condiții acceptabile de locuit în casa altor rude - 10% .

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

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

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

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

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

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

Resursele umane sunt cele mai importante componente în furnizarea de îngrijiri de sănătate. Planificarea resurselor umane și în special a medicilor, trebuie să constituie o prioritate în domeniul politicilor din sectorul sanitar. Deși reprezintă numai aproximativ 15-20% din personalul medical, medicii sunt cei care influențează în cea mai mare măsură calitatea și costurile serviciilor de sănătate.

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

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

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

Veniturile scăzute reprezentate de pensie, creșterea progresivă a costurilor de întreținere a locuinței, a alimentelor și medicamentelor, extinderea sărăciei care afectează veniturile totale ale unei familii determinând sistarea

ajutorului tradițional acordat vârstnicului, dar și abuzuri grave finalizate, în general, cu pierderea locuinței de către batrâni, schimbările înregistrate în structura familiei, a stilului de viață, transferul populației tinere din zonele rurale către zonele urbane, limitarea suportului familial și scăderea numărului de îngrijitori tradiționali, determină **nevoia, în continuă creștere, de a solicita servicii de îngrijire** din ce în ce mai costisitoare, mai ales dacă este vorba de asistența acordată în regim instituționalizat.

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

- Reglementări insuficiente referitoare la nevoia de formare și criteriile de acreditare a personalului care activează în domeniul serviciilor sociale pentru persoanele vârstnice, respectiv lipsa standardelor profesionale care să permită și includerea noilor meserii în Clasamentul Ocupațiilor din Romania, cât și o salarizare corespunzătoare a acestora;
- Titlaturi diferite utilizate pentru personalul care are atribuții similare (asistent personal, îngrijitor la domiciliu);
- Insuficienta dezvoltare a sistemului de formare continuă în vederea dezvoltării de competențe;
- Lipsa unor profesii necesare managementului serviciilor de îngrijire pentru persoanele vârstnice: asistentul medical comunitar (echivalent al sursei comunitare), asistentul medical de geriatrie și gerontopsihiatrie, managerul de caz, terapeutul ocupațional specializat în recuperarea persoanelor vârstnice etc.;
- Există blocaje în dezvoltarea specialității și competențelor în geriatrie-gerontologie cu toate că există o oarecare tradiție în medicina românească.

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

- *În raport cu profilul global al sistemului actual:*

- Numărul redus de studii și cercetări privind tendințele demografice, particularitățile vârstei a treia și problematicile specifice vârstnicilor, bazate pe date reale, culese și interpretate prin metode specifice și consacrate, apte să ofere informația necesară elaborării de politici eficiente în domeniu, pe termen mediu și lung;
- Lipsa unui departament specializat în elaborarea, evaluarea și monitorizarea politicilor sociale și a programelor naționale destinate persoanelor vârstnice, organizat la nivel central;
- Existența mai multor reglementări legislative elaborate de instituții guvernamentale diferite, care produc paralelisme, confuzii sau incoerențe în sistem;
- Accesul persoanelor vârstnice la îngrijirea în sistem rezidențial sau la domiciliu se realizează în baza mai multor metodologii, prevăzute de legislația specială pentru persoanele vârstnice și persoanele cu handicap.
- Contribuția beneficiarului de servicii de îngrijire înregistrează un quantum diferențiat în instituții care acordă, în fapt, aceleași servicii (cămine pentru persoane vârstnice și centre pentru îngrijire și asistență pentru adulții cu handicap - foste cămine de bătrâni și cămine spital);
- Administrarea instituțiilor pentru asistarea persoanelor vârstnice se realizează după regulamente diferite, în funcție de autoritatea care le coordonează;
- Dezvoltarea inegală a serviciilor sociale destinate persoanelor vârstnice la nivel național: există județe cu concentrare masivă de ONG-uri furnizoare de servicii, iar altele în care nu este înregistrată nici o organizație activă;
- Numărul redus de servicii de îngrijire la domiciliu, precum și a centrelor de zi sau a altor tipuri de servicii alternative;
- Absența activității de monitorizare și control a acordării serviciilor de îngrijire, nesuținută de criterii și standarde clar definite;

- Lipsa prevederilor legislative care se referă la contravenții, indiferent cine este responsabil de aplicarea legislației în domeniu, respectiv organism privat, instituții publice sau autorități locale;
- Servicii de prevenție și recuperare insuficiente;
- Lipsa de colaborare între instituțiile administrației centrale și locale din domeniul asistenței sociale și de sănătate, reprezentând principalul obstacol al dezvoltării serviciilor de îngrijire integrate, acordate la nivel comunitar;
- Definiții și terminologie neunitară utilizate în actele normative speciale;
- Prevederile legale sunt depășite sau dificil de implementat, cum ar fi: calcularea contribuției datorată de persoana vârstnică pentru acordarea serviciilor la domiciliu, facilitățile acordate îngrijitorilor proveniți din familia beneficiarului, programul de formare mult prea complex față de atribuțiile reale ale unui îngrijitor la domiciliu s.a.;
- Instituțiile de asistență socială sunt insuficiente față de solicitări, situație evidentă în protecția persoanelor vârstnice, a persoanelor cu boli cronice și în mod deosebit a celor cu afecțiuni neuropsihice;
- Incapacitatea sistemului de a rezolva probleme/situații personale extrem de grave care nu sunt deloc sau sunt marginal acoperite cu servicii sociale de îngrijire.

- În raport cu organizarea serviciilor de îngrijire:

- Responsabilități disparate, la nivel de instituții guvernamentale;
- Regulamente de organizare și funcționale diferite ale instituțiilor care acordă
- același tip de servicii, pentru aceleași categorii de beneficiari;
- Misiunea instituțiilor nu este clar definită;
- Disproporție în alocarea de personal în raport cu complexitatea activității, precum și lipsa unor normative de personal elaborate în baza unor evaluări prealabile, cu respectarea standardelor europene în domeniu;
- Existența mai multor sisteme de evaluare a pierderi funcționale a vârstnicilor;
- Lipsa definirii clare a raporturilor de coordonare/subordonare la nivel central și teritorial;

- Sistem managerial informațional slab dezvoltat, ceea ce conduce la decizii incorecte sau insuficient fundamentate;
- Incapacitatea sistemului actual de a oferi o imagine comprehensivă asupra numărului de beneficiari și a serviciilor acordate;
- Lipsa inspecției de sistem la nivel local.

- *În raport cu finanțarea serviciilor de îngrijire:*

- Descentralizarea nu a fost urmată de alocarea de resurse financiare și umane suficiente;
- Rigiditatea sistemului a generat imposibilitatea direcționării fondurilor în vederea soluționării unor situații de criză;
- Finanțarea instituțiilor de asistență socială din bugetele locale a condus la degradarea multor instituții sub aspect fizic și funcțional;
- Planificarea financiară nu se realizează în funcție de nevoia socială și evoluția problemelor sociale;
- Nedefinirea clară a modalităților de finanțare a serviciilor sociale, astfel încât să fie asigurată sustenabilitatea și continuitatea acestora.
- - În raport cu resursele umane:
- Sub-dimensionarea necesarului de personal pentru acordarea serviciilor de îngrijire;
- Lipsa personalului calificat la nivelul serviciilor publice de asistență socială, dar și la nivelul serviciilor și instituțiilor de asistență socială destinate asistării persoanelor vârstnice.

PROPUNERI

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

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

➤ **Finanțarea și accesibilitatea**

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

➤ **Îngrijirea și prestarea de servicii de îngrijire**

- Dezvoltarea de servicii diferențiate, orientate în funcție de nevoile beneficiarilor trebuie garantată și în regiunile care sunt în prezent dezavantajate din acest punct de vedere.

- Încurajarea și consolidarea legăturilor existente cu membrii de familie și cu vecinii, care au în prezent o mare pondere în îngrijire, de exemplu prin formarea și sprijinirea membrilor de familie.
- Implicarea mai mult în munca de îngrijire a ONG-urilor, inițiativelor socioeconomice și structurilor de cooperare.
- Incurajarea activității voluntare efectuate în sectorul îngrijirilor nemedicale.
- Promovarea concurenței între diferiții prestatori de servicii de îngrijire cu scopul de a spori libertatea de alegere a celor vizați și de a contribui la dezvoltarea în continuare a ofertei de servicii, în conformitate cu standardele de calitate definite.
- Implicarea în rețelele existente a persoanelor vârstnice care au nevoie de îngrijire, inclusiv pentru a preveni abuzurile și rețelele tratamente.
- Elaborarea unor modele de *bune practici* în domeniul îngrijirii paliative în centrele de îngrijire sau în îngrijirea la domiciliu a vârstnicilor.
- Dezvoltarea și diversificarea activităților din centrele de îngrijire (cămine de bătrâni, centre de îngrijire și asistență).

➤ **Personalul de îngrijire a vârstnicilor**

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

➤ **Îngrijirea vârstnicilor în familie**

- Stabilirea de stimulente pentru prestarea serviciilor de îngrijire nemedicale, fie în cadrul familiei.
- Elaborarea de strategii și oferte pentru a aborda problemele ridicate de demență și de depresie la persoanele vârstnice, care se numără în prezent printre cele mai mari provocări pentru familie și pentru sistemul de îngrijire.
- Adoptarea de măsuri de sprijin și de degrevare pentru membrii de familie care desfășoară activități de îngrijire (de exemplu prin centre în care persoanele vârstnice își pot petrece timpul în cursul zilei create în marile întreprinderi, prin oferte de degrevare sau prin îngrijire mobilă, înființarea de centre respite).

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

Pentru asigurarea asistenței socio-medicale a persoanelor vârstnice la standardele prevăzute în documentele Uniunii Europene este necesar să fie regândit cadrul legislativ actual și **inițierea unei Legi pentru protecția drepturilor persoanelor vârstnice** act normativ care:

- să aibă în vedere particularitățile, definițiile și procedurile stabilite de 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 înlocuiască termenul de „nevoie” a persoanei vârstnice cu un termen care să exprime un minim de cerințe firești pentru ca persoana respectivă să poată beneficia de un trai normal (decent);
- să recunoască statutul de persoană vârstnică cu handicap și drepturile suplimentare;
- să detalieze într-un capitol special 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 minime de personal angajat în raport cu numărul de persoane asistate, regulamentul cadru de funcționare și un nomenclator al denumirilor meseriilor și specialităților care să fie respectat la nivel național;
- să introducă un capitol distinct cu principalele atribuții și responsabilități ale organismelor private care desfășoară activități în domeniul protecției sociale a persoanelor vârstnice;
- să extindă problematica vârstnicilor prin reglementarea de prestații, facilități și accesibilități acordate persoanelor vârstnice, reglementarea condițiilor de obținere a dreptului și instituțiile implicate și obligate să le soluționeze solicitările;
- să precizeze instituțiile investite cu autoritate de monitorizare și control și să stabilească standardele minime de calitate pe care trebuie să le îndeplinească furnizorii de servicii de îngrijire la domiciliu și în sistem rezidențial;
- să reglementeze, 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 stabilească în mod clar contribuțiile minimale ale consiliilor locale, precum și ale persoanelor juridice private care derulează programe de servicii pentru persoanele vârstnice (acreditare, costuri, standarde);

- să reglementeze un mod de calcul unitar al costurilor în cazul serviciilor sociale și socio-medicale acordate la domiciliu;
- să majoreze plafonul actual pe baza căruia aceste servicii să se acorde gratuit;
- să reglementeze procedurile de contractare și finanțare a serviciilor, precum și modul de furnizare a acestora, astfel încât ele să fie de calitate și să răspundă obiectivelor programelor stabilite de către comisiile de evaluare a situației socio-medicale a persoanelor vârstnice;
- să stabilească procedura de lucru pentru înstrăinarea bunurilor proprietate personală a persoanei vârstnice prin încheierea unui protocol între Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale, Ministerul Administrației și Internelor și Uniunea Națională a Notarilor Publici pentru a exista certitudinea aplicării ei în toate situațiile și în toate unitățile administrativ – teritoriale;
- să instituie coșul minim de consum pentru familia de pensionari și persoana vârstnică singură, al cărui quantum să se aprobe prin Hotărâre a Guvernului, nivel față de care Guvernul și organele abilitate să dispună indexări ale veniturilor persoanelor vârstnice, facilități, scutiri sau diminuări ale taxelor locale și impozitelor etc;
- să precizeze formele și modul de cunoaștere (materiale publicitare audio-vizuale) a instituțiilor care au atribuții de protecție socială a persoanelor vârstnice, pentru ca acestea să poată fi informate permanent cu privire la căile de acces la drepturile și facilitățile acordate prin legi speciale și diverse alte reglementări;
- să reglementeze sursele și eventual participarea procentuală a acestora în bugetul social total alocat, formele și organele de control,

metodele de monitorizare a funcționării sistemului la nivel național și local, sancțiunile, contravențiile și amenzile ce pot să se acorde celor care nu respectă prevederile legii. De asemenea, finanțarea să se refere la sponsorizări, donații și subvenții acordate de la bugetul de stat pentru derularea programelor naționale din domeniul socio-medical sau după caz, la nivel zonal, regional și comunitar;

- să reglementeze îndatoririle, obligațiile și răspunderea civilă și după caz penală a persoanelor fizice desemnate să acorde servicii de îngrijire persoanelor vârstnice;
- fiecare primărie să cunoască vârstnicii din cadrul comunității care se găsesc în situație de risc socio-medical și în colaborare cu instituțiile de specialitate și reprezentanții societății civile și să aibă obligația să acționeze operativ pentru ameliorarea condițiilor de trai a acestor persoane.

Director general,

Florin Pașa

Șef birou „Analize și studii”,

Alina Matei

Realizatori,

Simona Ghiță

Daniela Garoschy

BIBLIOGRAFIE

1. **„Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2008 - Social inclusion, pensions, healthcare and long-term care”** - European Commission Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities Unit E2, March 2008
2. **Avizul Comitetului Economic și Social European privind garantarea accesului universal la servicii de îngrijire de lungă durată și a viabilității financiare a sistemelor de îngrijire de lungă durată pentru persoanele vârstnice** (2008/C 204/21)
3. **“Politici Sociale și Globalizare în Țările Europene”** - Mariana Stanciu Calitatea Vieții, Xviii, Nr. 1–2, 2007, P. 137–148
4. **Planul Național de Dezvoltare 2007-2013**
5. **Legea nr. 17 din 6 martie 2000** privind asistența socială a persoanelor vârstnice
6. **Ordinul nr. 383 din 6 iunie 2005** pentru aprobarea standardelor generale de calitate privind serviciile sociale și a modalității de evaluare a îndeplinirii acestora de către furnizori
7. **Legea nr. 47 din 8 martie 2006** privind sistemul național de asistență socială
8. **Ordinului nr. 246 din 27.03.2006** privind aprobarea Standardelor minime specifice de calitate pentru serviciile de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice și pentru centrele rezidențiale pentru persoane vârstnice.