



CONSILIUL NAȚIONAL AL PERSOANELOR VÂRSTNICE

Reglementarea, organizarea și funcționarea
sistemului național de îngrijire la domiciliu
a persoanelor vârstnice

2014

– Cuprins –

INTRODUCERE	3
1. ÎNGRIJIREA LA DOMICILIU A PERSOANELOR VÂRSTNICE	6
1.1. Condițiile de eligibilitate pentru persoanele vârstnice – beneficiari ai serviciilor de îngrijire la domiciliu	6
1.2. Accesul la servicii de îngrijire la domiciliu	7
1.3. Servicii comunitare pentru persoanele vârstnice	12
1.4. Furnizorii de servicii de îngrijire la domiciliu	15
1.5. Profesia de îngrijitor la domiciliu	18
1.6. Voluntariatul în sprijinul persoanelor vârstnice	19
1.7. Standarde de calitate pentru asigurarea îngrijirii la domiciliu	22
2. PRINCIPALELE ASPECTE PRIVIND ACORDAREA SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRE LA DOMICILIU PENTRU PERSOANELE VÂRSTNICE	23
2.1. Aspecte de ordin metodologic	24
2.2. Analiza și interpretarea rezultatelor	25
3. CONCLUZII	46
4. PROPUNERI	49
5. CADRUL LEGISLATIV	54
6. Anexe (1. Lista furnizorilor de îngrijiri la domiciliu; 2. Chestionar A, 3. Chestionar B, 4. Chestionar C).....	56

INTRODUCERE

Anul 1999 a fost declarat anul internațional al persoanelor de vârstă a treia în încercarea de a sensibiliza comunitatea asupra valorii acestei categorii de populație în lume. Dar aceste preocupări s-au manifestat odată cu accelerarea fenomenului de îmbătrânire a populației la nivel global. Europa este considerată ca fiind cel mai bătrân continent, iar România se înscrie și ea în acest proces. Populația de vârstă a treia, respectiv persoanele peste 65 de ani, în iulie 2013, reprezenta 15,2% din totalul populației, față de 11,0% în anul 1992.

Preocuparea pentru nevoile și interesele vârstnicului a suportat modificări și o evoluție continuă de-a lungul timpului. În țara noastră asistența socială, care a cunoscut un declin în perioada comunistă, și-a revenit după 1998 și și-a extins preocupările și asupra persoanelor vârstnice dintr-o viziune cosmopolită pătrunsă odată cu finanțările externe de care a beneficiat acest domeniu social. Astfel, accepțiunea asupra vârstei a treia s-a schimbat radical și devine mai profundă și umanitară așa cum este ea percepută la nivel mondial în epoca noastră.

Totodată, percepția asupra îngrijirii vârstnicului s-a modificat radical și s-a nuanțat. Calitatea îngrijirii persoanei vârstnice a devenit parte integrantă a politicilor de bunăstare și a fost conștientizat faptul că problematica vârstnicilor este complexă și trebuie privită dintr-o dublă perspectivă: demersul specialiștilor trebuie suplinit de o formație caritabilă, umanistă, asociată cu sentimente de respect, afecțiune și empatie.

Persoana vârstnică privită în ansamblul ei este multiplu dezavantajată și adesea greșit abordată: scăderea capacităților fizice nu înseamnă handicap și uneori nici boală, scăderea resurselor financiare are un efect frustrant și care îi afectează stima de sine, retragerea din viața activă, îi creează sentimente de inutilitate, iar destrămarea familiei prin desprinderea copiilor din nucleul familial și uneori prin decesul partenerului îi creează sentimente de abandon și izolare. La toate aceste probleme trebuie să se găsească o rezolvare profesionistă astfel încât bătrânilor să li se asigure o viață decentă și demnă.

În perioada comunistă, singura formă de asistență socială pentru vârstnici era instituționalizarea în centre de tip rezidențial în care bătrânii primeau servicii de cazare, masă și asistență medicală. Aspectele privind socializarea erau complet ignorate iar

condițiile materiale asigurate (cazarmament, hrană) erau sub nivelul unor standarde decente. În prezent condițiile din căminele pentru persoane vârstnice s-au îmbunătățit comparativ cu perioada amintită dar serviciile asigurate sunt insuficiente pentru a rezolva satisfăcător nevoile persoanelor vârstnice.

În paralel s-au dezvoltat serviciile alternative, de îngrijire la domiciliu. Acestea au apărut ca inițiativă a organizațiilor neguvernamentale, preluând modelele de lucru ale țărilor europene care au finanțat asemenea proiecte.

Cadrul legislativ general care asigură organizarea și funcționarea activităților de asistență socială a evoluat și s-a completat cu legislație secundară pentru domenii specifice. Totuși în domeniul persoanelor vârstnice există încă lacune legislative și aspecte ale vieții vârstnicilor care nu sunt compensate prin acțiuni de asistență socială concrete și profesionale.

Pentru a completa aceste lacune trebuie ca problematica vârstnicilor să fie privită dintr-o perspectivă complexă socială, psihologică, medicală – geriatrică, astfel încât să fie identificate nevoile și resursele, să fie specializat personalul.

Toate informațiile culese și studiile realizate atât în țările europene, cât și în SUA pledează pentru menținerea vârstnicilor în mediul familial și arată că vârstnicii, trăind în casele proprii, au reușit să-și păstreze stilul de viață complet independent până la sfârșit. Între 65 și 75 de ani, incidența dizabilităților semnificative crește încet de la 5 la 10% și numai după 80 de ani această sporire a riscului de pierdere a independenței ajunge la 20-30%. Asemenea studii atrag atenția asupra faptului că este falsă ideea că vârsta înaintată este în mod obligatoriu timpul debilității și al pierderii sănătății și, în același timp, pledează pentru păstrarea vârstnicului în mediul său de viață, ca o modalitate optimă de a-și conserva capacitățile fizice și psihosociale.

Revenind la problematica vârstnicilor în țara noastră trebuie accentuată necesitatea dezvoltării și profesionalizării activităților de îngrijire la domiciliu, care, în prezent, sunt neacoperitoare și se rezumă la ceea ce privește menajul și alimentația și mai puțin în ceea ce privește asistența medicală, terapia ocupațională, kinetoterapia etc. De asemenea, serviciile medicale și socio-medicele nu sunt suficient susținute pentru a se dezvolta la nivel național încât să acopere nevoia și să substituie asistența în spitale și centre rezidențiale, mai costisitoare și insuficiente de altfel.

Demersurile în beneficiul persoanelor vârstnice trebuie să fie astfel concepute încât să respecte drepturile fundamentale ale acestora dintre care amintim:

- dreptul la îngrijire medicală;

- dreptul la prevenirea dependenței;
- dreptul de a alege locul și modul de viață;
- dreptul la susținere familială și comunitară;
- dreptul la îngrijiri paliative;
- dreptul la ocrotire legală etc.

Principiile Națiunilor Unite pentru Persoanele de Vârsta a III-a („To add life to the years that have been added to life”) doresc de asemenea să asigure o atenție prioritară asupra situației persoanelor în vârstă și susțin:

- independența;
- participarea;
- îngrijirea;
- auto-realizarea;
- demnitatea.

Procesul de recuperare psihosocială și de evitare a izolării sociale a persoanelor vârstnice trebuie să cuprindă măsuri deopotrivă pentru bunăstarea fizică, psihică și socială. În plan instituțional aceasta presupune coordonarea reformei la nivel medical cu cea la nivel social pentru ca intervenția să fie simultană și coerentă. Centrarea pe integrarea serviciilor prin comunicarea între instituții și colaborare între profesioniști contribuie la realizarea scopului major de mutare a îngrijirii de lungă durată din instituții spre comunitate.

În conformitate cu prevederile art. 4 din Legea nr. 16/2000 cu modificările și completările ulterioare, Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice are ca atribuții: elaborarea de studii și analize sociologice în domeniu, propune Guvernului programe privind ameliorarea continuă a condițiilor de viață a persoanelor vârstnice, sprijină bună funcționare a instituțiilor de asistență socială și propune măsuri de îmbunătățire a activității acestora. În acest scop, a realizat pentru prima dată studiului privind organizarea și funcționarea serviciilor de îngrijire la domiciliu pentru persoane vârstnice, în anul 2006, pe care în prezent, îl reluăm pentru a reevalua procesul de extindere al acestor servicii și de a reconsidera modul de implementare.

CAPITOLUL I

ÎNGRIJIREA LA DOMICILIU A PERSOANELOR VÂRSTNICE

1.1. CONDIȚIILE DE ELIGIBILITATE PENTRU PERSOANELE VÂRSTNICE – BENEFICIARI AI SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRE LA DOMICILIU

Legea nr.17/2000 definește persoana vârstnică, ca fiind acea persoană care a împlinit vârsta de pensionare stabilită de lege. Persoanele vârstnice au dreptul la asistență socială în raport cu situația socio-medicală și cu resursele economice de care dispun.

Persoana vârstnică beneficiază de servicii și prestații sociale dacă se găsește în una dintre următoarele situații:

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

Nevoile persoanelor vârstnice se evaluează utilizând ca instrument metodologic **ancheta socială**, care se elaborează pe baza datelor cu privire la afecțiunile ce necesită îngrijire specială, capacitatea de a se gospodări și de a îndeplini cerințele firești ale vieții cotidiene, condițiile de locuit, precum și veniturile efective, sau potențiale, considerate minime pentru asigurarea satisfacerii nevoilor curente ale vieții.

Nevoile persoanelor vârstnice aflate în situația de pierdere totală sau parțială a autonomiei, care pot fi de natură medicală, socio-medicală sau psiho-afectivă, se stabilesc pe baza grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice, care prevede criteriile de încadrare în grade de dependență. Grila națională de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice a fost aprobată prin H.G.nr.886/2000 și poate fi revizuită anual și în mod obligatoriu, o dată la 3 ani.

1.2. ACCESUL LA SERVICII DE ÎNGRIJIRE LA DOMICILIU

1.2.1. Obținerea serviciilor sociale și socio-medicale

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, solidaritate socială și familie, sau a sectoarelor municipiului București, pe baza anchetei sociale și a recomandărilor medicale făcute de medicul 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 al familiei.

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

Ancheta socială se realizează de un colectiv format din 2 asistenți sociali din cadrul consiliului local sau de la direcția de muncă, solidaritate socială și familie județeană, sau a municipiului București. În situația persoanelor vârstnice dependente colectivul trebuie să aibă în componența sa în mod obligatoriu și medicul specialist al persoanei respective - specialist în geriatrie-gerontologie, așa cum precizează H.G. nr. 886/2000. În lipsa acestuia evaluarea nevoilor persoanei vârstnice se efectuează de un medic specialist care a absolvit cursuri postuniversitare în specialitatea geriatrie-gerontologie, avizate de Ministerul Sănătății. Colectivul poate fi completat și cu reprezentanți ai organizațiilor pensionarilor, unităților de cult recunoscute în România sau ai altor organizații neguvernamentale care au ca obiect de activitate asistența socială a persoanelor vârstnice.

Pe baza analizei situației sociale, economice și medicale a persoanei vârstnice, prin ancheta socială, se propune măsura de asistență socială justificată de situația de fapt constatată. Criteriile de încadrare în grade de dependență se stabilesc prin evaluarea statusului funcțional, senzorial și psiho-afectiv al persoanei 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.

Tipurile de servicii recomandate pentru a fi acordate la domiciliu se stabilesc pe baza evaluării nevoilor și încadrării în grade de dependență, a situației economice și sociale a persoanei vârstnice. Pentru evaluarea nevoilor persoanelor vârstnice se utilizează *Fișa de evaluare socio-medicală (geriatrică)*. Fișa de evaluare socio-medicală (geriatrică) se constituie 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 serviciile sociale și socio-medicale 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 persoanei, 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 baza 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 socio-medicală, stabilită potrivit grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice, consiliile locale pot angaja personal de îngrijire prin plata cu ora, fracțiuni de normă sau normă întreagă, în funcție de 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.

1.2.2. Obținerea 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, respectiv în prevederile contractului cadru privind acordarea asistenței medicale aprobat anual prin hotărâre de Guvern și în conținutul normelor metodologice.

Pentru anul 2014 și 2015 sunt în vigoare prevederile H.G. nr. 400/2014 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și ale Ordinului M.S. și al președintelui CNAS nr. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se acordă de către furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, persoane fizice sau juridice autorizate și evaluate în condițiile legii pentru acordarea acestor tipuri de servicii, alții decât medicii de familie, furnizori care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu. Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se acordă pe bază de recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, ținând seama de starea de sănătate a asiguratului și de statusul de performanță ECOG¹ al acestuia.

Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face de către medicii de specialitate din ambulatoriu, inclusiv medicii de familie și de către medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraților, medici aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prezentat în anexa 31 C la ordin, ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță ECOG al acestuia, cu precizarea acestui status.

Medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate, inclusiv medicii de familie, recomandă îngrijiri medicale la domiciliu numai ca o consecință a consultației medicale raportate la casa de asigurări de sănătate. În funcție de statusul de performanță ECOG, bolnavul poate fi:

¹ Eastern Cooperative Oncology Group

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

Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se stabilește de medicul care a făcut recomandarea, cu obligativitatea precizării ritmicității /periodicității serviciilor, dar nu mai mult de 90 zile de îngrijiri în ultimele 11 luni în mai multe etape (episoade de îngrijire). Un episod de îngrijire este de maxim 30 de zile de îngrijiri. Fiecare episod de îngrijire se recomandă utilizând un nou formular de recomandare. În situația în care, conform recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.

Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu are în vedere următoarele:

- timpul mediu de vizită la domiciliu pentru un pacient este de 1 oră;
- un program de lucru în medie de 8 ore pe zi pentru personalul care acordă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu.

Furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu acordă servicii conform unui plan de îngrijiri stabilit în conformitate cu recomandările făcute de către medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate și medicii de specialitate din spital, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale.

Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire la domiciliu se obține înmulțind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire la domiciliu cu tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu. Tariful maximal pe o zi de îngrijire la domiciliu este de 55 lei, pentru îngrijirile acordate asiguraților cu status de performanță ECOG 4 și tariful maximal pentru o zi de îngrijire acordat asiguraților cu status de performanță ECOG 3 este de 50 lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu. Prin o zi de îngrijire se înțelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu conform recomandării, pentru un asigurat.

Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate minim 4 servicii pe caz din lista prevăzută în anexa nr. 30 la ordin, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi conform recomandării. În caz contrar, tariful pe o zi de îngrijire la

domiciliu se reduce proporțional, în funcție de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Număr servicii recomandate / număr minim de servicii (4) x tariful pe zi de îngrijire corespunzător statusului de performanță ECOG.

Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă de către furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu, persoane fizice sau juridice autorizate și evaluate în condițiile legii pentru acordarea acestor tipuri de îngrijiri, alții decât medicii de familie, care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru acordarea de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu.

Furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu încheie contracte de îngrijiri paliative cu casele de asigurări de sănătate dacă fac dovada funcționării cu personal de specialitate. Prin personal de specialitate se înțelege: medici cu atestat în îngrijiri paliative și asistenți medicali absolvenți ai unui curs de îngrijiri paliative.

Pentru asigurarea calității serviciilor de îngrijiri paliative este necesară prezența unui medic cu atestat în îngrijiri paliative și a unui asistent medical, cu un program de lucru care să asigure o normă întreagă pe zi atât pentru medic cât și pentru asistentul medical. Pe lângă personalul de specialitate, la nivelul furnizorului poate funcționa și alt personal: psihologi, kinetoterapeuți, logopezi, îngrijitori. Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă pe bază de recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu, asiguraților eligibili. Sunt considerați eligibili, pacienții cu afecțiuni oncologice și cei cu HIV/SIDA, cu speranță limitată de viață și cu status de performanță ECOG 3 sau 4.

Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire paliativă la domiciliu se obține înmulțind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire cu tariful pe o zi de îngrijire. Tariful pe o zi de îngrijire este 100 lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse și costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire paliativă la domiciliu. Prin o zi de îngrijire paliativă la domiciliu se înțelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu.

Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se stabilește de către medicul care a făcut recomandarea, dar nu mai mult de 90 de zile de îngrijiri paliative o singură dată în viață. În situația în care îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile paliative. Planul de îngrijire se stabilește pe baza evaluării

inițiale a pacientului și este revizuit în funcție de necesitățile pacientului sau cel puțin o dată la 30 de zile.

Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire paliativă la domiciliu se obține înmulțind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire cu tariful pe o zi de îngrijire. Tariful maximal pe o zi de îngrijire paliativă la domiciliu este de 65 lei pentru îngrijirile acordate asiguraților cu status de performanță ECOG 4 și de 60 lei pentru asigurații cu status de performanță ECOG 3. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire paliativă la domiciliu. Prin o zi de îngrijire paliativă la domiciliu se înțelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu, conform recomandării pentru un asigurat. Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate minim 5 servicii din lista prevăzută în anexa 30 la ordin, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi. În caz contrar, tariful se reduce proporțional, funcție de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

$$\text{Număr servicii recomandate} / \text{număr minim de servicii (5)} \times \text{tariful/zi de îngrijire corespunzător statusului de performanță ECOG}$$

Furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu acordă servicii de îngrijiri paliative conform unui plan de îngrijiri stabilit de către medicul cu atestat în îngrijiri paliative și asistentul medical care funcționează la furnizorul respectiv, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale. Planul de îngrijire se stabilește pe baza evaluării inițiale a pacientului și este revizuit în funcție de necesitățile pacientului sau cel puțin o dată la 30 de zile.

1.3. SERVICII COMUNITARE PENTRU PERSOANELE VÂRSTNICE

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.

Categoriile de servicii de îngrijire medicală la domiciliu a persoanelor vârstnice pot fi asigurate de persoane juridice și fizice autorizate de Ministerul Sănătății și sunt prevăzute în contractul cadru al asistenței medicale după cum urmează:

- ❑ Evaluarea inițială: preluarea pacientului în maximum 48 ore de la solicitare, stabilirea planului detaliat de îngrijiri la domiciliu, împreună cu medicul care le-a recomandat, consilierea și instruirea pacientului și a familiei;
- ❑ Evaluarea de etapă, la 3 luni pentru cazurile acute, la 6 luni pentru cazurile cronice și ori de câte ori este necesar dacă planul de îngrijiri la domiciliu cuprinde precizări în acest sens;
- ❑ Pachetul de bază cuprinde serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu care se efectuează astfel: *serviciile de la punctele 1 - 34 se acordă de furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu, serviciile de la punctele 1 - 22, 33 și 34 se acordă de furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, serviciile de la punctele 23 și 25 - 32 se acordă de către medicii de specialitate cu atestat îngrijiri paliative:*
 1. Măsurarea parametrilor fiziologici: temperatură, respirație, puls – TA, diureză scaun,
 2. Administrarea medicamentelor intramuscular* / subcutanat* / intradermic* / oral** / pe mucoase,
 3. Administrarea medicamentelor intravenos sub supravegherea medicului,

4. Sondaj vezical și administrarea medicamentelor intravezical pe sondă vezicală,
5. Administrarea medicamentelor prin perfuzie endovenoasă sub supravegherea medicului,
6. Recoltarea produselor biologice,
7. Alimentarea artificială pe gastrostomă /sondă gastrică și instruirea asiguratului /aparținătorilor,
8. Alimentarea pasivă, inclusiv administrarea medicamentelor per os, pentru bolnavii cu tulburări de deglutiție,
9. Clismă cu scop evacuator,
10. Spălătură vaginală în cazuri de deficit motor,
11. Manevre terapeutice pentru evitarea complicațiilor vasculare ale membrelor inferioare /escarelor de decubit: mobilizare, masaj, aplicații medicamentoase, utilizarea colacilor de cauciuc și a rulourilor,
12. Manevre terapeutice pentru evitarea complicațiilor pulmonare: schimbarea poziției, tapotaj, fizioterapie respiratorie
13. Îngrijirea plăgilor simple /suprimarea firelor,
14. Îngrijirea plăgilor suprainfectate,
15. Îngrijirea escarelor multiple
16. Îngrijirea stomelor,
17. Îngrijirea fistulelor,
18. Îngrijirea tubului de dren,
19. Îngrijirea canulei traheale și instruirea asiguratului,
20. Monitorizarea dializei peritoneale,
21. Aplicarea** de ploscă, bazinet, condom urinar,
22. Aplicarea de mijloc ajutător pentru absorbția urinei,
23. Evaluarea asiguratului: stabilirea și aplicarea unui plan de îngrijiri în controlul durerii și altor simptome asociate bolii și reevaluarea periodică,
24. Evaluarea mobilității, a capacității de auto-îngrijire, a riscului de apariție al escarelor sau gradul escarelor, identificarea nevoilor nutriționale și recomandarea dietei și modul de administrare, implementarea intervențiilor stabilite în planul de îngrijiri și reevaluarea periodică – de către asistentul medical,
25. Masaj limfedem și contenție elastică,

26. Masaj limfedem cu pompa de compresie,
27. Montare TENS,
28. Supravegherea și îngrijirea administrării prin dispozitiv a analgeziei controlate de pacient,
29. Administrare medicație prin nebulizare,
30. Aspirație gastrică,
31. Aspirație căi respiratorii,
32. Paracenteză,
33. Ventilație noninvazivă,
34. Alimentație parenterală – alimentație artificială pe cateter venos central sau periferic.

1.4. 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.

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

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

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

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.

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.

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 indicația medicilor.

Îngrijirile medicale la domiciliu și îngrijirile paliative se acordă de către furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu și de îngrijiri paliative, persoane fizice sau juridice, autorizate și evaluate în condițiile legii, alții decât medicii de familie și spitalele, care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și de îngrijiri paliative.

Furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și de îngrijiri paliative aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pe lângă obligațiile generale cuprinse în contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, sunt obligați:

- a) să acorde asiguraților servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative conform recomandărilor formulate de: medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate, medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraților, medicii de familie, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.
- b) să nu modifice sau să nu întrerupă din proprie inițiativă schema de îngrijire recomandată pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu;
- c) să comunice direct atât medicului care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu și îngrijirile paliative, cât și medicului de familie al asiguratului evoluția stării de sănătate a acestuia;
- d) să țină evidența serviciilor de îngrijiri medicale și îngrijiri paliative furnizate la domiciliul asiguratului, în ceea ce privește tipul serviciului acordat, data și ora acordării, durata, evoluția stării de sănătate;
- e) 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 și să nu depășească din proprie inițiativă perioada de îngrijire la domiciliu;

f) să acorde servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu recomandările stabilite, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale.

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 făcute de medicii 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.

Conform datelor publicate pe site-ul <http://www.seniorinet.ro/> au fost identificați 104 furnizori de servicii de îngrijire la domiciliu pentru vârstnici atât publici cât și neguvernamentali, dintr-un număr de 32 de județe, ceea ce confirmă încă o dată inegalitatea repartizării serviciilor la nivel național, slaba acoperire sau chiar absența totală a ofertei în anumite zone ale țării. (Anexa nr. 1)

1.5. PROFESIA DE ÎNGRIJITOR LA DOMICILIU

Conform Ordinului nr. 356 din 31 mai 1999 privind aprobarea Programului de pregătire pentru practicarea ocupației de îngrijitor la domiciliu, îngrijitorii la domiciliu asigura îngrijiri, altele decât cele acordate de personalul medico-sanitar, pentru: copii, vârstnici, persoane cu nevoi speciale etc.

Calificarea în profesia de îngrijitor la domiciliu se obține după absolvirea cursurilor de pregătire teoretică și practică la care se pot înscrie persoane adulte, șomeri și persoane provenite din alte categorii de personal disponibilizat, precum și alte categorii de persoane care doresc să practice aceasta ocupație. Cursurile se organizează de către ministerele implicate, prin organismele teritoriale ale acestora.

Cheltuielile pentru desfășurarea procesului de pregătire (plata lectorilor, utilizarea spațiilor etc.) vor fi asigurate din taxele plătite de cursanți, iar șomerii și persoanele provenite din alte categorii de personal disponibilizat beneficiază de gratuitate, contravaloarea cursului fiind asigurată de Agenția Națională pentru Ocupare și Formare Profesională, în condițiile legii.

Durata cursurilor este de 6 luni, se desfășoară pe tot parcursul anului.

Pentru buna desfășurare a procesului de calificare și încadrare în muncă a îngrijitorilor la domiciliu sunt implicate următoarele ministere, cu atribuții specifice:

a) Ministerul Sănătății:

- organizează derularea programului prin intermediul direcțiilor de sănătate publică, compartimentul managementul îngrijirilor de sănătate și centrul de îngrijiri la domiciliu;
- coordonează din punct de vedere metodologic desfășurarea programelor de pregătire, prin intermediul direcțiilor de sănătate publică - compartimentul managementul îngrijirilor de sănătate;
- elaborează atribuțiile îngrijitorului la domiciliu;
- avizează structura programelor de pregătire (utilizarea programei, lectorii, locul de desfășurare etc.);
- elaborează criteriile de selecție a cursanților;
- colaborează cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate în vederea contractării pachetului de servicii pentru îngrijiri la domiciliu;

b) Ministerul Educației Naționale:

- asigură spațiile necesare pregătirii teoretice în cadrul unor instituții de învățământ;
- asigură lectori - medici, asistenți medicali, psihologi - în special din rândul corpului didactic din școlile postliceale sanitare;
- participă la elaborarea criteriilor de selecție a cursanților;

c) Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice:

- participă la organizarea cursului, prin agențiile pentru ocupare și formare profesională județene și a municipiului București și contribuie la buna desfășurare a pregătirii, împreună cu direcțiile de sănătate publică, respectiv compartimentul managementul îngrijirilor de sănătate și centrul de îngrijiri la domiciliu;
- participă la elaborarea criteriilor de selecție și la recrutarea cursanților;
- colaborează la plasarea îngrijitorilor la domiciliu pentru cazurile sociale înregistrate;
- participă la elaborarea atribuțiilor îngrijitorilor la domiciliu;

Direcția Generală pentru Persoane cu Handicap:

- participă la elaborarea atribuțiilor îngrijitorilor la domiciliu;
- elaborează conținutul modului de pregătire privind îngrijirea persoanelor cu handicap (copii și adulți);
- asigură desfășurarea unor module de pregătire practică în instituțiile din rețeaua proprie, precum și la domiciliul pacienților pe care îi deservește;
- participă cu lectori - medici și asistenți medicali - îndeosebi pentru asigurarea pregătirii practice;
- asimilează îngrijitori la domiciliu pentru persoanele cu handicap aflate în îngrijire în rețeaua proprie;
- participă la elaborarea criteriilor de selecție a cursanților.

1.6. VOLUNTARIATUL ÎN SPRIJINUL PERSOANELOR VÂRSTNICE

Legislația actuală încurajează implicarea voluntarilor în activitatea de îngrijire la domiciliu a persoanelor vârstnice. *Hotărârea nr. 1.317 din 27 octombrie 2005 privind sprijinirea activităților de voluntariat în domeniul serviciilor de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice prevede cadrul legal pentru activitatea de voluntariat.*

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

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

Dosarul pe care candidatul îl depune trebuie să conțină :

- a) cererea de înscriere;
- b) copie de pe actul de identitate;
- c) curriculum vitae al solicitantului;
- d) scrisoare de motivație;
- e) dovada privind pregătirea profesională și nivelul de instruire sau, după caz, adeverința școlară care să ateste anul de studii, pentru elevi și studenți;
- f) recomandare din partea responsabilului de pregătire practică din instituția de învățământ la care elevii și studenții sunt înscriși, care să ateste seriozitatea acestora;
- g) adeverința medicală eliberată de medicul de familie, care să ateste faptul că persoana solicitantă este aptă de a desfășura acțiuni în domeniu;
- h) cazier judiciar.

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

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

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

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

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

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

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

În vederea sprijinirii activităților de voluntariat în furnizarea serviciilor de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice, consiliile locale și județene, respectiv consiliile sectoarelor municipiului București, pot stabili și percepe, în condițiile legii, tarife de închiriere a spațiilor, diminuate cu cel puțin 50% din valoarea curentă a acestora, de la asociațiile și fundațiile care îndeplinesc cumulativ următoarele condiții:

- a) își desfășoară activitatea în spații ale unității administrativ-teritoriale respective;
- b) furnizează servicii de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice;
- c) pun la dispoziție cel puțin 10 voluntari, pe o perioadă de minimum 6 luni pe an, pentru implicarea lor în programele de furnizare de servicii de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice aflate în evidența serviciilor publice de asistență socială, organizate la nivel județean sau local.

1.7. STANDARDE DE CALITATE PENTRU ASIGURAREA ÎNGRIJIRII LA DOMICILIU

Standarde pentru acreditarea furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu se referă la:

- ❑ *organizarea și administrarea unităților,*
- ❑ *accesarea și acordarea serviciilor, resursele fizice și umane*

și sunt cuprinse în Ordinul ministrului sănătății nr. 318 din 7 aprilie 2003 *pentru îngrijirile de natură medicală și* în Ordinul ministrului muncii, solidarității sociale și familiei nr. 246 din 27 martie 2006, *pentru serviciile cele de natură socială și socio-medicală.*

Conform normelor privind organizarea și funcționarea îngrijirilor medicale la domiciliu, precum și autorizarea persoanelor juridice și fizice care acordă aceste servicii Ministerul Sănătății autorizează furnizorii de îngrijiri la domiciliu care se încadrează în următoarele criterii:

- ❑ concordanța dintre obiectivele ce urmează a fi realizate de furnizorii de îngrijiri la domiciliu și necesitățile și prioritățile comunității;
- ❑ existența în statutul legal de înființare a mențiunilor exprese privind furnizarea de îngrijiri la domiciliu ca obiect de activitate;
- ❑ existența unei echipe capabile să susțină activitățile cuprinse în pachetul de servicii, formată din persoane care dețin diplomă (certificat de absolvire) și autorizație de liberă practică, obținute în condițiile legii;
- ❑ existența fișei postului pentru fiecare persoană angajată, cu precizarea nivelului de pregătire, a competențelor și a atribuțiilor;
- ❑ existența unui sediu autorizat de direcția de sănătate publică teritorială;
- ❑ existența spațiilor pentru păstrarea și accesarea documentelor medicale (bază de date, fișe medicale, arhivă);
- ❑ dotare care să permită realizarea obiectivelor propuse - mobilier corespunzător funcționării ca dispecerat, mijloace de comunicare, echipamente, truse medicale, produse farmaceutice etc.

Autorizația de funcționare în domeniul îngrijirilor la domiciliu și autorizația de liberă practică în domeniul îngrijirilor la domiciliu vor fi vizate anual și vor fi reînnoite la un interval de 3 ani.

CAPITOLUL II

PRINCIPALELE ASPECTE PRIVIND ACORDAREA SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRE

LA DOMICILIU PENTRU PERSOANELE VÂRSTNICE

Obiectul studiului constă în:

- descrierea tuturor categoriilor de servicii sociale, medico-sociale și medicale acordate persoanelor vârstnice la domiciliu;
- identificarea problemelor cu care se confruntă furnizorii de servicii de îngrijire la domiciliu cât și beneficiarii acestora.

La baza studiului a stat o cercetare sociologică, realizată la nivel național, pentru a descrie o imagine de ansamblu profundă asupra situației legislative și a modului în care aceste prevederi legislative se aplică, cât și efectele asupra calității vieții persoanelor vârstnice care beneficiază de îngrijire la domiciliu.

Scopul studiului îl reprezintă îmbunătățirea condițiilor de trai ale persoanelor vârstnice prin proiectarea unor programe de îngrijire la domiciliu care să corespundă nevoilor reale ale acestora.

Studiul are ca grup țintă persoanele vârstnice care au împlinit vârsta legală de pensionare și care beneficiază de servicii de îngrijire la domiciliu, precum și instituțiile și asociațiile, fundațiile, organizațiile neguvernamentale care oferă servicii de îngrijire la domiciliu.

Rezultatele așteptate sunt:

- ❑ culegerea de date actuale referitoare la modalități de acordare a serviciilor de îngrijire la domiciliu pe baza cărora să se elaboreze propuneri pentru îmbunătățirea sistemului la nivel național;
- ❑ îmbunătățirea legislației actuale ce reglementează furnizarea serviciilor sociale, medicale și socio-mediceale la domiciliu;
- ❑ extinderea rețelei de îngrijitori la domiciliu și profesionalizarea personalului;
- ❑ încurajarea sponsorizărilor interne oferite de persoane juridice și fizice ca modalitate de susținere a organizațiilor care desfășoară programe destinate persoanelor vârstnice;

- ❑ identificarea de surse de finanțare și suport logistic pentru promovarea și dezvoltarea activităților de îngrijire la domiciliu;
- ❑ stimularea organizațiilor neguvernamentale pentru a înființa, la nivel local, centre comunitare de acordare a îngrijirilor la domiciliu pentru persoane vârstnice cu fonduri proprii sau în parteneriat public - privat;
- ❑ promovarea parteneriatului public – privat în acordarea asistenței socio-medicale la domiciliu;
- ❑ elaborarea la nivel național a unei platforme gerontologice care să cuprindă măsuri concrete pentru creșterea calității vieții populației vârstnice, inclusiv demersuri pentru încurajarea păstrării vârstnicului în mediul său de viață ca măsură de prevenire a efectelor îmbătrânirii;
- ❑ promovarea de măsuri pentru îmbunătățirea colaborării între furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu și casa de asigurări sociale de sănătate;
- ❑ popularizarea în rândul vârstnicilor a drepturilor și condițiilor necesare pentru a beneficia de îngrijire la domiciliu, inclusiv în rândul populației rurale.

2.1. ASPECTE DE ORDIN METODOLOGIC

Tehnica de cercetare folosită în realizarea studiului este ancheta directă, față în față, realizată prin chestionarea, de către reprezentanții Consiliului Național al Persoanelor Vârstnice, a personalului din conducerea instituțiilor de asistență socială publice (direcțiile de asistență socială la nivel județean și local) și private (organizații neguvernamentale) care desfășoară activități de îngrijire la domiciliu a persoanelor vârstnice, cât și a beneficiarilor acestor servicii.

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

- **chestionarul A** - destinat persoanelor din conducerea instituțiilor publice de asistență socială (anexa 1);
- **chestionarul B** - destinat persoanelor din conducerea organizațiilor neguvernamentale (anexa 2);
- **chestionarul C** - destinat persoanelor asistate de către furnizorii de servicii de îngrijire la domiciliu (anexa 3).

Primele două chestionare cuprind întrebări referitoare la date de identificare (denumirea instituției și coordonate de contact), categoriile de servicii pe care le oferă,

structura personalului care asigură îngrijirea, structura beneficiarilor de îngrijiri la domiciliu, modalitatea de lucru (identificarea beneficiarilor, aprobarea serviciilor de îngrijire, evaluarea beneficiarilor etc), sursele de finanțare, modalitatea de evaluare a programelor, principalele greutăți cu care se confruntă furnizorii și propunerile acestora pentru îmbunătățirea activității. Condiția de eligibilitate a instituției publice sau a organizației neguvernamentale pentru a fi inclusă în analiză a fost de a desfășura activități de îngrijire la domiciliu pentru persoane vârstnice - beneficiarii de vârstă a treia să reprezinte cel puțin 50%.

Chestionarul adresat persoanelor vârstnice care beneficiază de servicii de îngrijire la domiciliu a urmărit obținerea de informații despre caracteristicile de vârstă, sex, stare civilă, venit, calitatea de asigurat, condițiile de locuit, motivul care a determinat persoana vârstnică să opteze pentru îngrijirea la domiciliu, traseul birocratic parcurs, categoriile de servicii de care beneficiază și cele de care ar mai avea nevoie, aprecieri asupra calității serviciilor de îngrijire la domiciliu și propuneri de îmbunătățire a acestora.

2.2. ANALIZA ȘI INTERPRETAREA REZULTATELOR

Chestionarele au fost aplicate după cum urmează:

- **chestionarul A** - personalului din conducerea a 14 instituții publice de asistență socială (direcția de asistență socială la nivel de județ), dintr-un număr de 13 județe. *servicii sociale – 85,7%, servicii socio-medicale – 85,7%, servicii medicale – 42,9%.*
- **chestionarul B** - unui număr de 26 de organizații neguvernamentale, din 14 județe, care furnizează servicii de îngrijire la domiciliu, având ca beneficiari persoane vârstnice, după cum urmează: *servicii sociale – 69,2%, servicii socio-medicale – 73,1% și servicii medicale – 26,9%;*
- **chestionarul C** - unui număr de 108 persoane vârstnice, din 21 de județe, beneficiari ai serviciilor de îngrijire la domiciliu, dintre care *34,9% sunt bărbați și 65,1% sunt femei.*

La nivelul autorităților publice locale serviciile de îngrijire la domiciliu sunt organizate sub formă de *serviciu pentru persoane vârstnice* în cadrul direcțiilor județene de asistență socială, respectiv organizate pe lângă consiliile locale ale localităților mai mici. Acestea își desfășoară activitatea cu personal angajat pe bază de

contract individual de muncă în 100,0% din cazuri și beneficiază de aportul voluntarilor doar în proporție de 38,5%.

Persoanele angajate cu contract de muncă însumează un total de 171 persoane în cele 14 instituții chestionate, având următoarea structură:

- personal de conducere: director – 6 persoane și șef serviciu – 9 persoane;
- echipa care asigură îngrijire la domiciliu este compusă din :
 - îngrijitori la domiciliu: 61 persoane (în medie 6,7 persoane /instituție);
 - asistent social: 23 persoane (în medie 2,3 persoane /instituție);
 - medic: 4 persoane (în medie 1,3 persoane /instituție);
 - psiholog: 3 persoane (în medie 1,0 persoane /instituție);
 - kinetoterapeut: 1 persoană (în medie 1,0 persoane /instituție);
 - asistent medical: 12 persoane (în medie 2,0 persoane /instituție);
 - infirmier: 10 persoane (în medie 2,5 persoane /instituție)
 - muncitori: 1 persoană (în medie 1,0 persoane /instituție)
 - șoferi: 3 persoane (în medie 1,0 persoane /instituție)
 - alt personal (inspectori, responsabili de caz): 7 persoane (în medie 2,3 persoane /instituție)

În cadrul celor 26 de organizații neguvernamentale, îngrijirea la domiciliu a persoanelor vârstnice se desfășoară cu personal angajat pe bază de contract individual de muncă în 96,0% din cazuri și beneficiază de aportul voluntarilor în proporție de 52,0%. Astfel, a fost identificat un număr total de 364 de angajați, a căror structură pe categorii profesionale este următoarea:

- *personal de conducere* : 18 persoane (1,0 per unitate);
- *echipa care asigură îngrijire la domiciliu*:
 - îngrijitor la domiciliu: 163 persoane (7,5 per unitate);
 - medic: 9 persoane (1,6 per unitate);
 - psiholog: 7 persoane (1,0 per unitate);
 - asistent social: 31 persoane (1,9 per unitate);
 - kinetoterapeut: 6 persoane (1,3 per unitate);
 - asistent medical: 71 persoane (3,8 per unitate);
 - infirmier: 8 persoane (1,5 per unitate);

- *personal economic si administrativ*: 17 contabili (1,2 per unitate), 12 personal administrativ (1,5 per unitate), 5 șoferi (1,7 per unitate), 6 muncitori (2.6 per unitate) și alte categorii 11 persoane (3.0 per unitate).

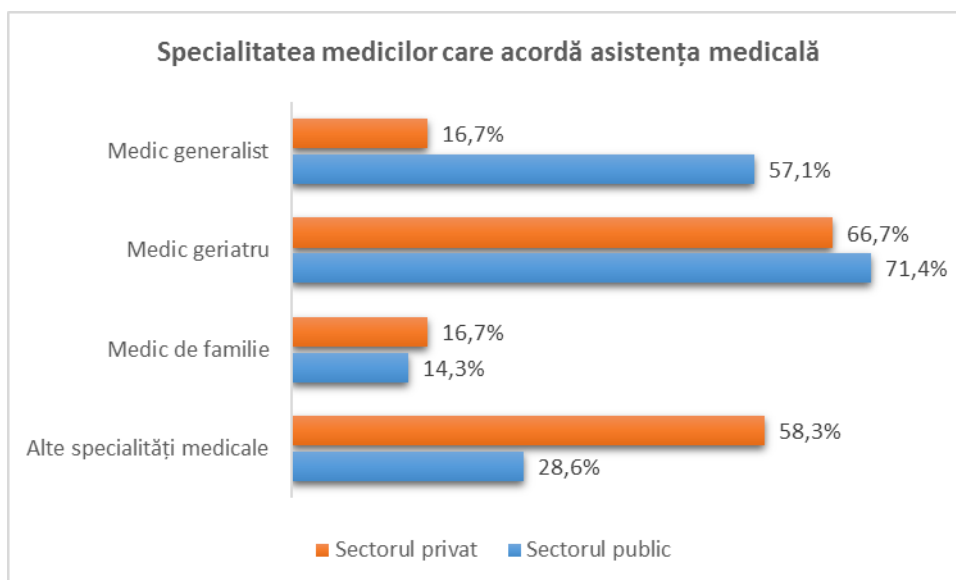
În total, media personalului unei organizații neguvernamentale care asigură servicii de îngrijire la domiciliu a persoanelor vârstnice se rezumă la 15,6 persoane.

Se constată faptul că structura schemei de personal a instituțiilor de stat este mai săracă în comparație cu cea a organizațiilor neguvernamentale. Cu toate acestea, în ambele cazuri se remarcă faptul că este *implicat un număr redus de medici, psihologi, kineoterapeuți și infirmieri* în raport cu nevoile beneficiarilor de vârstă a treia.

Totodată, instituțiile publice își motivează personalul cu care lucrează în cadrul compartimentului pentru îngrijirea la domiciliu a persoanelor vârstnice prin gratuitate în transportul în comun, dar și financiar.

Se observă *slaba implicare a medicilor geriatri în asigurarea asistenței medicale persoanelor vârstnice*, care beneficiază de îngrijire la domiciliu. *Doar 14,3% din instituțiile publice și 16,7% dintre organizațiile neguvernamentale colaborează cu medici geriatri*. Este cunoscut faptul că la nivel național există foarte puțini medici cu această specializare, motiv pentru care afecțiunile vârstei a treia sunt tratate de medici generalști sau de medicii de familie. În cazul beneficiarilor de îngrijire la domiciliu 28,6% dintre instituțiile publice și 58,3% dintre organizațiile neguvernamentale apelează la medicul generalist, iar 71,4% dintre instituțiile publice și 66,7% dintre organizațiile neguvernamentale la medicul de familie al asistaților.

Figura nr. 1



În prezent, Legea nr. 17/2000 și H.G. nr. 886/2000 prevăd ca din echipa care evaluează situația persoanei vârstnice să facă parte medicul geriatru, dar pentru că nu este dezvoltată o rețea geriatrică pe măsura necesităților de îngrijire a persoanelor vârstnice prevederea nu este respectată. Această lacună a sistemului de sănătate publică este cunoscută la nivelul instituțiilor cu responsabilități în domeniul elaborării strategiilor și al actelor normative, dar până în prezent nu au fost luate măsuri pentru îmbunătățirea situației.

Se observă o mai bună implicare a voluntarilor în activitățile de asistență socială în cadrul instituțiilor publice, comparativ cu studiul realizat în anul 2010, în prezent 38,5% din instituțiile publice apelând la personal suplimentar în acest mod. Menținem că anumite clarificări legislative au făcut posibil această evoluție pozitivă – Legea voluntariatului dar H.G. nr. 1.317/2005 privind sprijinirea activităților de voluntariat în domeniul serviciilor de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice etc. Dezvoltarea culturii filantropice fiind mai degrabă preocuparea societății civile constatăm că sectorul nonprofit își desfășoară activitatea beneficiind de aportul voluntarilor în proporție de 52,0%. Instruirea voluntarilor reprezintă o preocupare atât pentru instituțiile de stat (62,5% dintre voluntari au absolvit cursuri de profesionalizare și îndrumare), cât și a organizațiilor neguvernamentale (unde 71,4% dintre voluntari sunt absolvenți ai unor cursuri specifice de calificare în domeniul de activitate al organizației).

De asemenea, calificarea și profesionalizarea îngrijitorilor la domiciliu este o preocupare atât pentru instituțiile publice cât și pentru organizațiile neguvernamentale. 84,6% din personalul angajat în sectorul public și 100,0% din personalul organizațiilor neguvernamentale este calificat pentru practicarea ocupației de îngrijitor la domiciliu ceea ce se constituie într-un factor pozitiv în vederea creșterii calității serviciilor oferite populației vârstnice. Aceste demersuri de profesionalizare s-au realizat și pe fondul orientării finanțărilor din ultimii ani spre domeniul resurselor umane.

Cursurile de calificare pe care aceștia le-au absolvit au fost organizate:

- *în cadrul unei instituții acreditate*, conform legislației în vigoare, în procent de 54,5% în cazul sectorului public și 65,4% în cazul sectorului nonprofit;
- *în cadrul instituției care l-a angajat ulterior*, pentru 45,5% din angajații instituțiilor publice și pentru 30,8% din angajații organizațiilor neguvernamentale;
- *altă instituție*, 3,8% dintre persoanele din sectorul privat.

Ulterior personalul beneficiază de programe de formare continuă și perfecționare atât în cadrul instituțiilor de asistență socială aparținând autorităților publice locale (71,4%) cât și al organizațiilor nonprofit (92,3%).

Programele de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice sunt desfășurate deopotrivă de sectorul public și de organizațiile neguvernamentale. În ultimii ani la nivelul sectorului public s-au organizat servicii de îngrijire la domiciliu astfel că 80,0% din instituțiile publice care au răspuns la chestionar au declarat că există rețea proprie de îngrijitori la domiciliu. Pe de altă parte 72,0% din organizațiile neguvernamentale au declarat ca nu își desfășoară activitatea pe baza unui contract cu direcția județeană de asistență socială ceea ce ne conduce la concluzia că *parteneriatul public-privat nu este suficient dezvoltat la nivel național*, ceea ce creează în continuare disfuncționalități în ceea ce privește acoperirea nevoilor de îngrijire și discrepanțe între localități /regiuni ale țării.

Având în vedere că demersului nostru nu i-au răspuns toate județele motivând că în numeroase cazuri prin faptul că la nivel local nu sunt organizate activități de îngrijire la domiciliu a persoanelor vârstnice, considerăm că această activitate trebuie extinsă pentru a veni în sprijinul tuturor persoanelor vârstnice și în special a celor din zone defavorizate economic și /sau izolate geografic.

Instituțiile publice cuprinse în eșantion oferă în mai mică măsură servicii medicale: doar 8,3% din acestea își desfășoară activitatea având un contract cu casele județene de asigurări de sănătate. Totodată, organizațiile neguvernamentale care au încheiat contract cu casele județene de asigurări de sănătate reprezintă doar 36,0% din eșantion, 64,0% desfășurându-și activitatea fără a se integra sistemului asigurărilor de sănătate pentru a beneficia de decontarea contravalorii serviciilor conform contractului - cadru privind asistența medicală pentru anul curent.

Accesul persoanelor vârstnice în sistemul de îngrijire la domiciliu presupune cunoașterea următoarele aspecte:

- cine identifică persoanele vârstnice care asigură îngrijirea;
- cine aprobă asistarea persoanei vârstnice la domiciliu;
- care sunt documentele necesare la dosar;
- cine realizează evaluarea socio-medicală;
- ce instrumente metodologice sunt utilizate.

Identificarea persoanelor vârstnice care necesită îngrijire la domiciliu se face în cele mai multe din cazuri de către familia sau rudele acestora (26,7% în cazul

beneficiarilor organizațiilor neguvernamentale și 28,9% pentru cei asistați de către instituțiile publice), medicul de familie (24,4% - organizațiile neguvernamentale și 17,8% instituțiile publice), vecinii sau alte persoane (13,3% - alte persoane și 21,2% - vecinii, au răspuns organizațiile neguvernamentale și 22,2% - alte persoane și 22,2% - vecinii, au răspuns instituțiile publice). Medicul specialist la externarea din spital este o altă categorie implicată în identificarea persoanelor vârstnice cu probleme de natură socio-medicală și medicală (14,4% în cazul beneficiarilor organizațiilor neguvernamentale și 8,9% pentru cei asistați de către instituțiile publice).

Medicul de familie, dar și cel de specialitate prezintă o implicare semnificativă în ceea ce privește identificarea persoanelor vârstnice care au nevoie de îngrijire la domiciliu deoarece aceștia cunosc patologia lor, dar identificarea este mai bine focalizată atunci când este inițiată de către familie, vecini sau apropiați care cunosc aproximativ toate problemele cu care se confruntă vârstnicul, nu doar cele de natură medicală. Implicarea mai intensă a medicilor de familie ar putea degreva spitalele de acei pacienți vârstnici ale căror afecțiuni pot fi tratate la domiciliu și în ambulator eficientizând costurile și crescând confortul fizic și psihic al persoanelor vârstnice.

Documentele necesare la dosarul persoanei vârstnice care solicită asistență la domiciliu sunt:

- cerere,
- copii ale actelor de identitate/stare civilă,
- dovadă de venit,
- acte medicale,
- fișa de evaluare,
- la care se va adăuga ulterior planul de intervenție.

Aprobarea asistării unei persoane vârstnice la domiciliu este realizată de:

- primar*, în proporție de 30,8% pentru instituțiile publice și *echipa multidisciplinară*, în proporție de 65,5% pentru organizațiile neguvernamentale;
- conducerea unității*, pentru 61,5% din instituțiile publice și 11,5% pentru organizațiile neguvernamentale;
- asistentul social sau managerul de caz* pentru 7,7% din instituțiile publice și 23,1% pentru organizațiile neguvernamentale;

Evaluarea socio-medicală a persoanelor vârstnice care solicită îngrijirea la domiciliu este realizată de:

- ❑ *echipa multidisciplinară* - 48,7% în organizațiile neguvernamentale și 35,0% în instituțiile publice;
- ❑ *asistentul social* - 35,9% în organizațiile neguvernamentale și 20,0% în instituțiile publice;
- ❑ *medicul geriatru* – 5,0% în instituțiile publice și 2,6% în ONG;
- ❑ *medicul de familie* - 10,0% în instituțiile publice și 2,6% în ONG;
- ❑ *conducerea unității* – 5,0% din instituțiile publice și 7,7% în ONG;
- ❑ *comisia de evaluare a Direcției de asistență socială la nivel local sau județean* – 25,0% din instituțiile publice și 2,6% în ONG.

Se contată că rolul echipei multidisciplinare este esențial atât în instituțiile publice, cât și în organizațiile neguvernamentale care analizează cazurile socio-medice în acest mod.

Considerăm că, formula optimă de evaluare a persoanelor vârstnice, care solicită îngrijire la domiciliu este cea a echipei multidisciplinare compusă din specialiști din domeniul social și medical: asistent social, medic, psiholog, kinetoterapeut, care ulterior pot elabora un plan de intervenție.

Legislația în vigoare, respectiv Ordinul M.M.F.P.S. nr. 246/2006 privind aprobarea Standardelor minime specifice de calitate pentru serviciile de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice și pentru centrele rezidențiale pentru persoanele vârstnice, prevede că evaluarea și întocmirea planului de intervenție să revină managerului de caz care poate implica specialiști din mai multe domenii în funcție de nevoile specifice ale beneficiarului. Evaluarea se va realiza de o singură persoană numai dacă beneficiarul dispune deja de o evaluare și încadrare în grad de dependență realizate de comisiile prevăzute de lege.

Instrumentul metodologic utilizat în evaluarea persoanelor vârstnice - potențiali beneficiari ai îngrijirilor la domiciliu, diferă după cum urmează:

- ❑ grila națională de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice este folosită în proporție de 69,2% în cazul instituțiilor publice, iar de organizațiile neguvernamentale în cazul a 50,0%;
- ❑ fișa de evaluare socio-medicală o utilizează 69,2% dintre instituțiile publice și doar 73,1% dintre organizațiile neguvernamentale;

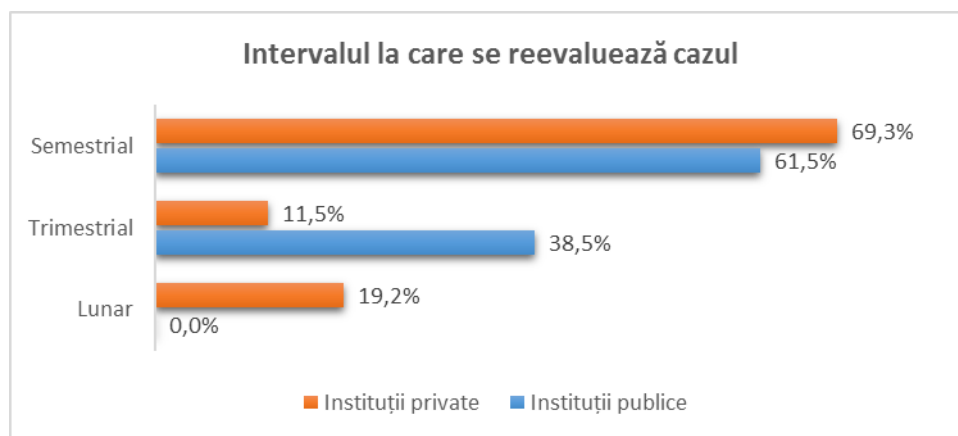
- atât instituțiile publice cât și organizațiile nonprofit utilizează și instrumente de evaluare elaborate de propria echipă de specialiști: 53,8% din instituțiile publice și 42,2% din organizațiile nonprofit.

Îmbunătățirea instrumentelor de evaluare prevăzute de lege considerăm că s-ar putea realiza cu concursul specialiștilor din instituțiile publice și private de profil, care și-au elaborat propriile instrumente metodologice, pentru a beneficia de experiența practică a furnizorilor de servicii la domiciliu pentru persoanele vârstnice.

Durata de timp în care persoanele vârstnice beneficiază de îngrijire la domiciliu tinde să se permanentizeze având în vedere caracteristicile specifice problematicii vârstei a treia astfel încât cea mai mare parte a furnizorilor de servicii de îngrijire la domiciliu asistă persoanele în funcție de nevoie, durata cea mai scurtă de acordare a serviciilor este de până la 6 luni atât pentru furnizorii publici cât și pentru cei privați, perioade intermediare am stabilit ca fiind 12 luni, 1-3 ani și peste 3 ani. Această perioadă ar trebui extinsă pentru toți beneficiarii de vârsta a treia, având în vedere complexitatea problemelor medicale și sociale astfel încât persoana vârstnică să poată beneficia de îngrijirea de lungă durată, care în România nu este reglementată și nici implementată. În prezent furnizorii sunt condiționați de resursele limitate și numărul mare de cazuri alocate.

Reevaluarea cazurilor se face cel mai frecvent la 3 luni sau la 6 luni de la preluare. Unitățile aparținând sectorului public efectuează preponderent reevaluarea cazurilor semestrial – 61,5%, iar furnizorii privați de asemenea, proporția fiind de 69,3%.

Figura nr. 2



Unitățile care asigură îngrijire la domiciliu trebuie să fie dotate cu aparatură medicală pentru prim ajutor și investigații medicale minime. Instituțiile publice și organizațiile neguvernamentale chestionate dispun de următoarele tipuri de aparatură medicală: tensiometru, stetoscop, aparat de măsurarea glicemiei, trusă de mică chirurgie, mască de oxigen, aparat de fizioterapie, scaun cu roțile, cadru de mers și alte instrumente și aparaturi medicale portabile necesare tratamentului la patul bolnavului vârstnic. Cei chestionați ne-au sesizat totuși precaritatea dotărilor și necesitatea îmbunătățirii acestora.

Asistența medicală a beneficiarilor de îngrijire la domiciliu se asigură prin vizite de evaluare de către medici, vizite pentru îngrijirea medicală de către asistente și vizite pentru îngrijirea curentă cu ajutorul îngrijitorilor. În principiu, medicul coordonează activitatea medicală, stabilind planul de tratament pentru controlul durerilor, necesarul de medicamente și materiale sanitare. Asistenții medicali administrează tratamentul prescris, efectuează, pansamente, toaleta plăgilor și asigură legătura dintre pacient și medic. Îngrijitorii la domiciliu asigură toaleta pacientului, curățenie, ajutor pentru menaj, cumpărături și procură medicamentele necesare.

În cazul instituțiilor publice, asistența medicală a beneficiarilor de îngrijire la domiciliu se asigură în proporție de 52,9% prin medicul de familie, iar 47,1% prin cadrele medicale ale unității de îngrijire la domiciliu.

Programul de lucru al furnizorilor de îngrijiri la domiciliu este de 8 ore pe zi: pentru 100% din instituțiile publice și 96,2% dintre organizațiile neguvernamentale. Doar 3,8% din organizațiile societății civile chestionate au organizat servicii comunitare pentru persoane vârstnice 24 din 24 ore. Acest tip de program non-stop ar trebui extins pentru acele unități care asigură servicii medicale la domiciliul beneficiarilor vârstnici totodată cu înființarea unor unități de urgență pentru intervenții operative în situații diverse de risc.

Serviciile de îngrijire la domiciliu se adresează atât beneficiarilor din mediul urban cât și celor din mediul rural. Numărul nu este egal și diferă în funcție de capacitatea instituțiilor de a acoperi aceste necesități.

Deși solidaritatea intergenerațională este mai dezvoltată în mediul rural, în prezent familia extinsă nu mai păstrează valorile tradiționale iar migrația generațiilor tinere către mediul urban își pune amprenta asupra vieții vârstnicilor rămași fără sprijin.

Structura numărului de beneficiari ai serviciilor de îngrijire la domiciliu pe medii de rezidență pentru instituțiile publice și organizațiile neguvernamentale, care au

răspuns solicitării noastre de a ne oferi date despre activitatea pe care o desfășoară, este următoarea:

Tabelul nr. 1 Beneficiari ai serviciilor de îngrijire la domiciliu

	URBAN - persoane -	RURAL - persoane -
Instituții publice	897	224
Organizații neguvernamentale	1.549	1.469

Diferența dintre numărul de beneficiari al celor două categorii de unități ne conduce către concluzia că organizațiile neguvernamentale au o rețea mai dezvoltată, cu acoperire atât pentru mediul urban cât și pentru zonele rurale, în care autoritățile publice locale nu asigură servicii de îngrijire la domiciliu decât într-o mică măsură.

În primul semestru al anului 2014, numărul beneficiarilor de servicii de îngrijire la domiciliu, asistați de instituțiile publice și organizațiile neguvernamentale care au făcut obiectul studiului, structurat în funcție de vârstă și sex ne relevă următoarea configurație:

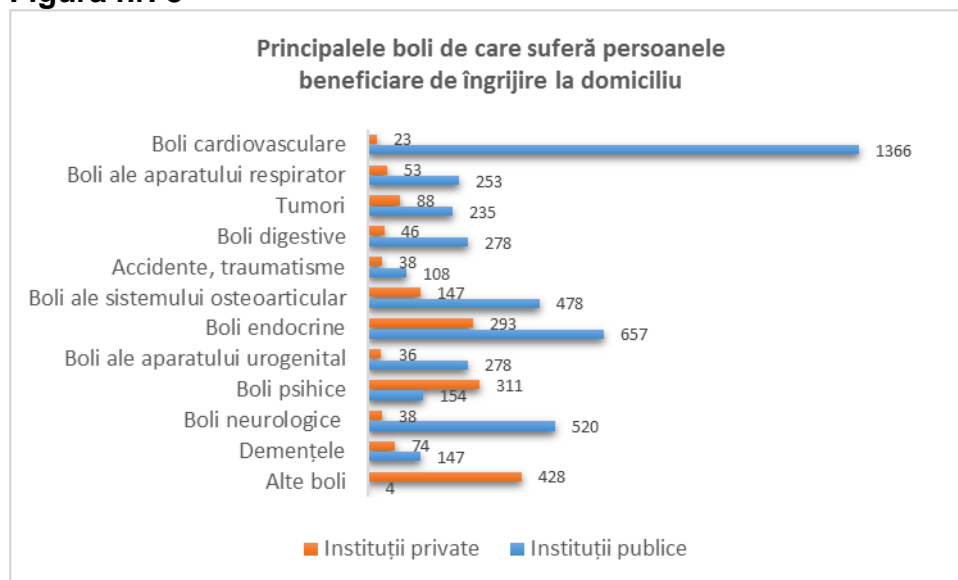
- predomină numărul persoanelor vârstnice de sex feminin: 903 femei față de 361 bărbați - în cazul instituțiilor publice și 2.049 femei față de 700 bărbați – în cazul organizațiilor neguvernamentale, care acced la suportul specialiștilor având o rețea sociala mai dezvoltată și fiind mai deschise sprijinului acestora;
- pe categorii de vârstă (ani), cei mai mulți beneficiari se situează în intervalul 70 – 84 ani, aceasta fiind perioada în care scad capacitățile fizice, crește riscul pentru accidente și diverse afecțiuni specifice vârstei.

Tabelul nr. 2 Beneficiarii de îngrijire la domiciliu pe grupe de vârstă

		Număr beneficiari de îngrijire la domiciliu							
		Vârsta							
		59 ani și mai puțin	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 și peste	Total
Instituții publice	Masculin	31	42	34	36	71	72	75	361
	Feminin	56	112	89	137	205	164	140	903
	Total	87	154	123	173	276	236	215	1.264
Instituții private	Masculin	55	61	88	153	130	140	73	700
	Feminin	85	147	292	422	406	425	272	2.049
	Total	140	208	380	575	536	565	345	2.749

În ce privește poli-patologia cu care se confruntă persoanele vârstnice care apelează la serviciile de îngrijire la domiciliu, pe primul loc în rândul afecțiunilor de care suferă persoanele vârstnice care beneficiază de îngrijire la domiciliu sunt bolile cardiovasculare, urmate de bolile endocrine și cele ale sistemului osteoarticular, iar pe locurile inferioare se situează bolile neurologice și demențele. Număr mic al celor din urmă se datorează și faptului că nu există servicii profesionale, îngrijitorii necesitând o pregătire specială, deși bolnavii și familiile lor necesită suport specializat.

Figura nr. 3



Serviciile comunitare asigurate de unitățile de îngrijire la domiciliu a persoanelor vârstnice sunt cele prevăzute de legislația în vigoare (Legea nr. 17/2000), ponderea lor fiind diferită în funcție de nevoile asistaților și de capacitatea instituțiilor de a asigura respectivele servicii prin resursele umane și materiale, de care dispun.

Tabelul nr. 3 Ponderea instituțiilor care oferă anumite servicii sociale

Nr crt.	SERVICII SOCIALE	INSTITUȚII PUBLICE	INSTITUȚII PRIVATE
1	Consiliere juridică	50,0%	26,9%
2	Consiliere administrativă	57,1%	34,6%
3	Consiliere psihologică	64,3%	42,3%
4	Prevenirea marginalizării sociale	92,9%	73,1%
5	Readaptarea capacităților fizice și psihice	21,4%	73,1%
6	Hrană	64,3%	57,7%
7	Ajutor pentru menaj	85,7%	96,2%
8	Participare la acțiuni cultural-sportive	64,3%	50,0%
9	Adaptarea locuinței	42,9%	42,3%
10	Altele	49,9%	30,8%

Principalele *servicii sociale* oferite persoanelor vârstnice îngrijite la domiciliu sunt:

- ❑ *prevenirea marginalizării sociale*, care este în principal atribuția instituțiilor aparținând autorităților publice locale și se realizează în proporție de 92,9% de către instituțiile publice chestionate, dar este susținută și de aportul organizațiilor societății civile, 73,1% din cele intervievate oferind aceste servicii;
- ❑ *ajutorul pentru menaj* este o categorie cu largă acoperire atât pentru instituțiile de stat (85,7%) cât și pentru cele private (96,2%);
- ❑ *readaptarea capacităților fizice și psihice* reprezintă o preocupare activă pentru 73,1% dintre organizațiile neguvernamentale;
- ❑ *serviciile de consiliere administrativă, juridică și psihologică*, cât și *readaptarea capacităților fizice și psihice și asigurarea hranei* sunt realizate în proporții modice variind între 21% și 65% ;
- ❑ *adaptarea locuinței și participarea la activități culturale sportive*, instituțiile publice și organizațiile neguvernamentale le oferă în proporții cuprinse între 45 și 65%, aceste servicii având implicații pentru confortul persoanei vârstnice, care a optat pentru a rămâne în mediul familial și respectiv pentru menținerea activității sociale.

Din categoria serviciilor socio-medice observăm că majoritatea serviciilor sunt asigurate atât în sectorul public, cât și în cel neguvernamental, mai puțin programele de ergoterapie, care sunt prezente în puține cazuri, ceea ce este în detrimentul menținerii active a persoanelor vârstnice asistate.

Tabelul nr. 4 Ponderea instituțiilor care oferă anumite servicii socio-medice

Nr crt.	SERVICII SOCIO-MEDICALE	INSTITUȚII PUBLICE	INSTITUȚII PRIVATE
1	Ajutor pentru menținerea sau readaptarea capacităților fizice ori intelectuale	46,2%	64,8%
2	Asigurarea unor programe de ergoterapie	15,4%	20,4%
3	Ajutor pentru realizarea igienei corporale	92,3%	92,6%
4	Ajutor pentru îmbrăcare și dezbrăcare	100%	85,2%
5	Ajutor pentru igiena eliminărilor	76,9%	63,0%
6	Adaptarea locuinței la nevoile persoanei vârstnice	61,5%	46,3%
7	Antrenarea în activități economice, sociale și culturale	76,5%	63,0%
8	Altele	38,5%	3,7%

Instituțiile publice, care fac obiectul studiului, au declarat că oferă servicii medicale persoanelor vârstnice asistate la domiciliu, în proporții reduse, totuși dintre cele care oferă și îngrijiri medicale ele constau în administrarea de medicamente (81,8%), consultații și tratamente medicale la domiciliu (54,5%) și altele, cum ar fi monitorizarea parametrilor fiziologici (45,5%).

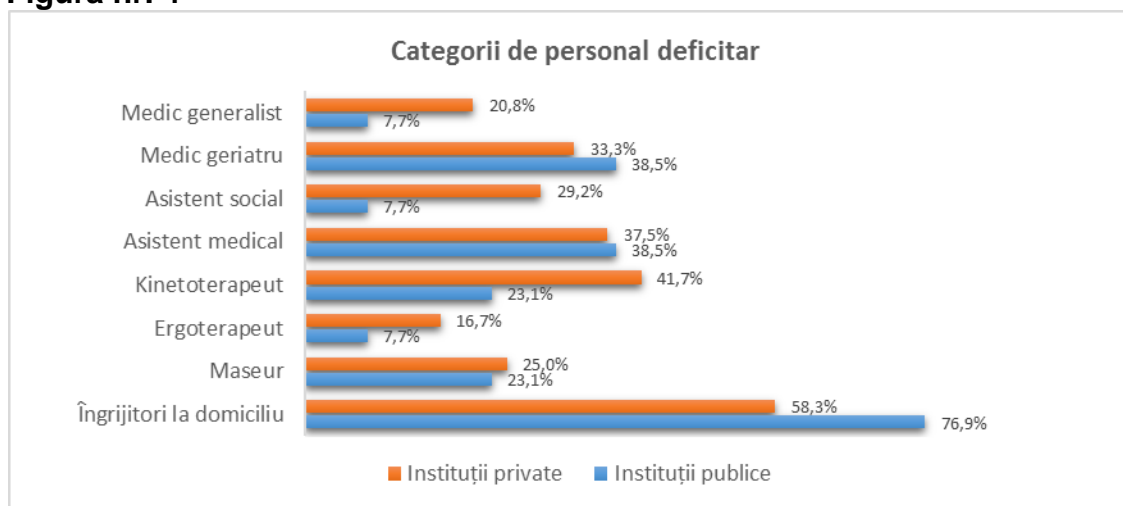
Organizațiile neguvernamentale acordă consultații și tratamente medicale la domiciliu (62,5%), administrarea de medicamente (75,0%) și materiale sanitare (75,0%).

Tabelul nr. 5 Ponderea instituțiilor care oferă anumite servicii medicale

Nr crt.	SERVICII MEDICALE	INSTITUȚII PUBLICE	INSTITUȚII PRIVATE
1	Consultații și tratamente medicale la domiciliu	54,5%	62,5%
2	Administrarea de medicamente	81,8%	75,0%
3	Acordarea de materiale sanitare	18,2%	75,0%
4	Asigurarea cu dispozitive medicale	18,2%	37,5%
5	Consultații și îngrijiri stomatologice	9,1%	4,2%
6	Asigurarea unor programe de kinetoterapie	9,1%	29,2%
7	Altele	45,5%	12,5%

Se constată lacune ale sistemului de servicii medicale pentru vârstnicii care beneficiază de îngrijire la domiciliu în ceea ce privește consultațiile și îngrijirile stomatologice cât și programele de kinetoterapie, care se regăsesc într-o mică măsură atât în oferta organizațiilor neguvernamentale cât și a instituțiilor de stat.

Figura nr. 4



Organizațiile nonprofit menționează lipsa specialiștilor în medicină geriatrică – 33,3%, kinetoterapie (41,7%), alături de alte categorii profesionale precum: îngrijitor la

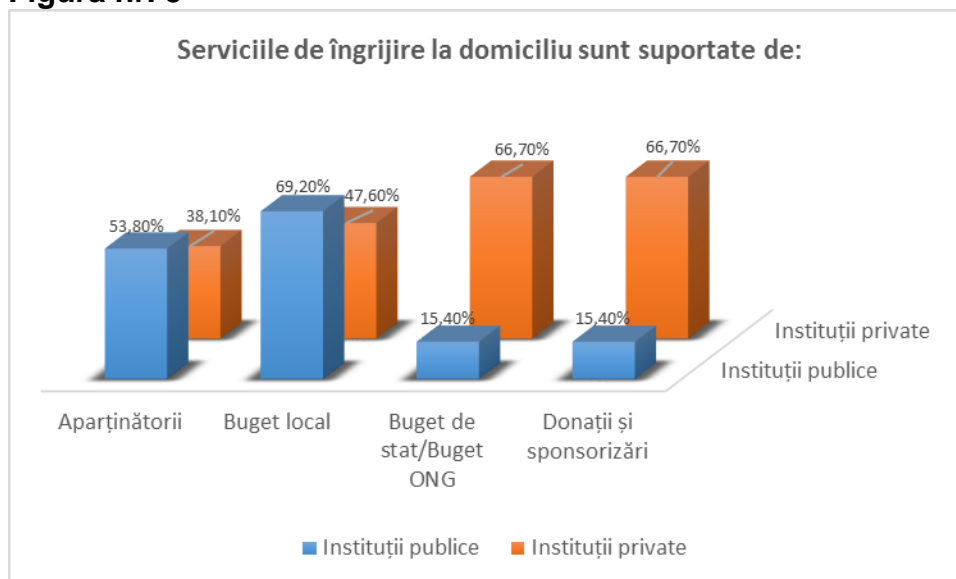
domiciliu (58,3%), asistent social (29,2%), asistent medical (37,5%), medic generalist (20,8%), maseur (25,0%).

Instituțiile publice sesizează, de asemenea, insuficiența personalului care asigură îngrijirea: 76,9% dintre instituții consideră că mai au nevoie de îngrijitori la domiciliu, 38,5% au nevoie de medic geriatru, maseur și kinetoterapeut 23,1%, de asistent medical 38,5% și 7,7% asistent social și ergoterapeut.

Sursele de finanțare pentru instituțiile publice chestionate provin în special din bugetul local (92,3%), deoarece consiliile locale sunt responsabile de organizarea serviciilor sociale la nivelul unității teritoriale - administrative, dar și din alte surse precum: donații și sponsorizări – 30,8%, bugetul de stat – 23,1%, fonduri externe – 7,7%. De asemenea, instituțiile publice au precizat în pondere de 15,4% și alte surse de finanțare.

În cazul organizațiilor neguvernamentale principala sursă de venit provine din sponsorizări și donații: 87,5% dintre organizațiile cuprinse în studiu obținându-și pe această cale veniturile. În completarea necesităților fondurile provin de la bugetul local (50,0%), de la bugetul de stat (58,3%) pentru acele organizații care și-au dezvoltat activitatea în mai multe județe - pe baza parteneriatului public-privat conform Legii nr. 34/1998 și din surse externe (41,7%) în măsura în care organizațiile au aplicat pentru a obține finanțare externă pentru proiecte. Și în cazul instituțiilor private regăsim alte surse de finanțare în afara celor enumerate mai sus în pondere de 33,3%.

Figura nr. 5



Lipsa fondurilor este principala problemă semnalată atât de instituțiile publice cât și de organizațiile neguvernamentale, care desfășoară activități de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice deoarece atât fondurile provenite de la bugetul de stat și cel

local sunt insuficiente pentru a acoperi necesitățile și nu permit organizațiilor să se dezvolte. Totodată, sumele provenite din donații și sponsorizări nu acoperă costurile reale și nu pot asigura continuitatea și stabilitatea sistemului de servicii comunitare pentru persoanele vârstnice.

52,0% dintre organizațiile neguvernamentale cuprinse în studiu dețin un spațiu în proprietate privată, 12,0% își desfășoară activitatea într-un spațiu repartizat de consiliul local, iar 36,0% într-un spațiu închiriat. Alocarea spațiilor pentru furnizorii de servicii de îngrijire la domiciliu trebuie, de asemenea, să preocupe autoritățile publice locale care ar putea redistribui spații în funcție de necesitățile locale prin reabilitarea unor spații dezafectate, aceasta fiind o condiție de bază pentru desfășurarea activității.

Mijloacele logistice de care dispun furnizorii de servicii socio-medice la domiciliul persoanelor vârstnice atât în sistemul public cât și privat sunt prezentate în tabelul următor.

Tabelul nr. 6 Utilizarea mijloacelor logistice

Nr. crt.	Mijloace logistice	Instituții publice	Instituții private
1.	Computer	100,0%	96,2%
2.	Autoturism	66,7%	92,3%
3.	Telefon mobil/fix	91,7%	100%
4.	Telverde	8,3%	7,7%
5.	Altele	25,0%	11,5%

Se observă că atât instituțiile publice cât și cele private dețin în pondere de 100%, respectiv 96,2% un computer, ceea ce permite implementarea unui sistem informatizat de evidență a cererilor și a beneficiarilor de îngrijire. Totodată, se constată că instituțiile publice și private nu au dezvoltat o linie de telefon verde, care ar putea răspunde situațiilor de urgență și ar constitui o modalitate de informare a persoanelor vârstnice cu privire la drepturile sociale, la rețeaua de servicii existentă și alte accesibilități.

Procesul de evaluare a programelor de îngrijire se bazează pe autoevaluarea furnizorului în 75,0% din cazuri în cadrul instituțiilor publice și 92,3% din cazuri pentru organizațiile neguvernamentale și doar în 33,3%, respectiv 30,8% din cazuri prin evaluator extern care presupune costuri suplimentare din partea instituției.

Evaluarea se realizează utilizând chestionarul de satisfacție, fișa de evaluare, ancheta socială sau planul de intervenție.

Instituțiile publice ne-au semnalat următoarele probleme cu care se confruntă în activitate:

- lipsa fondurilor;
- lipsa personalului;
- număr mare de persoane alocate unui îngrijitor la domiciliu;
- neimplicarea medicilor de familie;
- lipsa medicamentelor;
- beneficiari recalcitranți;
- rezistența la schimbare a beneficiarilor;
- cereri peste fondurile alocate;
- lipsa unui mijloc de transport a personalului din ONG pentru deplasarea la domiciliul asistaților;
- spațiu neadecvat;
- volumul mare de documente solicitate conform standardelor minime în vigoare;
- legislație deficitară;

Organizațiile neguvernamentale au identificat principalele probleme care împiedică buna desfășurare a activității ca fiind:

- lipsa fondurilor;
- lipsa mijloacelor materiale (exemplu autoturism);
- lipsa personalului/voluntarilor;
- neimplicarea autorităților locale;
- demotivarea salarială a angajaților;
- dificultăți în angajarea îngrijitorilor;
- durata mare de așteptare a beneficiarilor;
- inexistența unui sistem operațional de finanțare a serviciilor sociale;
- greutate în procurarea medicamentelor;
- lipsa de implicare a medicilor de familie;
- condițiile precare din locuința beneficiarilor;
- lipsa receptivității comunității;
- refuzul beneficiarilor de a participa la anumite activități recreative;
- nesuplimentarea fondului de către CNAS spre serviciile de îngrijire la domiciliu;
- legislație deficitară.

Propunerile pentru îmbunătățirea activității venite din partea instituțiilor publice și private care asigură servicii de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice:

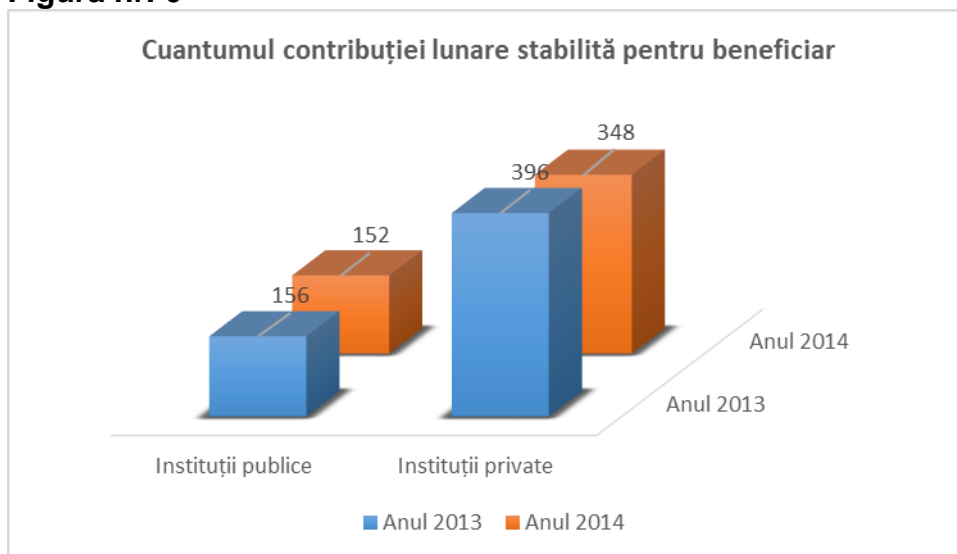
- ❑ identificarea unor surse de finanțare;
- ❑ atragerea de personal pentru îngrijire;
- ❑ extinderea activității de îngrijire la domiciliu;
- ❑ implicarea medicilor de familie;
- ❑ organizarea de cursuri de perfecționare pentru angajați;
- ❑ organizarea de campanii de informare a persoanelor vârstnice cu privire la serviciile de îngrijire la domiciliu;
- ❑ implicarea autorităților locale pentru sprijinirea furnizorilor de îngrijire la domiciliu;
- ❑ creșterea numărului personalului calificat în serviciile desfășurate;
- ❑ sensibilizarea opiniei publice cu privire la problematica persoanelor vârstnice;
- ❑ angajarea de asistenți sociali în spitale pentru preluarea cazurilor din spital;
- ❑ finanțare mai consistentă prin CNAS;
- ❑ armonizarea legislației privind persoanele vârstnice cu legislația privind persoanele cu handicap;
- ❑ cursuri la nivel național de perfecționare pentru îngrijire la domiciliu;
- ❑ dezvoltarea serviciilor complementare de asistență socială,
- ❑ motivarea financiară a îngrijitorilor; extinderea rețelei de îngrijire la domiciliu în zona rurală;
- ❑ promovarea parteneriatului public-privat.

Costul lunar de întreținere înregistrat de instituțiile publice pentru un beneficiar, în primul semestru al anului 2014 are o valoare medie de 586 lei. În cazul organizațiilor neguvernamentale, acest cost este în valoare medie de 459 lei.

Referitor la instituțiile publice, quantumul contribuției lunare stabilită pentru un beneficiar de îngrijire la domiciliu este reprezentat de o valoare medie de 156 lei pentru anul 2013 și 152 lei pentru anul 2014.

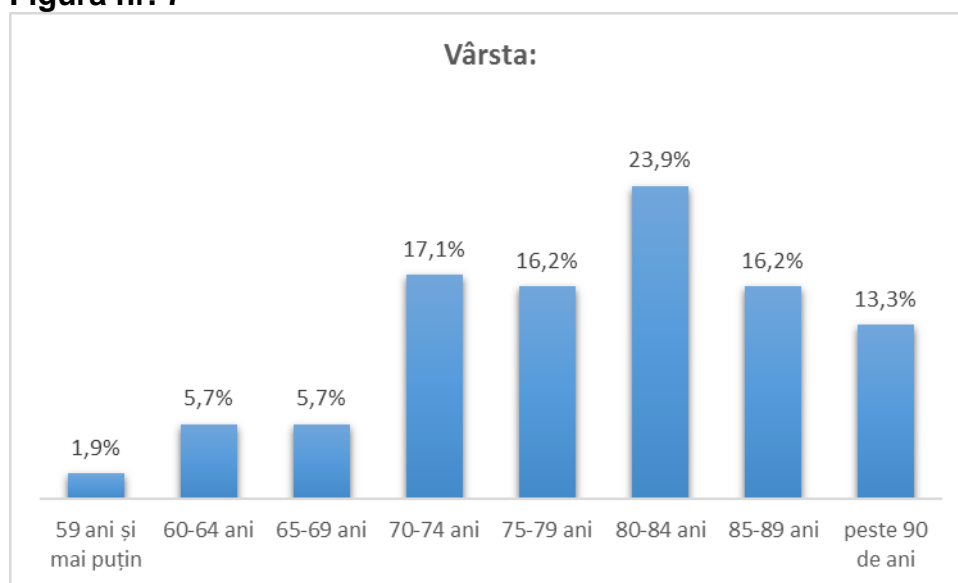
Organizațiile neguvernamentale au stabilit un quantum al contribuției lunare pentru beneficiari de 396 lei în anul 2013 și 348 lei pentru anul 2014.

Figura nr. 6



Structura pe grupe de vârstă a beneficiarilor de servicii de îngrijiri la domiciliu cuprinși în eșantion este următoarea este prezentată în graficul următor.

Figura nr. 7

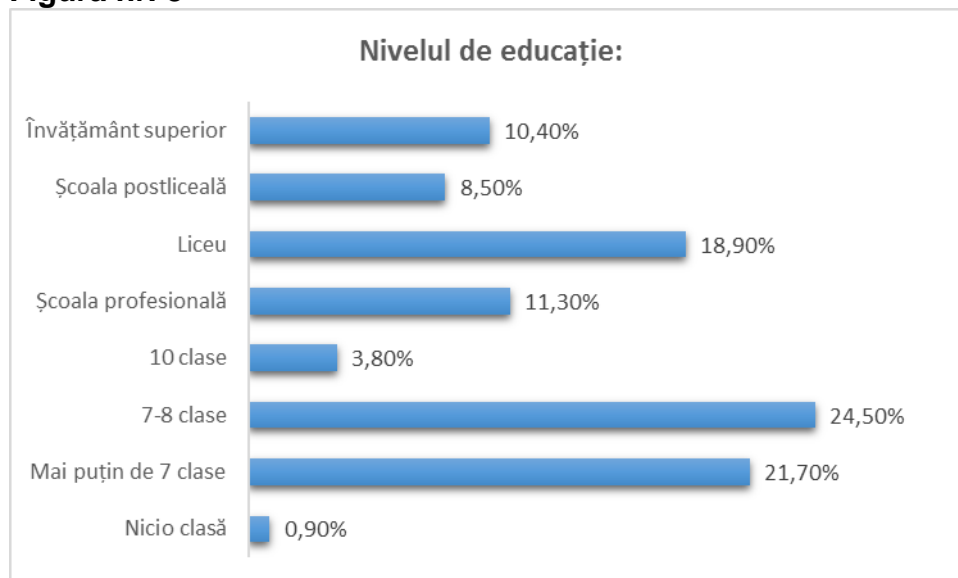


Se observă că numărul cel mai mare de beneficiari chestionați corespunde grupei de vârstă 80-84 de ani, ponderea acestora fiind de 23,9% din totalul persoanelor cuprinse în eșantion, aceasta fiind perioada în care vulnerabilitatea persoanei vârstnice crește.

Nivelul de educație ne indică faptul că solicitanții serviciilor de îngrijire la domiciliu sunt în special persoanele vârstnice cu o pregătire sub nivelul liceal, pe care am putea-o interpreta prin prisma faptului că acele persoane dispun de resurse financiare mai

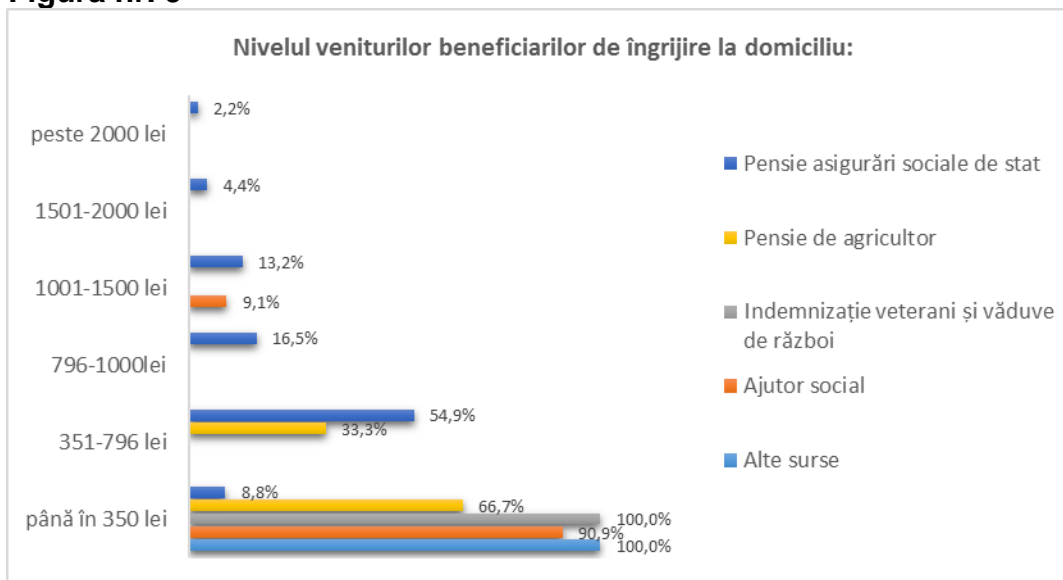
reduse și posibil au lucrat în medii care le-au deteriorat starea de sănătate, necesitând ajutor specializat și sprijin pentru asigurarea unui trai decent.

Figura nr. 8



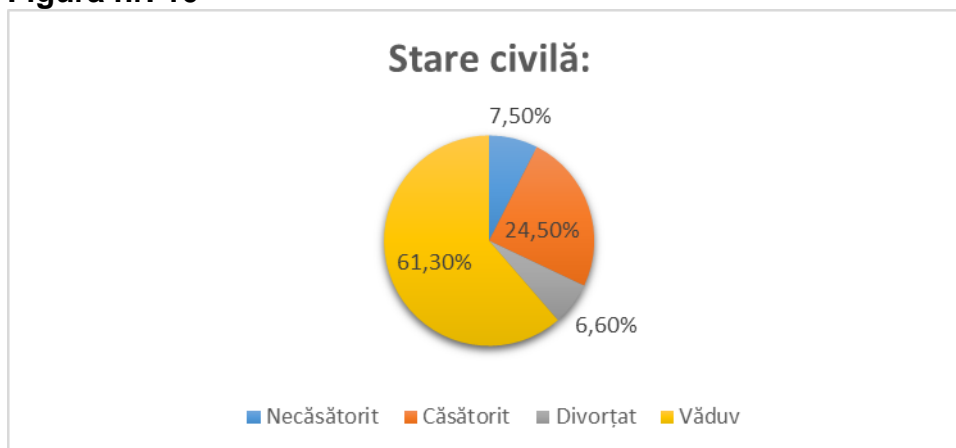
Majoritatea vârstnicilor care beneficiază de îngrijire la domiciliu provin din rândul pensionarilor de asigurări sociale de stat: 91 persoane din 108 chestionate, iar dintre aceștia, mai mult de jumătate (63,7%) având venituri sub 796 lei lunar.

Figura nr. 9



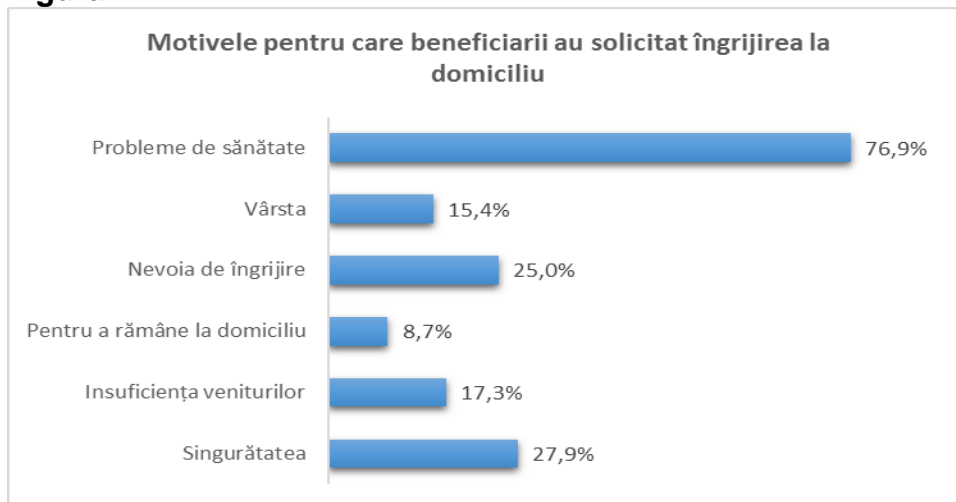
Referitor la starea civilă, constatăm că 61,3% dintre persoanele intervievate sunt văduve. Corelând cu faptul că 61,9% dintre cei chestionați locuiesc singuri, iar 76,9% au solicitat îngrijire la domiciliu pentru că sunt bolnavi putem conchide că principalele cauze care conduc la solicitarea ajutorului profesionist sunt lipsa suportului familial și scăderea capacitaților fizice de autoservire.

Figura nr. 10



Nevoia de îngrijire este semnalată în principal în raport cu prezența anumitor afecțiuni de sănătate care reduc autonomia, capacitatea de autoservire a individului și impun ajutor specializat. Totuși, printre motivele solicitării serviciilor îngrijire la domiciliu de către persoanele vârstnice se numără și singurătatea în 27,9% din cazuri, ceea ce ne sugerează insuficiența unor servicii alternative de tipul centrelor de zi, cluburilor pentru vârstnici, care pot oferi suport emoțional și pot contribui la integrarea socială a persoanelor vârstnice.

Figura nr. 11



48,0% dintre respondenți sunt asistați de sectorul public, iar 52,0% de către organizații neguvernamentale la domiciliu, 93,0 % dintre aceștia semnând un contract cu furnizorul de servicii de îngrijire, ceea ce considerăm că este un factor pozitiv, care asigură o garanție a controlului calității serviciilor sociale, socio-medicale și medicale.

Principalele categorii de servicii comunitare de care au beneficiat persoanele vârstnice la domiciliu sunt: asigurarea medicației, igiena corporală, mobilizare, activități

administrative (plata facturilor, piața), hrană, igiena locuinței, plimbare, socializare, masaj.

Persoanele intervievate și-ar dori să beneficieze în mai mare măsură de următoarele categorii de servicii: adaptarea locuinței, consiliere psihologică și juridică, asistență stomatologică, îngrijitor permanent, igienizarea locuinței să fie efectuată mai des, să participe la evenimente culturale, recuperare medicală, kinetoterapie etc.

Evaluarea calitativă pe care a propus-o prezentul studiu a condus la aprecieri ale persoanelor vârstnice cu privire la serviciile de îngrijire la domiciliu de care au beneficiat.

Persoanele vârstnice consideră :

- ❑ *îngrijirea la domiciliu oferită* - foarte bună - 68,9%, bună – 26,4% și doar 4,7% ca satisfăcătoare;
- ❑ *calitatea serviciilor medicale* – foarte bună – 52,6%, bună - 34,7%, satisfăcătoare – 9,5%, proastă – 2,1% și foarte proastă – 1,1%;
- ❑ *calitatea serviciilor sociale* - foarte bună – 69,4%, bună – 25,5%, satisfăcătoare – 5,1%;
- ❑ *relația cu personalul care asigură îngrijirea* – foarte bună – 76,9%, bună – 20,2%, satisfăcătoare - 1,9% și proastă 1,0%.

Se observă că persoanele vârstnice intervievate sunt mulțumite de calitatea serviciilor comunitare de care beneficiază ceea ce conduce către concluzia că aceste servicii ar trebui să fie extinse la nivel național pentru a acoperi nevoile cât mai multor vârstnici, pentru prevenirea instituționalizării, a marginalizării sociale și a izolării.

Propunerile persoanelor vârstnice care beneficiază de servicii de îngrijire la domiciliu sunt:

- ❑ să se aloce mai mult timp pentru fiecare bolnav;
- ❑ asigurarea de medicamente;
- ❑ asigurarea de alimente;
- ❑ acordare mai multor ajutoare materiale;
- ❑ vizite mai dese;
- ❑ consiliere psihologică;
- ❑ continuitatea serviciilor;
- ❑ dotarea cu mijloace auto;
- ❑ acordarea primului ajutor;
- ❑ intervalul orar de acordare a serviciilor de îngrijire să fie mai mare;
- ❑ susținerea socializării între vârstnici;
- ❑ transport special pentru desele deplasări la spital.

CAPITOLUL III

CONCLUZII

Analiza realizată de Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice pentru a constata modul în care este reglementat, organizat și funcționează sistemul de îngrijire la domiciliu la nivel național a cuprins un număr de doar 13 județe care ne-au răspuns solicitării de a completa chestionarul adresat instituțiilor publice și un număr de 14 județe, care au completat chestionarul adresat organizațiilor neguvernamentale, ceea ce sugerează slaba implicare a autorităților publice locale în dezvoltarea și susținerea activităților serviciilor comunitare pentru persoanele vârstnice și a condus către conturarea unor concluzii care pot susține măsuri pentru dezvoltarea și extinderea rețelei de servicii comunitare la domiciliul persoanelor vârstnice.

Avantajele pe care îngrijirea la domiciliu le prezintă în raport cu asistarea în centre rezidențiale sunt cunoscute ca fiind următoarele: creșterea confortului psihic, conservarea autonomiei și funcțiilor sociale ale persoanei, prevenirea izolării și menținerea unei vieți active, descongestionarea unităților sanitare și de asistență socială, cât și o creștere a calității îngrijirii prin implicarea specialiștilor.

Din analiza rezultatelor cercetării se desprind următoarele aspecte organizatorice:

- ❑ *Rețeaua geriatrică la nivel național este insuficient dezvoltată, în unele zone chiar inexistentă.* Platforma gerontologică preconizată a se implementa nu se regăsește în practica instituțiilor publice și a organizațiilor societății civile decât parțial, fără a exista continuitatea și complementaritatea pe care o poate asigura sistemului parteneriatul public – privat.
- ❑ Mai multe județe ne-au semnalat lipsa unui serviciu destinat persoanelor vârstnice în cadrul direcțiilor generale de asistență socială organizate la nivel județean.
- ❑ O problemă cu care se confruntă sistemul de îngrijiri la domiciliu este *lipsa medicilor geriatri*, care ar trebui să evalueze persoanele vârstnice inițial și periodic și să facă recomandări pentru întocmirea planului individual de intervenție. În compensare ar putea fi implicați medicii de familie care cunosc polipatologia pacienților de vârstă a treia pe care îi au sub observație și care pot, de asemenea, organiza activități de îngrijire medicală la domiciliu.

- ❑ Structura de personal a unităților publice și private este incompletă, *lipsind cel mai adesea specialiști precum: îngrijitori, ergoterapeuți, kinetoterapeuți, medici stomatologi*. Lipsa acestora ne-a fost semnalată deopotrivă de către furnizorii cât și de către beneficiarii serviciilor de îngrijire la domiciliu, în corelație cu categoriile de servicii care ar mai fi necesare.
- ❑ *În continuare nu există unități cu program nonstop* și foarte puțini dintre furnizori asigură asistență medicală de urgență, deși problematica specifică vârstei a treia ar impune înființarea unui asemenea tip de intervenție.
- ❑ Furnizorii de servicii socio-medicale la domiciliu sesizează ca principale greutăți cu care se confruntă: *lipsa spațiilor* în care să își desfășoare activitatea și *lipsa fondurilor* pentru susținerea programelor.
- ❑ Din perspectiva beneficiarilor, persoane vârstnice, îngrijirea la domiciliu ar trebui să se realizeze alocându-se *mai mult timp pentru fiecare bolnav*, fapt care în prezent este limitat de *numărul redus de personal de îngrijire* de care dispun unitățile de îngrijire la domiciliu. O altă problemă semnalată de beneficiari și de furnizori ar fi necesitatea extinderii serviciilor care presupun *adaptarea locuinței* vârstnicilor, pentru a spori accesibilitatea și capacitatea de autoservire a acestora.
- ❑ Serviciile sociale, socio-medicale și medicale oferite în prezent persoanelor vârstnice beneficiare cuprind un pachet de bază care ar putea fi lărgit în funcție de nevoile identificate în rândul populației vârstnice.
- ❑ Repartizarea furnizorilor la nivel național este inegală - în detrimentul beneficiarilor din mediul rural - oferta de servicii fiind mult mai redusă pentru localitățile mici și pentru cele rurale, în care sunt active doar organizațiile neguvernamentale, iar instituțiile publice nu au decât în mică măsură organizate servicii de îngrijire la domiciliu. Această discrepanță trebuie avută în vedere la elaborarea strategiilor de politică socială și la distribuirea fondurilor de la bugetul de stat și local pentru a se acorda asistență la domiciliu și vârstnicilor din mediul rural care au rămas singuri prin migrația generației tinere către mediul urban.
- ❑ În România nu au fost încă dezvoltate programe care să vizeze *pregătirea pentru pensionare și identificarea posibilităților de menținere a unei vieți active și unei participări sociale semnificative* a persoanelor vârstnice. Din acest punct de vedere îngrijirea la domiciliu ar putea să capete noi valențe incluzând și programe de reintegrare socială în paralel cu cele de îngrijire socio-medicală și medicală.

-
- Considerăm ca un element pozitiv implicarea voluntarilor în activitățile de îngrijire la domiciliu a persoanelor vârstnice, cu prioritate de către organizațiile neguvernamentale ca efect și al noilor prevederi legislative care stimulează solidaritatea socială în raport cu persoanele de vârstă a treia aflate în situații de risc.
 - De asemenea, din analiza făcută, reiese că furnizorii de servicii comunitare pentru vârstnici își desfășoară activitatea cu personal specializat care beneficiază de formare continuă în cadrul instituției sau cu voluntari care au fost calificați. Grație faptului că beneficiază de aportul personalului specializat majoritatea furnizorilor de îngrijiri la domiciliu sunt preocupați de elaborarea de instrumente metodologice adaptate necesităților proprii care pot constitui o sursă de informație pentru instituțiile care sunt desemnate să elaboreze la nivel național aceste metodologii.

CAPITOLUL IV

PROPUNERI

Propunerile pentru îmbunătățirea activității, așa cum rezultă din practica furnizorilor de îngrijiri la domiciliu.

În plan legislativ:

- ❑ Redefinirea persoanei vârstnice și a drepturilor sociale ale persoanei vârstnice în raport cu prevederile existente la nivel european;
- ❑ Clarificarea termenului de “nevoie” și a “criteriilor de evaluare” a situației medico-sociale a persoanei vârstnice;
- ❑ Stabilirea unei metodologii cu privire la înstrăinarea bunurilor de către persoanele vârstnice și respectarea clauzelor de întreținere prin responsabilizarea directă a autorităților publice locale;
- ❑ Corelarea actelor normative în domeniul social cu cele din domeniul sanitar pentru o coordonare și finanțare comună.

În plan financiar:

- ❑ Identificarea de noi surse de finanțare;
- ❑ Atragerea de fonduri din sectorul privat;
- ❑ Scutirea de taxe și impozite pentru activitățile de îngrijire la domiciliu;
- ❑ Încurajarea sponsorizărilor oferite de persoane juridice ori fizice pentru sprijinirea activităților de îngrijire la domiciliu prin modificarea Legii nr. 32/1992;
- ❑ Mărirea volumului subvențiilor alocate asociațiilor și fundațiilor în temeiul Legii nr. 34/1998 pentru înființarea și administrarea unităților de îngrijiri la domiciliu destinate persoanelor vârstnice, în vederea îmbunătățirii calității serviciilor acordate prin programele derulate de către acestea;
- ❑ Susținerea costurilor pentru programele de îngrijire la domiciliu prin subvenții de la bugetul de stat deoarece descentralizarea a avut efecte negative asupra asistenței sociale în mediul rural și în zonele defavorizate ale țării unde bugetul local este mic.

Resurse umane:

- ❑ Atragerea continuă de specialiști;

- ❑ Organizarea de schimburi de experiență și formare continuă;
- ❑ Extinderea rețelei de îngrijitori la domiciliu;
- ❑ Recunoașterea asistentului medical ca furnizor de servicii medicale independente;
- ❑ Definirea profesiilor sociale în domeniul îngrijirii persoanelor vârstnice prin implicarea mai multor autorități competente: Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, Ministerul Sănătății și Ministerul Educației;
- ❑ Implicarea medicilor de familie în identificarea persoanelor vârstnice care necesită îngrijire la domiciliu;
- ❑ Organizarea unei rețele comunitare de medici geriatrii prin dubla specializare a medicilor de medicină internă.

Servicii si infrastructura:

- ❑ Extinderea și reabilitarea centrelor de zi;
- ❑ Înființare de cluburi pentru persoanele vârstnice;
- ❑ Acordarea de spații de către autoritățile publice locale prin redirectionarea scopului și atribuirea lor prin contracte de comodat;
- ❑ Extinderea și dezvoltarea serviciilor comunitare - integrate de asistență medico-socială la domiciliu;
- ❑ Dezvoltarea unui sistem complex de servicii socio-medicale pentru vârstnici;
- ❑ Introducerea unor facilități în vederea promovării și stimulării îngrijirii la domiciliu a persoanelor vârstnice;
- ❑ Reglementarea unei autorități care să fie monitorizeze sistemul de îngrijire la domiciliu la nivel național;
- ❑ Extinderea anumitor tipuri de servicii și prestații, care răspund nevoilor individuale ale persoanelor vârstnice, exemplu: “cantina pe roți”, farmacia socială, asistență stomatologică etc;
- ❑ Îmbunătățirea și extinderea tipurilor de servicii ce le sunt asigurate vârstnicilor asistați la domiciliu, respectiv programe de terapie ocupațională, recuperare, activități cultural - artistice etc;
- ❑ Dotarea furnizorilor de îngrijiri la domiciliu cu echipamente și aparatură medicală necesare desfășurării activității;

- ❑ Îmbunătățirea colaborării cu casele de sănătate și celelalte instituții medicale (unități medico-sociale, spitale, centre de diagnostic etc);
- ❑ Evidența și monitorizarea centralizată a numărului de cazuri sociale, persoane vârstnice, pentru o evaluare a cererii și ofertei de servicii, utilă în elaborarea unei strategii de dezvoltare a rețelei de servicii sociale în funcție de nevoile identificate;
- ❑ Elaborarea și implementarea unei metodologii de lucru pentru derularea programelor de servicii sociale în regim de urgență - intervenție în caz de criză - la nivelul serviciilor publice de asistență socială ale autorităților locale;
- ❑ Înființarea unui serviciu de monitorizare a asistenței sociale a vârstnicilor la nivel național, care să dispună de o baza de date referitor la numărul de solicitanți și numărul de beneficiari, în scopul evaluării nevoii de servicii sociale pentru a elabora o strategie în acord cu realitatea cu care se confruntă sistemul național de asistență socială;
- ❑ Implementarea unui sistem de îngrijiri de lungă durată ca o componentă importantă pentru dezvoltarea strategiei în domeniul persoanelor vârstnice.

Implicarea comunității în acțiunile sociale:

- ❑ Intensificarea propagandei de sensibilizare a opiniei publice vis-a-vis de problematica vârstei a treia;
- ❑ Diversificarea formelor de informare a persoanelor vârstnice cu privire la dreptul de a beneficia de îngrijire la domiciliu în condițiile legii;
- ❑ Implicarea mai intensă a factorilor sociali pe plan local pentru apărarea drepturilor persoanelor vârstnice;
- ❑ Promovarea voluntariatului și a culturii filantropice.

Extinderea parteneriatul public-privat:

- ❑ Creșterea nivelului subvențiilor alocate asociațiilor și fundațiilor în temeiul Legii nr. 34/1998 pentru înființarea și administrarea unităților de îngrijiri la domiciliu destinate persoanelor vârstnice și facilitarea tuturor celorlalte forme legale de acces la fonduri interne sau externe, în vederea extinderii rețelei și îmbunătățirii calității serviciilor acordate prin programele derulate de către acestea;
- ❑ Îmbunătățirea comunicării interinstituționale;

- Încurajarea sponsorizărilor și donațiilor oferite de persoane juridice ori fizice pentru finanțarea și dotarea instituțiilor de asistență socială și a organizațiilor neguvernamentale.

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

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

Reforma în domeniul furnizării serviciilor sociale are în vedere nu numai actorii implicați (public sau privat), ci și modul cum se realizează (legislația). În prezent asistăm la o reformă în ceea ce privește criteriile acordării acestor servicii, trecându-se de la servicii bazate pe principiul universalității, la servicii personalizate în funcție de nevoile cetățenilor.

Este necesar să fie o centrare mai mare pe evaluarea de rezultate sau pe cea de impact. Trebuie să fie formulați indicatori de calitate pentru serviciile sociale, deoarece standardele de calitate nu sunt suficient de detaliate cu astfel de indicatori. În lipsa acestor indicatori, evaluarea este formală și nu urmărește îndeplinirea standardelor de calitate. Nu trebuie trecută cu vederea nici necesitatea unei evaluări realiste a nevoilor populației vârstnice, la nivel național și realizarea unei "hărți a nevoilor", astfel încât și resursele să fie distribuite echitabil și eficient.

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

- componentele inovatoare trebuie să se nască dintr-o necesitate reală și nu pentru a fi pe placul finanțatorului;
- obținerea de venituri să se poată realiza din desfășurarea de activități economice directe în conformitate cu legea;

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

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

CADRUL LEGISLATIV

- Legea nr. 34 din 20 ianuarie 1998 privind acordarea unor subvenții asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică, care înființează și administrează unități de asistență socială;
- OG nr. 26 din 30 ianuarie 2000 cu privire la asociații și fundații;
- Legea nr. 16 din 6 martie 2000 privind înființarea, organizarea și funcționarea Consiliului Național al Persoanelor Vârstnice, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea nr. 17 din 6 martie 2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, cu modificările și completările ulterioare;
- HG nr. 886 din 5 octombrie 2000 pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice;
- Ordin nr. 318 din 07 aprilie 2003 pentru aprobarea Normelor privind organizarea și funcționarea îngrijirilor la domiciliu, precum și autorizarea persoanelor juridice și fizice care acordă aceste servicii;
- Decizie nr. 249 din 30 mai 2003 privind aprobarea standardelor pentru acreditarea furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu;
- Ordin nr. 559 din 09 iunie 2003 privind aprobarea Normelor metodologice de evaluare pentru acreditarea furnizorilor de îngrijiri la domiciliu;
- OG nr. 68 din 23 august 2003 privind serviciile sociale;
- Decizia nr. 134 din 02 martie 2004 pentru modificarea și completarea Deciziei președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 249/2003 privind aprobarea Standardelor pentru acreditarea furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu;
- Decizie nr. 229 din 04 mai 2004 privind modificarea Standardelor pentru acreditarea furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu;
- OG nr. 86 din 19 august 2004 pentru modificarea și completarea OG nr. 68/2003 privind serviciile sociale;
- Ordin 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;

-
- HG nr. 1.317 din 27 octombrie 2005 privind sprijinirea activităților de voluntariat în domeniul serviciilor de îngrijire la domiciliu persoanelor vârstnice;
 - Ordin nr. 246 din 27 martie 2006 privind aprobarea standardelor minime specifice de calitate pentru serviciile de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice și pentru centrele rezidențiale pentru persoanele vârstnice;
 - Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății;
 - H.G. nr. 400/2014 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;
 - Ordinului ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

Anexa nr. 1

Nr. crt.	Judetul	Furnizori de servicii de îngrijire la domiciliu
1.	ALBA	<ul style="list-style-type: none"> • ASOCIAȚIA CARITAS MITROPOLITAN GRECO-CATOLIC BLAJ, Blaj • ASOCIAȚIA AS 2001 ALBA IULIA , Alba Iulia • Caritas Alba-Iulia , Alba Iulia • Caritas Alba-Iulia, Aiud
2.	ARGEȘ	<ul style="list-style-type: none"> • ASOCIAȚIA ROMANA ANTIDROG - ARGES, Pitești • ASOCIAȚIA NURSING GROUP PITEȘTI 2003, Pitești • ASOCIAȚIA PENTRU SĂNĂTATE DOMNEȘTI, Domnești • ASOCIAȚIA SPRIJIN PENTRU TINE, Câmpulung
3.	BACĂU	<ul style="list-style-type: none"> • SOCIETATEA NAȚIONALĂ DE CRUCE ROȘIE DIN ROMÂNIA, FILIALA BACĂU, Bacău • FUNDAȚIA DE SPRIJIN COMUNITAR, Bacău • Fundația pentru Educație, Dezvoltare si Sprijin Comunitar "Constantin Brâncoveanu" Bacău, Bacău • ASOCIAȚIA SF. VOIEVOD STEFAN CEL MARE HARJA , Harja, Comuna Oituz • Centrul Diecezan Caritas Iași, Bacău
4.	BIHOR	<ul style="list-style-type: none"> • Asociația Caritas Catolica Oradea, Oradea • FUNDAȚIA CREȘTINĂ DIAKONIA Filiala Oradea , Oradea
5.	BISTRIȚA NĂSĂUD	<ul style="list-style-type: none"> • Asociația Filantropia Ortodoxă Cluj Filiala Bistrița, Bistrița
6.	BRĂILA	<ul style="list-style-type: none"> • Fundația Lumina Brăila, Brăila
7.	BRAȘOV	<ul style="list-style-type: none"> • FUNDAȚIA HOSPICE CASA SPERANȚEI, Brașov • Protopopiatul Ortodox Brașov, Brașov • Asociația Medicala ProVita , Brașov • Caritas Alba-Iulia, Brașov, Brașov
8.	BUCUREȘTI	<ul style="list-style-type: none"> • Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Sector 6, Sector 6 • Asociația Umanitară Equilibre, București • Agenția pentru Plăți si Inspecție Socială a Municipiului București , București • ASOCIAȚIA CASA DE AJUTOR RECIPROC A PENSIONARILOR "OMENIA" BUCUREȘTI, București • Filiala de Cruce Roșie sector 5 București , București • Direcția Generala de Asistentă Sociala a Municipiului

		<p>București DGASMB, București</p> <ul style="list-style-type: none"> • Societatea Romana de Sprijin a Vârstnicilor si Suferinzilor cu Afectiuni de tip Alzheimer, București • Asociația Caritas , București • FEDERAȚIA COMUNITĂȚILOR EVREIEȘTI DIN ROMÂNIA- CULTUL MOZAIC, București
9.	BUZĂU	<ul style="list-style-type: none"> • FUNDAȚIA CRUCEA ALB-GALBENA DIN ROMANIA FILIALA BUZĂU, Buzău • ASOCIAȚIA SPERANȚA CARITATE 2006 BUZĂU, Buzău • SOCIETATEA NAȚIONALĂ DE CRUCE ROȘIE DIN ROMANIA - Filiala Buzău, Buzău
10.	CARAȘ SEVERIN	<ul style="list-style-type: none"> • ASOCIAȚIA DE BINEFACERE PRO VITAM, Reșița • ASOCIAȚIA DE AJUTOR MUTUAL SLATINA TIMIȘ, Slatina Timiș
11.	CLUJ	<ul style="list-style-type: none"> • ASOCIAȚIA CARITAS EPARHIAL GRECO CATHOLIC CLUJ, Cluj Napoca • FUNDAȚIA PENTRU ÎNGRIJIREA VÂRSTNICULUI, Cluj Napoca • FUNDAȚIA CREȘTINĂ DIAKONIA - Cluj Napoca , Cluj Napoca • ASOCIAȚIA DE AJUTOR FAMILIAL ASISTMED, Cluj Napoca • ASOCIAȚIA SOCIETATEA FEMEILOR ORTODOXE DIN ARHIEPISCOPIA VADULUI, FELEACULUI SI CLUJULUI, Cluj Napoca • Asociația de ÎNGRIJIRE SI AJUTOR LA DOMICILIU LUCAS MED, Cluj Napoca
12.	CONSTANȚA	<ul style="list-style-type: none"> • Fundația Crucea Alb Galbenă România, Filiala Constanța, Constanta • CENTRUL SOCIAL - SERVICII DE ÎNGRIJIRE LA DOMICILIU PENTRU PERSOANE VÂRSTNICE, Constanța
13.	COVASNA	<ul style="list-style-type: none"> • FUNDAȚIA CREȘTINĂ DIAKONIA Filiala Sfântu Gheorghe, Sfântu Gheorghe • Caritas Alba Iulia, CV, Brețcu • Caritas Alba-Iulia, CV, Estelnic • Caritas Alba-Iulia, Mereni • Caritas Alba - Iulia , Sânzieni • Caritas Alba-Iulia, Târgu-Secuiesc • Caritas Alba-Iulia, Lemnia • Caritas Alba-Iulia, Ojdula • Caritas Alba-Iulia, Sfântu-Gheorghe • Caritas Alba-Iulia, Turia

		<ul style="list-style-type: none"> • Caritas Alba-Iulia, Zăbala
14.	DÂMBOVIȚA	<ul style="list-style-type: none"> • Crucea Alb Galbenă România, Filiala Târgoviște , Târgoviște • FUNDAȚIA UMANITARĂ SF MARIA, Pucioasa
15.	DOLJ	<ul style="list-style-type: none"> • Asociația Vasiliada , Craiova • ASOCIAȚIA DIAL-HELP, Craiova • Asociația "Împreună Pro Educație, Sănătate Oameni și Economie Socială (E.S.O.E.S.) – Craiova", Craiova
16.	GALAȚI	<ul style="list-style-type: none"> • FUNDAȚIA DE SPRIJIN A VÂRSTNICILOR GALAȚI - CENTRUL DE ÎNGRIJIRI COMUNITARE, Galați
17.	HARGHITA	<ul style="list-style-type: none"> • Caritas Alba Iulia Îngrijire la Domiciliu, Miercurea Ciuc • Caritas Alba-Iulia, Merești • Caritas Alba-Iulia, Mugeni • Caritas Alba-Iulia, Borsec • Caritas Alba-Iulia , Ciceu • Caritas Alba-Iulia, Dănești • Caritas Alba-Iulia, Carta • Caritas Alba-Iulia , Cozmeni • Caritas Alba-Iulia, Păuleni Ciuc • Caritas Alba-Iulia, Racu • Caritas-Alba Iulia , Sândominic • Caritas Alba - Iulia , Ciucsângeorgiu • Caritas Alba - Iulia , Sântimbru • Caritas Alba - Iulia , Sâncrăieni • Caritas Alba-Iulia , Lelicieni • Caritas Alba - Iulia , Sânmartin • Caritas Alba - Iulia , Gheorgheni • Caritas Alba-Iulia , Odorheiu Secuiesc • Caritas Alba - Iulia , Băile Tușnad
18.	HUNEDOARA	<ul style="list-style-type: none"> • ASOCIAȚIA FILANTROPIA ORTODOXĂ DEVA, Deva • Asociația Samaritenii Orăștieni , Orăștie • ASOCIAȚIA CENTRUL DE ÎNGRIJIRI LA DOMICILIU "DOCTORUL CASEI" DEVA, Deva • Caritas Alba - Iulia , Petroșani • Fundația Crucea Alb-Galbena , Deva
19.	IAȘI	<ul style="list-style-type: none"> • Centrul Diecezan Caritas Iași , Iași • FUNDAȚIA SOLIDARITATE SI SPERANȚA, Iași • Fundația PĂPĂDIA, Iași • Asociația Sfântul Damian, Iași • Fundația Izvor, Iași

		<ul style="list-style-type: none"> Centrul Diecezan Caritas Iași, sat Iugani, com Mircești
20.	ILFOV	<ul style="list-style-type: none"> Motivation Romania - Centru care acorda servicii de îngrijire și asistență la domiciliu pentru persoane vârstnice, Cornetu Fundația Sfânta Irina, Voluntari
21.	MARAMUREȘ	<ul style="list-style-type: none"> Fundația Crucea Alb Galbenă România, Filiala Baia Mare, Baia Mare Asociația Esperando, Baia Mare
22.	MUREȘ	<ul style="list-style-type: none"> Asociația Filantropia Ortodoxa Alba Iulia - Filiala Reghin, Reghin FUNDAȚIA CREȘTINĂ DIAKONIA Filiala Târgu Mureș, Târgu Mureș FUNDAȚIA VERITAS SIGHIȘOARA, Sighișoara FUNDAȚIA OASIS, Târgu Mureș FUNDAȚIA ALPHA TRANSILVANA, Târgu Mureș ASOCIAȚIA FILANTROPIA ORTODOXA ALBA IULIA-FILIALA SIGHISOARA, Sighisoara ASOCIAȚIA "ALTERNATIVA" BRÂNCOVENEȘTI, Brâncovenеști Fundația Kinofelia, Iernut Fundația Medicare, Reghin Caritas Alba - Iulia, Târgu Mureș Caritas Alba-Iulia, Reghin Caritas Alba-Iulia, Sovata Caritas Alba - Iulia, Sângeorgiu de Pădure
23.	NEAMȚ	<ul style="list-style-type: none"> FUNDAȚIA "HAVEN - SPERANȚA TUTUROR" PIATRA NEAMȚ, Piatra Neamț PROTOPOPIATUL ROZNOV-BIROUL DE ASISTENȚA SOCIALĂ, Roznov SOCIETATEA NAȚIONALĂ DE CRUCE ROȘIE - FILIALA NEAMȚ, Piatra Neamț Centrul Diecezan Caritas Iași, Roman
24.	OLT	<ul style="list-style-type: none"> Fundația Crucea Alb Galbenă Slatina, Slatina
25.	PRAHOVA	<ul style="list-style-type: none"> ASOCIAȚIA FEMEILOR PITEȘTENE ANA, Pitești
26.	SĂLAJ	<ul style="list-style-type: none"> PAROHIA ORTODOXĂ-ROMÂNĂ FIZEȘ, Fizes PAROHIA ORTODOXĂ ROMÂNĂ ALEUȘ, Halmășd, sat Aleus Parohia Ortodoxa Moiad, Samarsag FUNDAȚIA CIOBANCA S.O.S., Zalău FUNDAȚIA "RAINBOW", Cehu Silvaniei FUNDAȚIA "ACASĂ", Zalău Biserica Creștină Baptistă Maghiară

		Nușfalău, Nușfalău
27.	SATU MARE	<ul style="list-style-type: none"> Asociația Organizația Caritas a Diecezei Satu Mare, Satu Mare
28.	SIBIU	<ul style="list-style-type: none"> Fundația Crucea Alb-Galbena din Romania Filiala Sibiu, Sibiu SOCIETATEA NAȚIONALĂ DE CRUCE ROȘIE DIN ROMANIA - FILIALA SIBIU, Sibiu ASOCIAȚIA FILANTROPICA OLIVIA , Sibiu ASOCIAȚIA EVANGHELICA DE DIACONIE MEDIAȘ , Mediaș
29.	SUCEAVA	<ul style="list-style-type: none"> Centrul Diecezan Caritas Iași, Suceava FUNDAȚIA CARITABILĂ ORIZONTURI, Câmpulung Moldovenesc
30.	TIMIȘ	<ul style="list-style-type: none"> FEDERAȚIA CARITAS A DIECEZEI TIMIȘOARA, Timișoara Fundația Filantropia Timișoara, Timișoara SERVICIUL DE AJUTOR MALTEZ ÎN ROMÂNIA FILIALA TIMIȘOARA - , Timișoara Fundația "Pentru Voi", Timișoara
31.	VASLUI	<ul style="list-style-type: none"> Asociația pentru Dezvoltarea Resurselor Umane ADERU, Vaslui CENTRUL DIECEZAN CARITAS IAȘI, Huși
32.	VRANCEA	<ul style="list-style-type: none"> FUNDAȚIA CRUCEA ALB GALBENĂ FILIALA VRANCEA, Focșani Asociația Promotorilor Dezvoltării Locale, Focșani

TOTAL = 104 FURNIZORI / 32 JUDEȚE

Chestionarul se va completa de către
colectivul de conducere
al institutiei publice

CHESTIONAR A

În vederea realizării studiului "Îngrijirile la domiciliu pentru vârstnici și rolul acestora în sprijinul persoanelor vârstnice aflate în dificultate", Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice vă adresează rugămintea de a avea amabilitatea să completați următorul chestionar.

Notă: la întrebările cu mai multe variante de răspuns se completează cu „X” căsuța din dreapta variantei de răspuns ce a fost aleasă.

Denumirea instituției /compartimentului

Coordonate de contact (adresă, nr.telefon) _____

1. Instituția dumneavoastră oferă servicii de îngrijire la domiciliu a persoanelor vârstnice?

1	Da	
2	Nu	

2. Ce categorii de servicii oferă instituția dumneavoastră (răspuns multiplu)?

1	Servicii sociale	
2	Servicii socio-medicale	
3	Servicii medicale	

3. Serviciile de îngrijire la domiciliu se realizează cu:

1	Voluntari	
2	Personal angajat	

4. Care este structura de personal a compartimentului care asigură servicii de îngrijire la domiciliu persoanelor vârstnice în cadrul instituției dumneavoastră?

	Structura personalului angajat în instituția de asistență socială	Număr
1	Director	
2	Sef serviciu	
3	Medic	
4	Psiholog	
5	Asistent social	
6	Kinetoterapeut	
7	Asistent medical	
8	Infirmier	
9	Îngrijitor	
10	Personal administrativ	
11	Muncitori	
12	Șoferi	
13	Alt personal _____ _____ _____	
Total angajați		

5. Voluntarii au absolvit cursuri de instruire specifice și de îndrumare?

1	Da	
2	Nu	

6. Personalul angajat este calificat pentru practicarea ocupației de îngrijitor la domiciliu?

1	Da	
2	Nu	

7. Unde a absolvit cursul?

1	În cadrul instituției care l-a angajat ulterior	
2	Alta instituție acreditată	
3	Alta _____	

8. Personalul instituției beneficiază de programe de formare continuă/perfecționare etc?

1	Da	
2	Nu	

9. Serviciile comunitare acordate persoanelor vârstnice la domiciliu sunt asigurate prin :

1	Retea proprie de îngrijitori la domiciliu	
2	Contract cu un furnizor privat de îngrijiri la domiciliu;	
3	Parteneriat cu o organizație neguvernamentală	
4	Alte situații _____	

10. Furnizorul de servicii de îngrijire la domiciliu își desfășoară activitatea în baza unui contract semnat, la nivel local, cu Casa județeană de Asigurări Sociale de Sănătate?

1	Da	
2	Nu	

11. Care este specialitatea medicilor care acordă asistență medicală? (*răspuns multiplu*)

1	Medic generalist	
2	Medic geriatru	
3	Medic de familie	
4	Alte specialități medicale.....	

12. De ce personal considerați că mai are nevoie instituția ?

1	Medic generalist	
2	Medic geriatru	
3	Asistent social	
4	Asistent medical	
5	Kinetoterapeut	
6	Ergoterapeut	
7	Maseur	
8	Îngrijitori la domiciliu	
9	Alte categorii.....	

13. Există modalități de motivare a personalului care lucrează în cadrul compartimentului pentru îngrijirea la domiciliu a persoanelor vârstnice?

14. Care este structura beneficiarilor de îngrijire la domiciliu în primul semestru al anului 2014?

		Număr beneficiari de îngrijire la domiciliu semestrul I 2014							Total
		Vârsta (ani)							
		59 ani și mai puțin	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 și peste	
Sexul	Masculin								
	Feminin								
Total									

15. Care este structura beneficiarilor de îngrijire la domiciliu - în vârstă de 60 ani și peste - după mediul de proveniență, în primul semestru al anului 2014?

	Mediul de proveniență	
	Urban	Rural
Număr beneficiari de îngrijire la domiciliu 60 de ani și peste, sem I 2014		

16. Cine identifica persoanele vârstnice care necesită îngrijire la domiciliu?

1	Medicul de familie	
2	Medicului specialist la externarea din spital	
3	Familia/ rudele	
4	Vecinii	
5	Alte persoane _____	

17. Cine aprobă asistarea unei persoane vârstnice la domiciliu?

1	Primarul	
2	Medicul geriatru	
3	Asistentul social/ managerul de caz	
4	Conducerea unitatii	

18. Cine realizează evaluarea socio-medicală a unei persoane vârstnice care solicită îngrijire socio-medicală la domiciliu?

1	Medicul de familie	
2	Medicul geriatru	
3	Asistentul social	
4	Echipa multidisciplinara	
5	Conducerea unitatii	
6	Comisia de evaluare A Directiei de asistenta sociala la nivel local sau judetean	

19. Care este instrumentul metodologic utilizat pentru evaluarea situației socio-medice a persoanei vârstnice în vederea acordării serviciilor de îngrijire la domiciliu ?

1	Grila națională de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice (H.G.nr.886/2000)	
2	Fisa de evaluare socio-medicală (H.G.nr.886/2000)	
3	Instrumente de evaluare elaborate de echipa de specialiști a instituției	

20. Care este durata medie în care o persoană vârstnică beneficiază de îngrijire la domiciliu?

21. Care este intervalul la care se reevaluează cazul?

1	lunar	
2	trimestrial	
3	semestrial	

22. Cu ce aparatură medicală este dotat compartimentul care asigură îngrijire la domiciliu persoanelor vârstnice?

23. Cum se asigură asistența medicală a beneficiarilor de îngrijire la domiciliu?

1	Prin medicul e familie	
2	Prin cadrele medicale ale unității de îngrijire la domiciliu	

24. Care este intervalul pentru care este asigurată activitatea de îngrijire la domiciliu?

1	Program de lucru normal (8 ore pe zi)	
2	Program de noapte (pentru urgente)	
3	Program 24 /24 ore	

25. Care este costul mediu lunar de întreținere înregistrat de către instituția dumneavoastră pentru un beneficiar în primul semestru al anului 2014?

_____ lei RON

26. Care este cuantumul contribuției lunare stabilită pentru un beneficiar de îngrijire la domiciliu în anii 2013 și 2014?

_____ lei RON în anul 2013

_____ lei RON în anul 2014

27. În cazul în care beneficiarii serviciilor de îngrijire la domiciliu nu plătesc serviciile de care beneficiază, cine suportă aceste cheltuieli?

1	Apartinătorii	
2	Buget local	
3	Buget de stat	
4	Donații și sponsorizări	
5	Alte surse.....	

28. Precizați sursele de finanțare ale instituției de asistență socială? (răspuns multiplu)

1	Buget de stat	
2	Buget local	
3	Donații și sponsorizări	
4	Fonduri externe (programe cu finanțare externă)	
5	Alte surse.....	

29. Care sunt serviciile comunitare care se asigură la domiciliul persoanelor vârstnice de către instituția dumneavoastră? (răspuns multiplu)

a) Servicii sociale

1	Consiliere juridică	
2	Consiliere administrativă	
3	Consiliere psihologică	
4	Prevenirea marginalizării sociale	
5	Readaptarea capacităților fizice și psihice	
6	Hrană	
7	Ajutor pentru menaj	
8	Participare la acțiuni cultural-sportive	
9	Adaptarea locuinței	
10	Altele _____	

b) Servicii socio-medicale

1	Ajutor pentru menținerea sau readaptarea capacităților fizice ori intelectuale	
2	Asigurarea unor programe de ergoterapie	
3	Ajutor pentru realizarea igienei corporale	
4	Ajutor pentru îmbrăcare și dezbrăcare	
5	Ajutor pentru igiena eliminărilor	
6	Adaptarea locuinței la nevoile persoanei vârstnice	
7	Antrenarea în activități economice, sociale și culturale	
8	Altele _____	

c) Servicii medicale

1	Consultații și tratamente medicale la domiciliu	
2	Administrarea de medicamente	
3	Acordarea de materiale sanitare	
4	Asigurarea cu dispozitive medicale	

5	Consultații și îngrijiri stomatologice	
6	Asigurarea unor programe de kinetoterapie	
7	Altele _____	

30. Care sunt principalele boli de care suferă persoanele beneficiare de îngrijire la domiciliu?

Nr. crt.	Boli	Număr
1	Boli cardiovasculare (cardiopatie ischemică, accident vascular cerebral, insuficiență cardiacă, hipertensiune)	
2	Boli ale aparatului respirator	
3	Tumore	
4	Boli digestive	
5	Accidente, traumatisme	
6	Boli ale sistemului osteoarticular	
7	Boli endocrine (diabet, obezitate)	
8	Boli ale aparatului urogenital	
9	Boli psihice	
10	Boli neurologice	
11	Demențele	
12	Alte boli.....	

31. Care este proveniența spațiului alocat de către instituția dumneavoastră unității de îngrijiri la domiciliu pentru desfășurarea activității :

32. Care sunt mijloacele logistice de care dispune instituția :

1	Autoturism	
2	Calculator	
3	Telefon mobil	
4	Telverde	
5	Alte : _____	

33. Cum se realizează evaluarea programelor de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice?

1	Autoevaluare	
2	Evaluator extern	
3	Alte situații _____	

34. Care sunt instrumentele metodologice și procedurile utilizate în scopul evaluării programului de îngrijire la domiciliu?

35. Precizați principalele greutăți cu care vă confrunțați în activitatea îngrijire la domiciliu a persoanelor vârstnice:

36. Ce propuneri aveți pentru îmbunătățirea activității de îngrijire la domiciliu și formarea unei rețele naționale de îngrijitori la domiciliu?

Vă mulțumim pentru colaborare!

Chestionarul se va completa de către
colectivul de conducere al asociației,
fundației, organizației neguvernamentale

CHESTIONAR B

În vederea realizării studiului "**Îngrijirile la domiciliu pentru vârstnici și rolul acestora în sprijinul persoanelor vârstnice aflate în dificultate**", Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice vă adresează rugămintea de a avea amabilitatea să completați următorul chestionar.

Notă: la întrebările cu mai multe variante de răspuns se completează cu „X” căsuța din dreapta variantei de răspuns ce a fost aleasă.

Denumirea asociației, fundației, organizației neguvernamentale

Coordonate de contact (adresă, nr.telefon) _____

2. Asociația, fundația, organizația neguvernamentală oferă servicii de îngrijire la domiciliul persoanelor vârstnice?

1	Da	
2	Nu	

37. Ce categorii de servicii oferă asociația, fundația, organizația neguvernamentală (răspuns multiplu)?

1	Servicii sociale	
2	Servicii socio-medicale	
3	Servicii medicale	

38. Servicii de îngrijire la domiciliu se realizează cu:

1	Voluntari	
2	Personal angajat	

39. Care este structura personalului asociației, fundației, organizației neguvernamentale care asigură servicii de îngrijire la domiciliu persoanelor vârstnice?

	Structura personalului angajat în instituția de asistență socială	Număr
1	Director	
2	Contabil	
3	Medic	
4	Psiholog	
5	Asistent social	
6	Kinetoterapeut	
7	Asistent medical	
8	Infirmier	
9	Îngrijitor	
10	Personal administrativ	
11	Muncitori	
12	Șoferi	
13	Alt personal _____ _____ _____	
Total angajați		

40. Voluntarii au absolvit cursuri de instruire specifice și de îndrumare?

1	Da	
2	Nu	

41. Personalul angajat este calificat pentru practicarea ocupației de îngrijitor la domiciliu?

1	Da	
2	Nu	

42. Unde au absolvit cursul?

1	În cadrul instituției care l-a angajat ulterior	
2	Alta instituție acreditată	
3	Alta _____	

43. Personalul organizației beneficiaza de programe de formare continua/perfecționare etc?

1	Da	
2	Nu	

44. Furnizorul de servicii de îngrijire la domiciliu își desfășoară activitatea în baza unui contract încheiat pe plan local cu Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului din subordinea Consiliului Județean?

1	Da	
2	Nu	

45. Furnizorul de servicii de îngrijire la domiciliu își desfășoară activitatea în baza unui contract încheiat pe plan local cu Casa Județeană de Asigurări Sociale de Sănătate?

1	Da	
2	Nu	

46. Care este specialitatea medicilor care acordă asistență medicală? (răspuns multiplu)

1	Medic generalist	
2	Medic geriatru	
3	Medic de familie	
4	Alte specialități medicale.....	

47. De ce personal considerați că mai are nevoie asociația, fundația, ONG-ul?

1	Medic generalist	
2	Medic geriatru	
3	Asistent social	
4	Asistent medical	
5	Kinetoterapeut	
6	ergoterapeut	
7	maseur	
8	Ingrijitori la domiciliu	
9	Alte categorii.....	

48. Care este structura beneficiarilor de îngrijire la domiciliu, în funcție de sex și vârstă, în primul semestru al anului 2014?

		Număr beneficiari de îngrijire la domiciliu							Total
		Vârsta (ani)							
		59 ani și mai puțin	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 și peste	
Sexul	Masculin								
	Feminin								
Total									

49. Care este structura beneficiarilor de îngrijire la domiciliu în vârstă de 60 ani și peste, în primul semestru al anului 2014, după mediul de proveniență?

	Mediul de proveniență	
	Urban	Rural
Număr beneficiari de îngrijire la domiciliu		

50. Cine identifică persoanele vârstnice care necesită îngrijire la domiciliu (răspuns multiplu)?

1	Medicul de familie	
2	Medicului specialist la externarea din spital	
3	Familia/ rudele	
4	Vecinii	
5	Alte persoane _____	

51. Cine aprobă asistarea unei persoane vârstnice la domiciliu?

1	Echipa multidisciplinara	
2	Medicul geriatru	
3	Asistentul social/ managerul de caz	
5	Conducerea ong	

52. Cine realizează evaluarea socio-medicală a unei persoane vârstnice care solicită îngrijire socio-medicală la domiciliu?

1	Medicul de familie	
2	Medicul geriatru (ong)	
3	Asistentul social (ong)	
4	Echipa multidisciplinara (ong)	
5	Conducerea ong	
6	Comisia de evaluare A Directiei de asistenta sociala la nivel local sau judetean	

53. Care este instrumentul metodologic utilizat pentru evaluarea situației socio-medice a persoanei vârstnice în vederea acordării serviciilor de îngrijire la domiciliu?

1	Grila națională de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice (H.G.nr.886/2000)	
2	Fișa de evaluare socio-medicală (H.G.nr.886/2000)	
3	Instrumente de evaluare elaborate de echipa proprie a organizației	

54. Care este perioada medie de timp în care o persoană vârstnică beneficiază de îngrijire la domiciliu?

55. Care este intervalul la care se reevaluează cazul?

1	lunar	
2	trimestrial	
3	semestrial	

56. Cu ce aparatură medicală este dotată asociația, fundația, ONG-ul care asigură îngrijire la domiciliu persoanelor vârstnice?

57. Cum se asigură asistența medicală a beneficiarilor de îngrijire la domiciliu?

58. Care este intervalul pentru care este asigurată activitatea de îngrijire la domiciliu?

1	Program de lucru normal (8 ore pe zi)	
2	Program de noapte (pentru urgențe)	
3	Program 24 /24 ore	

59. Care este costul mediu lunar de întreținere înregistrat de către asociația, fundația, ONG pentru un beneficiar în semestrul I al anului 2014?

_____ lei RON

60. Care este cuantumul contribuției lunare stabilită pentru un beneficiar de îngrijire la domiciliu în anii 2013 și 2014?

_____ lei RON în anul 2013

_____ lei RON în sem I anul 2014

61. În cazul în care beneficiarii serviciilor de îngrijire la domiciliu nu plătesc serviciile de care beneficiază, cine suportă aceste cheltuieli?

1	Apartinătorii	
2	Buget local	
3	Donații și sponsorizări	
4	O.n.g.	
5	Alte surse.....	

62. Precizați sursele de finanțate ale asociației, fundației sau organizației neguvernamentale? (*răspuns multiplu*)

1	Buget de stat	
2	Buget local	
3	Donații și sponsorizări	
4	Fonduri externe (programe cu finanțare externă)	
5	Alte surse.....	

63. Care este proveniența spațiului în care asociația, fundația, organizația neguvernamentală își desfășoară activitatea?

1	Repartizat de către consiliul local sau altă instituție publică locală	
2	Proprietatea organizației	
3	Spațiu închiriat	

64. Care sunt mijloacele logistice de care dispune asociația, fundația, organizația neguvernamentală?

1	Computer	
2	Imprimantă	
3	Autoturism	
4	Telefon mobil/fix	
5	Telverde	
6	Altele _____	

65. Care sunt serviciile comunitare ce se asigură asistaților de către asociația, fundația, ONG-ul care asigură îngrijirea la domiciliu? (*răspuns multiplu*)

d) Servicii sociale

1	Consiliere juridică	
2	Consiliere administrativă	
3	Consiliere psihologică	
4	Prevenirea marginalizării sociale	
5	Readaptarea capacităților fizice și psihice	
6	Hrană	
7	Ajutor pentru menaj	
8	Participare la acțiuni cultural-sportive	
9	Adaptarea locuinței	
10	Altele _____	

e) Servicii socio-medicale

1	Ajutor pentru menținerea sau readaptarea capacităților fizice ori intelectuale	
2	Asigurarea unor programe de ergoterapie	
3	Ajutor pentru realizarea igienei corporale	
4	Ajutor pentru îmbrăcare și dezbrăcare	
5	Ajutor pentru igiena eliminărilor	
6	Adaptarea locuinței la nevoile persoanei vârstnice	
7	Antrenarea în activități economice, sociale și culturale	
8	Altele _____	

f) Servicii medicale

1	Consultații și tratamente medicale la domiciliu	
2	Administrarea de medicamente	
3	Acordarea de materiale sanitare	
4	Asigurarea cu dispozitive medicale	
5	Consultații și îngrijiri stomatologice	
6	Asigurarea unor programe de kinetoterapie	
7	Altele _____	

66. Care sunt principalele boli de care suferă persoanele beneficiare de îngrijire la domiciliu?

Nr. crt.	Boli	Număr
1	Boli cardiovasculare (cardiopatie ischemică, accident vascular cerebral, insuficiență cardiacă, hipertensiune)	
2	Boli ale aparatului respirator	
3	Tumore	
4	Boli digestive	
5	Accidente, traumatisme	
6	Boli ale sistemului osteoarticular	
7	Boli endocrine (diabet, obezitate)	
8	Boli ale aparatului urogenital	
9	Boli psihice	
10	Boli neurologice	
11	Demențele	
12	Alte boli.....	

67. Ce acreditări au fost necesare pentru funcționarea unității de îngrijire la domiciliu?

68. Care este metoda utilizată pentru evaluarea programelor de îngrijire la domiciliu?

1	Autoevaluarea furnizorului	
2	Evaluator extern	
3	Alte situații _____	

69. Care sunt instrumentele metodologice și procedurile utilizate pentru în scopul evaluării programului de îngrijire la domiciliu?

70. Precizați principalele greutăți cu care vă confrunțați în activitatea îngrijire la domiciliu a persoanelor vârstnice:

71. Ce propuneri aveți pentru îmbunătățirea activității de îngrijire la domiciliu și formarea unei rețele naționale de îngrijitori la domiciliu?

Vă mulțumim pentru colaborare!

Chestionarul se completează de către
**persoanele vârstnice beneficiare de
îngrijire la domiciliu**

CHESTIONAR C

În vederea realizării studiului "Îngrijirile la domiciliu pentru vârstnici și rolul acestora în sprijinul persoanelor vârstnice aflate în dificultate", Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice vă adresează rugămintea, să aveți amabilitatea, să completați următorul chestionar.

Notă: la întrebările cu mai multe variante de răspuns se completează cu „X” căsuța din dreapta variantei de răspuns ce a fost aleasă.

1. Sexul

Masculin	1	Feminin	2
----------	---	---------	---

2. Vârsta _____ ani

3. Starea civilă

1	Necăsătorit	
2	Căsătorit	
3	Concubinaj	
4	Divorțat	
5	Văduv	

4. Care este ultima școală pe care ați absolvit-o?

1	Nici o clasă	
2	Mai puțin de 7 clase	
3	7 – 8 clase	
4	10 clase	
5	Școală profesională	
6	Liceul	
7	Școală postliceală	
8	Învățământ superior	

5. Venitul dumneavoastră lunar provine din (precizați suma) :

		SUMA (RON)
1	Pensie asigurari sociale de stat	
2	Pensie de agricultor	
3	Indemnizație veterani și văduve de război	
4	Ajutor social	
5	Alte surse	

6. Aveți calitatea de asigurat la una dintre casele de asigurări sociale de sănătate?

7. Locuiți:

1	Singur	
2	Cu soțul/soția	
3	Copiii	
4	Alte persoane.....	

8. Din ce motiv ați optat pentru îngrijirea la domiciliu?

9. Care a fost perioada de timp între înregistrarea cererii pentru acordarea asistenței socio-medice și până la acordarea efectivă de îngrijire la domiciliu?

10. Furnizorul de servicii de îngrijire la domiciliu la care ați apelat aparține:

1	Sectorului public - primarie, consiliu local (DGASPC)	
2	Sectorului neguvernamental - fundații, asociații	

11. Ați semnat un contract cu furnizorul de servicii socio-medice la domiciliu prin care să fiți informat cu privire la drepturile și obligațiile pe care le aveți ca beneficiar de servicii?

12. Enumerați serviciile de care beneficiați?

13. De ce servicii doriți să mai beneficiați în afara celor enumerate mai sus?

14. Cum apreciați îngrijirea la domiciliu oferită de către instituția de asistență socială / fundație/ organizație?

Foarte bună	Bună	Satisfăcătoare	Proastă	Foarte proastă
1	2	3	4	5

15. Cum apreciați calitatea serviciilor medicale de care beneficiați?

Foarte bună	Bună	Satisfacatoare	Proastă	Foarte proastă
1	2	3	4	5

16. Cum apreciați calitatea serviciilor sociale de care beneficiați?

Foarte bună	Bună	Satisfacatoare	Proastă	Foarte proastă
1	2	3	4	5

17. Cum apreciați relația cu personalul care asigură îngrijirea ?

Foarte bună	Bună	Satisfacatoare	Proastă	Foarte proastă
1	2	3	4	5

18. Ce propuneri aveți pentru îmbunătățirea serviciilor oferite de furnizorul de îngrijire la domiciliu?

Vă mulțumim pentru colaborare!