

**CONSILIUL NAȚIONAL AL PERSOANELOR
VÂRSTNICE**

***Inovația în serviciile
de asistență socială și sănătate
acordate persoanelor vârstnice***

2009

Cuprins

1. Aspecte generale	3
2. Conferința “Inovația socială, factor al dezvoltării social economice”	7
3. Asimilarea selectivă a inovației sociale pentru măsurarea sărăciei și a incluziunii sociale	14
Dimensiuni inovative ale strategiei CASPIS	
Istoricul măsurării incluziunii sociale	
Inovația ca schimbare a stilului de lucru a structurilor administrative	
4. Inovația socială în asistența socială	25
Inovația radicală	
Inovația incrementală	
Inovația sistematică	
5. Inovația socială în serviciile de sănătate	34
Inovarea modului de a privi sănătatea	
Inovarea în modul de îngrijire a sănătății individuale	
Inovarea în organizarea și funcționare sistemului de sănătate	
6. Concluzii și propuneri.....	45
◆ Bibliografie	49

CAPITOLUL I

Aspecte generale

Inovația socială reprezintă o direcție de dată recentă pentru cercetarea românească și cea europeană. În acest context, abordarea teoretică a inovației sociale poate fi considerată, prin prisma caracterului de noutate, cercetare fundamentală, cu scop în dezvoltarea cunoașterii, prin afirmarea unui nou domeniu de cercetare.

Atunci când ne referim la inovație, primul domeniu la care ne gândim este cel tehnic. De-a lungul timpului, conceptul de inovație aproape că s-a banalizat prin frecvența utilizării, fiind folosit ca sinonim cu inovația tehnologică. În ultimele decenii, termenul de inovație a început să fie utilizat și în cadrul domeniului social. Plecând de la premisa că inovația prezintă sensuri comune, indiferent de domeniu, este necesară analiza conotațiilor specifice domeniului social.

Așadar, **conceptul de inovație socială păstrează ideea generală de îmbunătățire a situației actuale** printr-o alocare structural nouă a resurselor disponibile. Dacă în alte domenii, produsele obținute prin inovație sunt mai ușor cuantificabile, în cazul inovației sociale, rezultatele sunt difuze, acestea contribuind în general la îmbunătățirea scopului politicii sociale prin creșterea calității vieții sau prin rezolvarea unei probleme sociale. Inovația în politica socială implică acțiuni și măsuri care să asigure îmbunătățirea acesteia.

Implementarea Strategiei de la Lisabona, conținând dezideratul Uniunii Europene de a deveni cea mai competitivă economie, a adus în prim plan problematica inovației. În vederea stimulării inovației au fost create pârgii instituționale și au fost puse la dispoziție o serie de instrumente financiare.

Conform indicatorilor specifici folosiți pentru evaluarea performanțelor inovației, la nivelul anului 2007, România prezenta cea mai mică valoare a performanțelor inovative, comparativ cu statele membre. Din acest motiv, se impune identificarea modalităților de reducere a acestui decalaj important.

România a adoptat o serie de documente strategice. Pentru reușita implementării lor, se justifică consolidarea unui climat favorabil inovării, în special prin

îmbunătățirea dialogului dintre mediul academic și cel de afaceri, promovarea inovării și aplicarea rezultatelor inovării. Creșterea evidențierii institutelor de cercetare, printr-o mai bună diseminare a rezultatelor obținute în cercetare, conduce la o implicare mai activă în domeniile de competență ale acestora. Atât descoperirile cât și invențiile și inovațiile includ elemente de noutate. În cazul descoperirilor și al invențiilor, noutatea este la nivelul produselor finale. În cazul inovației, elementul de noutate este reprezentat la nivel procesual, de modul în care sunt combinate resursele, ideile sau conceptele, în vederea îmbunătățirii produsului inițial sau a situației inițiale.

Inovația socială este strâns legată de dezvoltarea socială și presupune punerea în practică a unor noi modele, relații, idei, soluții și proceduri care să răspundă oportun nevoilor sociale. Elementul de noutate constă în modul de alocare a resurselor existente pentru producerea schimbării. Inovația socială este favorizată de un context deschis noului, transferului de cunoștințe, comunicării și consultării permanente a actorilor interesați, în procesul de îmbunătățire a măsurilor sociale. Inovația socială contribuie la atingerea obiectivelor sociale stabilite la nivel național și local.

În fiecare an, Uniunea Europeană alege o temă majoră pentru o campanie menită a atrage atenția populației, și nu numai asupra unor probleme de interes național.

Dacă anul 2008 a fost declarat de către Comisia Europeană, Anul European al Dialogului Intercultural, **anul 2009** este declarat **Anul European al Creativității și Inovării** conform Deciziei nr. 1350/2008/CE a Parlamentului European și a Consiliului Europei din 16 decembrie 2008 .

Obiectivul general al Anului European al Creativității și Inovării este acela de a promova creativitatea ca motor al inovației și factor cheie în dezvoltarea competențelor personale, ocupaționale, antreprenoriale și sociale prin învățarea pe tot parcursul vieții.

Printre evenimentele preconizate, se află organizarea de campanii de informare, de dezbateri, întâlniri, conferințe și promovarea unei largi palete de proiecte la nivel regional, național și european. Principala campanie este „Primăvara Europeană”.

„**Primăvara europeană**” este o campanie anuală deschisă tuturor școlilor din Europa și de pe întreg mapamondul. În 2009, „Primăvara europeană” se alătură Anului European al Creativității și Inovației, pentru a încuraja cât mai multe școli să ia contact cu creativitatea și inovația la nivel european.

Concret, „**Primăvara europeană**” și-a propus următoarele **obiective**:

- ◆ să sprijine toate formele de creativitate, printre care cea artistică, în cadrul programelor școlare aferente ciclurilor de învățământ preșcolar, primar, gimnazial și vocațional;
- ◆ să creeze un context care să permită tinerilor să dobândească competențe de exprimare a propriei personalități, necesare de-a lungul vieții;
- ◆ să promoveze diversitatea culturală ca sursă a creativității și inovației;
- ◆ să încurajeze utilizarea TIC¹ ca modalitate de exprimare creativă a propriei personalități;
- ◆ să contribuie la formarea unui spirit antreprenorial mai pregnant;
- ◆ să sensibilizeze opinia publică cu privire la perceperea inovației drept modalitate de promovare a dezvoltării durabile;
- ◆ să aducă în atenția publicului strategiile regionale și locale bazate pe creativitate și inovație.

În funcție de performanțele inovative din ultimii cinci ani au fost stabilite patru categorii de țări: liderii inovației, următorii în inovație, inovatorii moderați și țările care urmează să ajungă din urmă.

Ultimul grup include și țara noastră, alături de Bulgaria, Croația, Grecia, Ungaria, Letonia, Lituania, Malta, Polonia, Portugalia și Slovacia. Conform indexului inovativ, România era evaluată în anul 2007, cu 0,18 față de media de 0,45 la nivelul Uniunii Europene, reprezentând cea mai mică valoare dintre statele membre („PRO INNO Europe paper”, 2008). Performanța inovativă este urmărită pe dimensiunile: motoarele inovației, crearea cunoașterii, inovația și antreprenoriatul, aplicațiile și proprietatea intelectuală.

Analizând fiecare dintre aceste dimensiuni, România înregistra cea mai bună valoare pentru dimensiunea „**aplicații**”, care măsoară performanța în muncă și afaceri. Performanța inovativă a României pe această dimensiune este superioară

¹ Tehnologii informaționale și ale comunicațiilor.

celor înregistrate de Olanda, Spania, Polonia, Bulgaria, Norvegia, Croația, Portugalia, Grecia, Lituania, Cipru și Letonia.

În ceea ce privește dimensiunea “**motoarele inovației**”, care măsoară condițiile structurale cerute pentru potențialul inovator, România are o valoare mai bună decât Portugalia și Malta.

În cazul dimensiunii “**inovație și antreprenoriat**”, care măsoară eforturile firmelor pentru inovare, România noastră este doar înaintea Slovaciei

CAPITOLUL II

Conferința “Inovația socială, factor al dezvoltării social-economice”

În cadrul unui program de cercetare ce viza abordarea teoretică a inovației sociale, o direcție de dată recentă pentru cercetarea românească și cea europeană, a avut loc în anul 2008, în zilele de 26 și 27 septembrie, o conferință internațională care a reunit specialiști din mediul academic, precum și practicieni din sfera publică și privată.

Conferința cu tema “**Inovația socială, factor al dezvoltării social-economice**” a urmărit să reunească specialiști români și străini preocupați de studiul diverselor aspecte ale inovației sociale, precum și să asigure cadrul de dezbateră pluridisciplinară a importanței factorilor inovativi pentru dezvoltarea socio-economică. De altfel, programul „Inovația socială, factor al dezvoltării social-economice” (coordonatori prof. univ. dr. Cătălin Zamfir și CS III Laura Stoica) a venit în continuarea programului de cercetare a dezvoltării sociale, derulat în cadrul Institutului de Cercetare a Calității Vieții în anii precedenți, constituind, astfel, continuarea demersurilor de cercetare privind modalitățile de dezvoltare a societății.

Organizarea conferinței a constituit, așadar, un eveniment pentru prezentarea și dezbateră concluziilor specialiștilor interesați de studiul inovației sociale, în general, și de importanța factorilor inovativi pentru dezvoltarea socială, în particular, dar și pentru marcarea includerii temei inovației sociale pe agenda cercetării românești. În acest sens, conferința a prilejuit anunțarea apariției unei noi reviste științifice, **Inovația Socială**, care își propune să contribuie la dezvoltarea cercetării tematicii inovației sociale, prin oferirea unui mijloc modern și dinamic de publicare on-line. Revista, ce va fi organizată pe mai multe secțiuni (articole științifice, comunicări, semnalare de evenimente, recenzii), se dorește să reprezinte un spațiu deschis de dezbateră și diseminare a rezultatelor cercetării, care, prin formatul dinamic, să participe la creșterea vizibilității în mediul academic și nu numai a abordărilor științifice privind inovația socială.

Conferința „Inovația socială, factor al dezvoltării social-economice” a reprezentat un prim pas în consolidarea unei rețele de specialiști interesați de

producerea schimbării sociale pe baze inovative. Bucurându-se de o prezență semnificativă din partea unor reprezentanți ai lumii academice, ai organizațiilor neguvernamentale interesate, ai sferei private, dar și a unui număr important de cercetători străini, conferința a reprezentat o ocazie deosebit de fructuoasă pentru prezentarea și dezbaterile interdisciplinare a conceptului de inovație socială.

Prin participarea vastă și prin intermediul prezentărilor venite din partea unor specialiști din arii diferite s-a reușit surprinderea specificului inovației sociale atât în sfera dezbaterilor teoretice, cât și a acțiunii practice. În acest sens, prezența la lucrările conferinței a unui număr însemnat de reprezentanți din afara mediului universitar și de cercetare a contribuit substanțial la îmbogățirea conținutului acesteia, prin abordări cu un pronunțat caracter aplicativ.

Lucrările conferinței internaționale „Inovația socială, factor al dezvoltării sociale economice” pot fi caracterizate ca reprezentând un model de tratare interdisciplinară a unei teme de noutate pentru peisajul științific românesc. Acest caracter de interdisciplinaritate a dezbaterilor s-a datorat atât prezenței unor specialiști provenind din arii științifice diferite (sociologie și asistență socială, economie, filosofie, științe politice sau matematică), cât și comunicărilor susținute cu această ocazie, care au atins, adesea, abordări pluridisciplinare. În acest sens, putem considera că lucrările prezentate au reușit să depășească barierele clasice ale științelor, constituindu-se în veritabile punți în vederea sublinierii interdisciplinarității semnificației inovației sociale.

Conferința „Inovația socială, factor al dezvoltării social-economice” s-a bucurat de o participare generoasă din partea unor invitați din străinătate: prof. dr. Enzo Rossi (Tor Vergata University – Italia), prof. dr. Florin Rădulescu (Universitatea Roma 2, Tor Vergata – Italia), prof. dr. Victor Mocanu (Academia de Științe, Republica Moldova), cercetător dr. Antoine Heemeryck (UMR „Development et société” – Franța), prof. dr. Jouni Ponnikas (University of Oulu, Lönnrot Institute – Finlanda) și Andra Aldea-Partanen (University of Oulu, Lönnrot Institute – Finlanda).

Pe plan național, conferința a înregistrat participări din cele mai importante centre universitare și de cercetare: Universitatea din București, Universitatea Babeș-Bolyai, Universitatea din Oradea, Universitatea din Sibiu, Universitatea din Timișoara, Universitatea din Brașov, Universitatea din Bacău, Universitatea Dimitrie Cantemir, precum și Institutul de Cercetare a Calității Vieții și Institutul de Sociologie

(Academia Română). Totdată, o participare semnificativă s-a înregistrat din partea Fundației Kross.

Lucrările conferinței s-au desfășurat pe parcursul a două zile, fiind deschise de prezentările susținute de prof. dr. Cătălin Zamfir, prof. dr. Enzo Rossi și cercetător științific Laura Stoica.

Ziua I : În deschiderea lucrărilor, prof. univ. dr. Cătălin Zamfir a prezentat cadrul general și obiectivele programului de cercetare a inovației sociale. În cea de-a doua parte a intervenției, a fost prezentată comunicarea **Institutul de Cercetare a Calității Vieții – Etapele inovației sociale: calitatea vieții, studiu de caz**, care a ilustrat conjunctura ce a dus la înființarea Institutului de Cercetare a Calității Vieții (ICCV) ca act inovativ în contextul primelor săptămâni după evenimentele din decembrie 1989 și a schimbărilor politice demarate cu această ocazie. Înființarea ICCV în cadrul Institutului Național de Cercetări Economice a reprezentat, chiar prin obiectul de activitate asumat, un demers inovativ. Aceasta în contextul în care se poate afirma că, în peisajul european, prin prisma temei principale abordate și chiar a titulaturii,

Institutul de Cercetare a Calității Vieții reprezintă o instituție unică. În acest sens, comunicarea profesorului Zamfir a ilustrat, pe baza studiului de caz, procesul de creare a instituțiilor publice al căror scop este și acela de a reprezenta factori ai inovației sociale și schimbării proiectate. Construcția instituțională reprezintă, de altfel, una din modalitățile cel mai des întâlnite de producere a inovației în sfera publică. În cazul Institutului de Cercetare a Calității Vieții, ca și în cazul oricărei instituții a cărei funcționalitate este legată de extinderea cunoașterii prin producerea de abordări novatoare, capabile să descrie, să explice sau să fundamenteze schimbarea socială, inovarea constituind obiectivul general.

Cuvântul de deschidere, susținut de cercetătorul științific Laura Stoica – Proiectul „Inovația socială, factor al dezvoltării social-economice de la idee la implementare”, a urmărit să prezinte procesul parcurs în cadrul acestui proiect de la primele idei și schițe până la punerea în practică. Introducerea expusă cu acest prilej a avut un dublu obiectiv: atât de informare a participanților în legătură cu demersurile și acțiunile anterior desfășurate în cadrul institutului în zona inovației sociale (și aici prezentarea relației dintre programul de cercetare a inovației sociale

și cel privind dezvoltarea socială a constituit un punct principal), cât și de prezentare a modului de desfășurare efectivă a lucrărilor conferinței.

Comunicarea susținută în continuare de către prof. dr. Enzo Rossi (Migration as a factor of social innovation and development: the Romania – Italy case) a ilustrat caracteristicile și implicațiile migrației, în contextul puternicului flux de mișcare al populației înregistrat între România și Italia în ultimii ani. Prezentarea s-a concentrat pe relația dintre migrație, pe de o parte și inovație și dezvoltare pe de altă parte, evidențiind relația de asociere dintre acestea.

Prezentarea profesorului Rossi a evidențiat impactul avut de migrația internațională asupra societății din Italia, cu accent pe cazul celor peste un milion de cetățeni români, care se estimează că trăiesc și muncesc în Italia. Migrația pentru muncă dintre România și Italia, ca proces social, a avut implicații majore atât la origine, cât și la destinație, prin schimbările provocate în sfera economică și socială. Este bine cunoscut, în acest sens, rolul jucat de forța de muncă ieftină a imigranților în creșterea economică înregistrată de Italia, dar și impactul pozitiv al migrației asupra României – pe baza remitențelor trimise în țară de emigranți și a scăderii presiunii asupra pieței locale a forței de muncă.

În contextul liberei circulații a forței de muncă în spațiul comunitar, migrația este un fenomen curent, adesea însoțit și de procese precum aculturație și adaptare socială. În contextul acestor două procese, dezvoltarea socială și inovația socială sunt, astfel, puternic determinate de instaurarea fluxurilor migratorii. Numărul mare de emigranți români stabiliți în Italia, cu predilecție în zona central-nordică a țării, a condus la constituirea unor reale comunități, care constituie, în același timp, cauze și agenți ai inovării. Datele statistice prezentate în acest sens au evidențiat importanța avută de imigranți asupra economiei italiene, care a reușit să cunoască o perioadă de prosperitate însemnată și datorită costului redus al forței de muncă provenind din imigrație.

După prezentările din deschidere, lucrările conferinței au continuat cu susținerea a peste 40 de comunicări din cele mai vaste domenii ale inovației sociale. Trecerea în revistă a acestora, fie și succint, poate dovedi extrem de sugestiv ilustrarea programului conferinței.

Cecetătorul francez Antoine Heemeryck (UMR „Development et société”) a prezentat o comunicare cu titlul „ONG, pratiques et ideologies. Une

problematisation generale et comparative”, în care a analizat rolul organizațiilor neguvernamentale în societățile moderne, accentuând aspecte ce țin de funcționalitatea acestora și de rolul factorilor de propagare ai inovației sociale. În continuare, prof. dr. Florin Rădulescu (Universitatea Roma 2 Tor Vergata) și conf. Gabriel Sebe (Universitatea din București) au susținut o prelegere despre teoria necomutativă a probabilităților și implicațiile sale în sociologie. Comunicarea prezentată de Filip Alexandrescu (ICCV) – „Inovație pentru supraviețuire: modernizarea ecologică a societății industriale” – a avut ca punct de plecare abordările din zona sociologiei și antropologiei ecologice, pe tema transformărilor pe care le traversează mediul și implicațiile acestor procese asupra societăților umane.

Cercetătorul Cristina Tomescu (ICCV) a susținut comunicarea intitulată „Funcționarea prin programe și proiecte ca inovație socială” prin care a fost supusă dezbaterilor dezvoltarea pe bază de program și proiect în sfera serviciilor sociale.

Lector dr. Sergiu Bălțătescu (Universitatea din Oradea) a urmărit în lucrarea „Cine sunt inovatorii? Corelate sociodemografice, valorice și atitudinale ale suportului pentru inovația socială în România” să illustreze, pe date de sondaj, profilul agenților schimbării sociale pe baze inovative. Plecând de la cercetarea „Barometrul de Opinie Publică”, acest demers s-a concentrat pe stabilirea profilului sociodemografic a categoriei din populație ce se declară deschisă la schimbare, pornind de la analiza unor variabile precum vârsta, educația, mediul de rezidență ș.a.

În continuarea lucrărilor, Laura Malița (Universitatea de Vest din Timișoara) a analizat oportunitățile apărute pentru cercetarea sociologică, în urma dezvoltării noilor tehnologii informatice. Comunicarea Web 2.0 pentru sociologie a urmărit să fructifice un teren încă insuficient explorat de cercetarea academică, și anume schimbările produse în societatea ultimului deceniu odată cu dezvoltarea noilor tehnologii, care permit noi forme de comunicare și noi forme de comunități. Dezvoltarea platformei Web 2.0, prin toate aplicațiile sale, produce transformări rapide în viața cotidiană, inovațiile în acest domeniu reverberându-se rapid în viața socială.

Mihnea Preotesi (ICCV) a analizat factorii care sunt răspunzători de inovație socială într-o comunitate rurală (Factori stimulativi/ blocați ai inovării sociale – o analiză în mediul rural românesc – studiu de caz: Bughea de Sus, jud. Argeș).

O comunicare inedită (Orașul medieval transilvan: un exercițiu de genealogie a inovației și modernizării sociale) a susținut profesorul Ștefan Ungurean de la Universitatea din Brașov. Plecând de la analiza sistemului de organizare a Brașovului din perioada medievală, autorul a realizat o deosebit de interesantă ilustrare antropologică a modului de organizare a burgului și a vieții locuitorilor lui, fiind punctate aspecte ce țin de mecanismele de schimbare și inovație adoptate în cetate, în decursul mai multor decade.

Conferința internațională "Inovația socială, factor al dezvoltării social economice" a avut printre participanți pe profesorul Victor Mocanu (Președintele Asociației Sociologilor din Republica Moldova), care a prezentat o analiză exhaustivă asupra uneia dintre cele mai mari probleme care afectează țara de dincolo de Prut. Astfel, în comunicarea „Combaterea corupției – condiție indispensabilă pentru dezvoltarea socială și economică a Republicii Moldova și integrarea ei în Uniunea Europeană”, profesorul Mocanu a identificat și analizat rolul puternic disfuncțional pe care corupția generalizată îl are pentru societatea moldovenească.

În continuare, Mariana Stanciu (ICCV) a analizat dezvoltarea socială prin prisma implicațiilor și mai ales a imperativului acțiunii ecologice (Ampronta ecologică a României – o nouă perspectivă asupra dezvoltării), iar Marian Vasile (ICCV) a susținut o comunicare având ca temă stratificarea culturală în România.

Codrin Scutaru (Universitatea din București) a oferit o analiză asupra capacității instituțiilor publice din România pentru a-și comunica programele către beneficiari.

În cea de-a doua parte a prezentărilor, Iulian Stănescu (ICCV) a oferit o concisă trecere în revistă a politicilor privind inovația socială în Marea Britanie, plecând de la analiza instituțiilor și a programelor cu acțiune în acest domeniu. Conf. dr. Gabriel Sebe (Universitatea din București) a prezentat relația dintre dependența de cale și dezvoltarea socială, iar Dan Mazăre (Fundația Kross) a subliniat relevanța noilor tehnologii informatice asupra inovației sociale (O imagine a inovării sociale, factor al dezvoltării sociale, din perspectiva tehnologiei informației și comunicării: ce e dincolo de Web 2.0).

Prof. dr. Ion Boboc (Universitatea Creștină Dimitrie Cantemir) a pus în discuție poziția inovației în managementul organizațional: Opțiunea pentru strategii inovative

în managementul strategic al organizațiilor publice, non-profit și politice din România.

Un colectiv de cercetători de la Institutul de Sociologie, format din cercetătorii științifici Oscar Hoffman, Ion Glodeanu, Monica Rașeev și Cristina Leovaridis, au analizat existența decalajului inovativ, oferind o perspectivă integrativă asupra relației acestuia cu dezvoltarea (Decalajul inovativ ca decalaj de concepție).

Alte comunicări care au avut în vedere abordări ale socialului pe baza modelelor matematice: conf. dr. Gabriel Sebe (Universitatea din București) – Intelligence analitic și inovare socială; prof. dr Florin Rădulescu (Universitatea Roma 2, Tor Vergata) – Random Matrix Theory and Latent Sociological Concepts; prof. dr. Ștefan Ștefănescu și prof. dr Poliana Ștefănescu – How to apply the singular values decomposition to classify the socioeconomic coefficients.

Ziua II : A doua zi de conferință a debutat cu o prezentare semnificativă susținută de doi invitați din Finlanda.

În comunicarea cu titlul “Social Innovation and Sustainability”, Jouni Ponnikas și Andra Aldea-Partanen (de la University of Oulu, Lönnrot Institute) au dezbătut relația dintre inovație și sustenabilitate, în contextul societății începutului de secol al XXI-lea. Comunicarea „Dimensiunile sociale ale educației – de la diagnostic computerizat la managementul factorilor de risc și de suport” elaborată de Maria Roth, Paul Haragus, Maria Pantea, Imola Antal, Diana Damean și Mihai Iovu a analizat aspecte relevante în ceea ce privește evaluarea sistemului educațional românesc, plecând de la prezentarea unui program public în acest sens.

Daria Catălui (Fundația Kross) a prezentat activitatea de lobby ca inovație socială, iar Daniel Arpinte (ICCV) s-a concentrat pe tema inovației în serviciile sociale, realizând o analiză a rolului acțiunilor inovatoare în cadrul serviciilor de asistență socială.

Lucrările s-au încheiat cu o masă rotundă (moderată de prof. dr. Cătălin Zamfir) pe tema relației dintre inovație socială, dezvoltare socială și dependență de cale, unde au fost dezbătute oportunitățile dezvoltării unui program de cercetare privind inovația socială.

CAPITOLUL III

Asimilarea selectivă a inovației sociale pentru măsurarea sărăciei și a incluziunii sociale

Inovația socială este un concept nou și puțin explorat din punct de vedere teoretic. Definiția cadru a lui Schumpeter, în 1961, stabilește că **inovația** este **un proces care conduce la rezultate noi, pe baza unei combinații de informații și elemente preexistente**. Caracterul social al inovației este dat de orientarea procesului, în direcția satisfacerii unei nevoi sociale (Mulgan: 2007). Pentru a putea distinge inovația socială de orice alt proces de îmbunătățire a situației, considerăm că este necesară accentuarea componentei de schimbare: noua configurație ar trebui să producă un salt calitativ sau o „ruptură” în abordarea și/sau în procedurile care sunt folosite pentru a rezolva o anumită problemă socială.

Fără a intra în dezbateri teoretice mai largi asupra inovației, se încearcă să se stabilească cum funcționează inovația socială la nivel instituțional. Cazul unei instituții guvernamentale este considerat reprezentativ pentru ideea de inovație socială, dar și pentru mecanismele care blochează asimilarea ei în sistem. Comisia Antisărăcie și Promovarea Incluziunii Sociale (CASPIIS)² a fost evaluată de către Banca Mondială în cadrul unui raport de analiză a politicilor sociale din România ca o „insulă de inovație socială” (Banca Mondială: 2002). Raportul încearcă să ofere o imagine a potențialului inovativ al strategiei propuse de CASPIIS, compararea potențialului cu rezultatele obținute și stabilirea unor posibile cauze pentru succesul sau eșecul în asimilarea, difuzarea și asigurarea sustenabilității unei soluții inovative.

² Comisia Anti-Sărăcie și Promovare a Incluziunii Sociale (CASPIIS) a fost înființată în aprilie 2001 prin decizia Primului Ministru. După un an de experiență, organizarea și funcționarea Comisiei a fost definitivată prin Hotărârea de Guvern în iulie 2002 (HG nr. 705/3.06.2002). Un prim rezultat al activității comisiei a fost Planul Național Anti-Sărăcie și Promovare a Incluziunii Sociale (PNAinc), adoptat în iulie 2002 (HG nr. 829/31.06.2002) de către Guvern ca program oficial de guvernare. Pe 20 septembrie 2002, Planul a fost lansat oficial de către Primul Ministru. Rolul CASPIIS a fost de a coordona dezbaterile privind măsurile anti-sărăcie, de a furniza un cadru de acțiune în care alte organisme pot asigura implementarea unor măsuri sau se pot concentra pe propriile programe anti-sărăcie precum și de a sprijini ceilalți membri în îndeplinirea sarcinilor. De asemenea, CASPIIS a monitorizat impactul general al strategiilor anti-sărăcie, profilul și dinamica sărăciei și a elaborat rapoarte speciale privind aspectele specifice ale excluziunii sociale. Comisia a fost desființată în anul 2006.

Existența CASPIS a fost utilă în ilustrarea unor caracteristici ale procesului de inovație socială din mai multe motive și anume:

- ◆ reprezintă o instituție care a încercat să pună în practică, ca în cazul definiției oferite anterior, mai multe idei bune, în același timp, și să valorifice potențialul celor mai importanți actori din domeniul politicilor antisărăcie (organizații internaționale cu strategii diferite și chiar divergențe precum Uniunea Europeană, Banca Mondială și Departamentul Marii Britanii pentru Dezvoltare Internațională, actori interni cu interese și statut diferit, precum mediul academic și mediul administrativ, decidenți și instituții statistice);
- ◆ facilitează comparația între potențialul inovativ ridicat al unei soluții/perspective și rezultatele mult mai modeste, ca urmare a adoptării ei doar parțial, pentru o perioadă delimitată și cu un caracter oarecum formal de către sistem;
- ◆ facilitează comparația între anumite domenii ale inovației sociale propuse, care au fost internalizate mai ușor în sistemul politic și care au produs rezultate vizibile precum și în alte domenii puțin asimilate și cu rezultate mai puțin vizibile.

Sistemele de măsurare dezvoltate de CASPIS sunt un exemplu de instrument asimilat mai ușor în sistemul decizional, care s-a dovedit sustenabil. Alte componente, principial mai importante, precum **Planul național antisărăcie și pentru promovarea incluziunii sociale** (PNAinc) și sistemul instituțional național și județean de combatere a sărăciei au fost implementate doar parțial și nu au supraviețuit guvernărilor succesive, în forma în care au fost proiectate.

Pe de altă parte, metodologiile de calcul dezvoltate în cadrul CASPIS și datele furnizate au devenit agenți de difuziune a schimbării de viziune în domeniul sărăciei și incluziunii sociale. Prin tipul de probleme care au fost urmărite prin indicatori specifici, metodologiile au exercitat o presiune în două direcții principale:

- indicatorii de sărăcie absolută și o serie de indicatori de deprivare incluși în setul indicatorilor de incluziune au exercitat o presiune pentru conștientizarea și abordarea problemelor grave;
- indicatorii de incluziune socială propuși pe toate domeniile politicilor sociale au exercitat o presiune pentru lărgirea sferei de preocupări a decidenților de la problemele curente pentru care sunt alocate deja resurse, la

probleme generale care necesită o strategie coerentă și coroborarea responsabilităților instituțiilor publice.

Suportul factorilor de decizie pentru principiile strategice ale CASPIS a fost inegal, adesea cu un caracter formal și a fluctuant de-a lungul timpului, iar suportul financiar a fost minimal, însă instrumentul creat de CASPIS pentru a orienta implementarea strategiei (sistemul de măsurare a sărăciei și a incluziunii sociale) a fost adoptat și internalizat în sistemele existente.

Nu este vorba, deci, despre un caz de succes în totalitate. Este posibil ca una dintre caracteristicile inovației autentice să fie tocmai dificultatea cu care s-a acceptat inițial în sistemul în care și-a propus să promoveze o schimbare.

3.1. Dimensiuni inovative ale strategiei CASPIS

CASPIS a funcționat până în 2006 ca o instituție guvernamentală cu obiective ambițioase și cu activități susținute în direcția atingerii lor. Promovarea lor, conjugată în cadrul unei strategii unitare, a fost, în acord cu definiția inovației sociale, motivul pentru a considera că demersul de ansamblu al acestei instituții a fost unul inovativ. **Probabil că este necesar să se identifice un sistem specific de referință pentru a putea evalua adecvat gradul în care o anumită soluție/ strategie este inovativă.** În contextul unei politici sociale a cărei principală caracteristică este reactivitatea, fragmentarea, lipsa de coerență, există suficiente argumente pentru a considera CASPIS o instituție cu potențial inovativ ridicat în sistem.

Instituția a fost plasată într-o poziție specială în structura administrativă centrală, fiind prezidată de către primul-ministru. Această poziție oferea un potențial de coordonare strategică mai ridicat, chiar în comparație cu organisme similare de combatere a sărăciei din țările Uniunii Europene, cuprinse, de regulă, în structurile ministerelor de sector din domeniul social (corespondentul Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale din România). În acest sens, CASPIS:

- a promovat, pentru prima dată în România, într-un mod coerent și unitar, un plan de combatere a sărăciei, în cadrul unei strategii complexe de creștere a incluziunii sociale, ca proiect de dezvoltare globală a societății românești.

- a anticipat o tendință de politică socială: înființarea unei structuri specializate de promovare a incluziunii sociale și elaborarea unui plan antisărăcie și pentru promovarea incluziunii sociale, cerințe ale Uniunii Europene pentru statele membre, în timp ce România era, în acel moment, un stat-candidat.

Strategia CASPIS a fost elaborată în funcție de contextul specific României, dintr-o perspectivă de planificare a politicii sociale în funcție de problemele interne, fiind parțial modelată de viziunea organizațiilor internaționale; de exemplu, incluziunea socială a fost promovată ca un obiectiv global de dezvoltare și nu doar ca o problemă specifică de integrare a diferitelor categorii marginale, așa cum a fost abordată în unele țări ale Uniunii Europene.

CASPIS a fructificat experiența academică din România, în cercetarea sărăciei și incluziunii sociale, mobilizând o rețea largă de experți din instituții precum Institutul Național de Statistică, Facultatea de Sociologie și Asistență Socială, Institutul de Cercetare a Calității Vieții și alte instituții de cercetare și măsurare a sărăciei și a problemelor sociale. Se poate considera că a fost creat un context favorabil pentru ca cercetarea să influențeze cursul politicilor sociale și deci a inovării sociale.

În același timp, a fost stimulată desfășurarea unor cercetări speciale, care au răspuns interesului public pentru anumite probleme critice, unele dintre aceste studii fiind, ele însele, inovatoare în contextul cercetării din România. Elaborarea, pentru prima dată, a unei hărți a sărăciei la nivel local sau a unei cercetări asupra sărăciei extreme concentrate în pungi de sărăcie din localitățile urbane, ca fenomen nou apărut în România tranziției postdecembriste, sunt câteva exemple. În aceste cadru, CASPIS:

- a promovat inițiativa locală, sprijinind construcția unui sistem instituțional și elaborarea unor planuri antisărăcie la nivel județean;
- a promovat schimbarea modului de lucru în sistemul administrativ central: a accentuat rolul planificării strategice în procesul de formulare a politicilor sociale, a promovat idei inovatoare, precum implementarea și finanțarea politicilor pe bază de proiecte și programe, a promovat ideea monitorizării permanente și a evaluării politicilor.

- a fost prima instituție guvernamentală care a utilizat metode științifice în monitorizarea activității proprii, a implementării Planului Național Al Incluziunii Sociale, a activității comisiilor județene antisărăcie și a implementării planurilor județene ale acestora.

Cele câteva evaluări de impact ale unor programe de mari dimensiuni, precum venitul minim garantat, sunt, de asemenea, legate de activitatea acestei instituții.

În 2006, CASPIS a fost desființată, iar Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale, a preluat responsabilitatea elaborării politicilor sociale antisărăcie.

Au fost configurate sisteme precum venitul minim garantat, sistemul național de asistență socială și programe specifice, precum sistemul de alocații pentru familiile cu copii și pentru familiile monoparentale. Planului Național al Incluziunii Sociale, nu a beneficiat de un buget specific pentru implementare (însă a fost elaborat după o concepție globală, specificând politici și programe care beneficiau deja, sau urmau să beneficieze de finanțare și coordonare de alte instituții). Planul a influențat, prin preluarea unor obiective, elaborarea altor documente strategice precum Memorandumul Comun de Incluziune Socială sau Raportul asupra Obiectivelor de Dezvoltare a Mileniului.

Strategia antisărăcie are și în prezent, la nivel de concepție, o dimensiune inovativă importantă, în comparație cu stadiul actual al politicilor sociale din România (de exemplu, nu există în continuare o rețea suficientă de locuințe sociale și de necesitate, așa cum prevedea PNAinc în 2002).

Sistemul a eșuat, cel puțin parțial, în asimilarea, difuziunea și asigurarea sustenabilității acestei strategii. Eșecul se poate atribui guvernelor. A fost, probabil, rezultatul unei combinații între mai mulți factori: susținerea la cel mai înalt nivel politic a rămas formală și nu a fost completată prin finanțarea unui plan de implementare; poziția CASPIS în cadrul structurilor guvernului a reprezentat un element inovativ necorcordant cu viziunea nevoii unei structuri de combatere a sărăciei, în cadrul ministerului de profil, în implementarea politicilor sociale.

Una dintre componentele activității CASPIS – componenta de măsurare a sărăciei și a incluziunii sociale – a fost mai ușor asimilată și difuzată larg în sistem.

De altfel, metodele de măsurare a sărăciei, sistemele de indicatori, cultura măsurării problemelor sociale, a monitorizării și evaluării programelor de intervenție a reprezentat principalul rezultat pe termen lung al existenței CASPIS. Deși

potențialul inovativ al CASPIS era mai vast, acoperind strategia, configurația instituțională și modul de lucru, metodele de măsurare reprezintă principalul instrument inovativ care a rămas în sistemul național de asistență socială.

3.2 Istoricul măsurării incluziunii sociale

În România s-a format, în mediul academic, dar și la nivel guvernamental și în mediul organizațiilor internaționale, un nivel de expertiză pentru măsurarea sărăciei și incluziunii sociale și un istoric al utilizării indicatorilor de sărăcie și incluziune socială.

Începând cu anul 2001, datele privind nivelul sărăciei în România oferite publicității au fost calculate pe baza „metodologiei CASPIS”. Ca orice estimare statistică, validitatea acestor date a fost contestată uneori (de către unii reprezentanți ai sindicatelor și ai mass-media), dar a fost, în general, susținută de către decidenți, cercetători și cele mai importante organizații internaționale.

Datele privind sărăcia și incluziunea socială nu au fost utilizate numai în scopul elaborării unui număr important de rapoarte asupra unor probleme sociale, ci și pentru a fundamenta măsurile de planificare a politicilor sociale. Prin hotărâre de guvern, atât metodologia de măsurare a sărăciei, cât și lista de indicatori de incluziune socială au fost asumate oficial. Rolul CASPIS nu a fost însă, în primul rând, unul metodologic, iar analiza sărăciei a fost doar un segment de activitate, destinat să îndrume elaborarea și punerea în practică a politicilor sociale.

Preocuparea pentru elaborarea unui set de indicatori ai incluziunii sociale a apărut, la nivel european, în contextul atenției sporite acordate creării unui proiect comun european de dezvoltare socială, în cadrul „metodei deschise de coordonare” și al accentului crescut pus pe monitorizarea progresului în rezolvarea problemelor de interes general. În urma Summit-ului de la Nisa din 2000, Consiliul European a stabilit ca toate statele membre să elaboreze strategii antisărăcie și de promovare a incluziunii sociale și să elaboreze Planuri naționale de acțiune privind incluziunea socială, în acord cu obiectivele adoptate. Necesitatea monitorizării progreselor anuale ale statelor membre a condus la ideea elaborării, de comun acord, a unui set de indicatori pentru comparații.

Procesul de integrare europeană a creat nevoia de informație statistică suplimentară și de o calitate mai bună. Creșterea numărului de țări-membre ale Uniunii Europene a condus la creșterea gradului de eterogenitate și inegalitate dintre țări.

Raportările pe bază de indicatori în politica socială, la nivel european, au un rol central: indicatorii sunt utilizați în procesul de fixare a standardelor, în diseminarea bunelor practici și pentru a monitoriza rezultatele implementării unor politici sociale diferite ale statelor-membre pentru îndeplinirea obiectivelor comune.

Setul actual de indicatori de incluziune socială este o versiune reformată a vechiului set Laeken (monitorizat în perioada 2002–2005), selectați după principiile și criteriile enunțate de Atkinson (2002) și cuprinde indicatori primari legați de sărăcie și deprivare, ocupare și șomaj, locuire, educație, imigranți, bunăstarea copilului și indicatori secundari care aprofundează dimensiunile surprinse prin cei primari, complementar cu indicatori legați de inegalitate socială, disparități regionale, sănătate etc.

Din punct de vedere strategic, indicatorii de incluziune socială reprezintă instrumentul de monitorizare permanentă a situației sociale și fundamentează elaborarea Planurilor Naționale Antisărăcie și Promovare a Incluziunii Sociale ale țărilor-membre. Setul comun de indicatori Uniunii Europene reprezintă un instrument flexibil, supus reformărilor periodice și este rezultatul unui proces îndelungat de armonizare a obiectivelor de politică socială și a sistemelor statistice naționale.

Perspectiva incluziunii sociale promovată la nivel european a fost introdusă în România de către CASPIS, care și-a asumat și coordonarea activităților de elaborare a sistemelor de indicatori. Pe lângă setul comun, CASPIS a încercat să elaboreze:

- ◆ **un set național de indicatori.** Pentru surprinderea problemelor specifice, UE a recomandat statelor membre să construiască un set de indicatori terțiari (național);
- ◆ **un set județean de indicatori.** Urmărirea unui nivel cât mai ridicat de dezagregare teritorială a datelor constituie un obiectiv important la nivelul Uniunii Europene, înregistrarea disparităților intra-naționale existente reprezentând o prioritate. Elaborarea unei propuneri de sistem județean de indicatori reprezintă o încercare inovativă, chiar în contextul UE.

Sistemul național de indicatori de incluziune socială surprinde dimensiuni suplimentare ale excluziunii/ incluziunii sociale, față de cele prevăzute la nivel european. A fost elaborat în 2004 (Briciu, Grigoraș, 2004), iar printr-un proces de consultare interguvernamentală a fost selectat un set mai restrâns de indicatori și adoptat ulterior, prin hotărâre de guvern, pentru a fi calculat anual. Dimensiunile și subdimensiunile vizate au fost: resurse (sărăcie, transferuri sociale), piața muncii (excluziunea de pe piața muncii, excluziunea persoanelor ocupate), condiții de locuit (calitatea locuinței, utilități, acces la locuință și costul locuirii, dotare, supraaglomerare), educație (participare la educație, capital educațional), sănătate (acces la servicii de sănătate, mortalitate și morbiditate, viață sănătoasă), ordine publică.

Ulterior, un alt proiect derulat în 2008, în care a fost implicat Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale, Institutul Național de Statistică și experți din domeniul academic a extins lista indicatorilor de incluziune socială și a adaptat-o conform cu noua configurație a sistemului de măsurare a incluziunii sociale la nivel european (vechea listă era elaborată pe baza metodologiei setului de indicatori Laeken). Cei 100 de indicatori sunt grupați, de asemenea, pe dimensiuni – economic, ocupare, locuire, educație, sănătate și social.

În 2004 a fost propus un sistem de monitorizare a incluziunii sociale la nivel județean (Apostol et al., 2004) ca instrument pentru realizarea diagnozei sociale a județului și ca suport pentru adoptarea politicilor sociale la problemele comunitare.

Dimensiunile luate în considerare au fost: ocupare, educație, locuire, sănătate, servicii de asistență socială, copii/ tineri în situații de risc, persoane cu handicap.

Selecția indicatorilor a fost determinată, în principal, de capacitatea de măsurare a acestor indicatori la nivel județean.

Problema principală a sistemelor de monitorizare a incluziunii sociale rămâne, însă, lipsa de comparabilitate a datelor între nivelul european, național și județean. Indicatorii culeși la nivel local din surse administrative nu sunt comparabili cu indicatorii calculați pe baza anchetelor implementate de Institutul Național de Statistică. Sistemul național, revizuit în 2008, include o serie de indicatori care trebuie calculați și la nivel județean/ local pentru a da o imagine adecvată a distribuției teritoriale și a efortului public de combatere a unor probleme.

Printre indicatorii care pot fi urmăriți și în plan teritorial figurează: rata netă de cuprindere în învățământ (pe total și pe niveluri de învățământ), rata abandonului școlar (pe total și pe niveluri de învățământ), rata de dependență economică, proporția șomerilor înregistrați în populația stabilă în vârstă de 18–62 ani, ponderea șomerilor de lungă durată în totalul șomerilor înregistrați, speranța de viață sănătoasă, rata mortalității infantile, incidența TBC, incidența hepatitei ș.a.m.d.

Încercarea de a elabora un sistem de incluziune socială la nivel județean, deși eșuată, a fost ulterior preluată de o parte dintre decidenții politici la nivel județean, ca bună practică. De exemplu, Consiliul Județean al județului Argeș a susținut elaborarea unui set de indicatori la nivel regional, județean și de localitate (2008) care să permită o diagnoză socială a județului (inclusă în strategia adoptată pentru acest județ), cu accent pe problematica incluziunii sociale, pe dimensiunile: demografie, economie și standard de viață, ocupare, educație, sănătate, locuire, protecție socială și probleme speciale.

Din punct de vedere metodologic, setul de indicatori de incluziune socială a fost conceput ca un sistem deschis de indicatori, care promovează inovația: sistemul este supus permanent revizuirii și îmbunătățirii; au fost propuși indicatori pentru care nu există încă modalități standard de calcul. Setul de indicatori de incluziune propus la nivel național a anticipat tendințe de evoluție a indicatorilor sociali la nivel european, prin interesul acordat pentru indicatorii nonmonetari și pentru creșterea numărului de dimensiuni măsurate, nu doar cele economice, prin deschiderea mai mare pentru indicatorii din surse administrative și prin preocuparea constantă în vederea îmbunătățirii informației statistice disponibile la nivel teritorial.

3.3 Inovația ca schimbare a stilului de lucru a structurilor administrative

Studiul în acest domeniu trebuie să propună o abordare diferită a măsurării sărăciei și incluziunii sociale în România, ca reprezentând o formă de inovație socială asimilată și care s-a dovedit sustenabilă. Nu este vorba de o inovație metodologică sau de ordin tehnic; metodologia de măsurare a sărăciei, utilizată în România, este o formă adaptată a metodologiei de măsurare propusă de Banca

Mondială pentru țările în curs de dezvoltare, în timp ce sistemul de indicatori de incluziune socială național preia și dezvoltă setul de indicatori Eurostat.

Inovația trebuie identificată ca schimbare a stilului de lucru la nivelul structurilor administrative – Guvern și Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale –, în sensul orientării spre un proces decizional cu un caracter strategic mai accentuat, fundamentat pe date și supus monitorizării și evaluării.

Cauzele posibile ale asimilării selective în sistemul decizional, respectiv preluarea acestui sistem de către MMFPS pot fi cel puțin două. O primă explicație ar fi aparența de neutralitate a datelor, caracterul lor neideologic, utilitatea lor pentru elaborarea de strategii și programe, indiferent de concepția care le fundamentează. O a doua explicație, probabil cea mai importantă, este legată de difuziunea largă a instrumentelor de măsurare în interiorul structurilor administrative prin programe de instruire.

Se poate spune că în prezent în cadrul structurilor administrației publice centrale, sunt prelucrate date primare din anchetele Institutului Național de Statistică; din utilizatori neinformați și dezinteresați, factorii decizionali devin, astfel, producători și promotori ai estimărilor asupra sărăciei și incluziunii sociale. În mod tradițional, „statisticile” disponibile în cadrul sistemului administrativ se referă la datele programelor derulate de instituții, în cazul MMFPS – numărul de beneficiari și sumele alocate pentru diferite transferuri sociale.

Asumarea sistemului de indicatori de incluziune și de sărăcie ca parte a sistemului redirecționează monitorizarea pe date de rezultat/ consecință, făcând posibile analize ale situației sociale și ale rezultatelor obținute ca urmare a derulării programelor.

Indicatorii sărăciei și incluziunii sociale exercită presiune asupra sistemului, în două direcții:

- considerarea problemelor grave (indicatori de sărăcie absolută și o serie de indicatori de deprivare incluși în setul indicatorilor de incluziune);
- lărgirea sferei de preocupări a decidenților, de la problemele curente, pentru care sunt planificate deja resurse, la întreaga arie de responsabilitate a instituțiilor publice (indicatori de incluziune socială propuși pe toate domeniile politicilor sociale).

Suportul diferiților factori de decizie pentru principiile strategice a fost și a rămas inegal, adesea cu un caracter formal și a fluctuat de-a lungul timpului, iar suportul financiar a fost minimal.

CAPITOLUL IV

Inovația socială în asistența socială

Inovația în asistența socială are un rol esențial, prin promovarea acelor schimbări necesare dezvoltării și adaptării serviciilor la nevoile beneficiarilor.

Asistența socială presupune contactul cu o varietate de probleme sociale aflate într-o continuă schimbare. Sistemele naționale de asistență socială sunt periodic reformate, categorii de servicii considerate a fi eficiente în trecut sunt abandonate în favoarea altora noi, adecvate principiilor moderne de protecție.

Cadrul legislativ în domeniul asistenței sociale s-a elaborat începând cu anul 1990, debutând cu legislația în domeniul protecției copilului. Ulterior s-a creionat cadrul general al sistemului național de asistență socială și s-a elaborat legislația pentru diversele categorii sociale defavorizate: copiii, persoane cu handicap, persoane și familii cu venituri reduse, victimele violenței și traficului de persoane etc. Persoanele vârstnice au beneficiat de o lege care să le reglementeze accesul la serviciile de asistență socială și medicale odată cu promulgarea Legii nr.17 din 2000. În același an s-a înființat Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice ca organism consultativ și de dialog social care mediază relația dintre organizațiile de pensionari și autoritățile publice centrale.

Sistemul național de asistență socială a fost descris prin Legea nr. 705/2001 și apoi redefinit conform Legii nr. 47/2006, care stabilește organizarea, funcționarea și finanțarea având la bază principiile europene de acordare a asistenței sociale în vederea promovării procesului de incluziune socială.

În cazul României, inovația este cu atât mai necesară cu cât sectorul serviciilor se află în stadiul de dezvoltare. Efortul reînființării sistemului de asistență socială, care a preluat un model în care problemele erau abordate prin mecanisme birocratic-administrative sau prin instituționalizare, a presupus crearea unor servicii în acord cu respectarea principiilor de bază ale domeniului. Astfel, au fost dezvoltate servicii noi, au fost implementate programe de asistență care au avut ca scop adaptarea demersurilor de integrare a grupurilor dezavantajate la standarde, de cele

mai multe ori, impuse de instituțiile internaționale. Începând cu anul 2001 a fost adoptată o nouă filozofie în furnizarea serviciilor, care presupunea reorganizarea sistemului de asistență socială, asigurându-se descentralizarea și abordarea unitară a problemelor sociale. Tot acest efort nu ar fi fost posibil fără preluarea unor modele de organizare a serviciilor sociale sau fără crearea unor servicii cu caracter inovator.

Câțiva factori au contribuit la menținerea unui nivel ridicat de inovare și de preluare/ adaptare a acesteia:

- **Lipsa serviciilor de asistență socială** de la începutul anilor '90 și existența unor forme de ocrotire neadecvată, în special în domeniul protecției copilului, au încurajat focalizarea atenției asupra acestui sector și dezvoltarea de noi servicii conforme principiilor de bază în asistență socială. Rețeaua de mediatori sanitari, al căror rol a fost unul aparținând sferei asistenței sociale a reprezentat un bun substitut pentru lipsa profesioniștilor din domeniu . Primul proiect-pilot în domeniu a fost realizat în 1997 și a fost preluat și extins de către Ministerul Sănătății în comunitățile mari din aproape toate județele. Ulterior, modelul de intervenție a fost preluat în proiectele în care s-a considerat necesară intervenția unui facilitator comunitar, Fondul Român de Dezvoltare Socială fiind una dintre instituțiile care implementează proiecte prin intermediul și cu suportul acestora.
- **Suportul important al instituțiilor internaționale**, nu doar financiar, ci și **sub formă de expertiză**, a fost acordat în primii ani ai dezvoltării sectorului de servicii de asistență socială. Aceasta a permis replicarea unor modele de succes sau larg folosite în alte state sau regiuni. Zeci de astfel de modele de servicii sau proiecte au fost preluate de către furnizorii de servicii.
- **Finanțarea pe bază de proiecte** a asigurat pentru furnizorii de servicii din domeniul asistenței sociale, în special pentru cei privați, o pondere importantă a bugetelor. Astfel, a fost încurajată competiția în atragerea surselor de finanțare și orientarea fondurilor către servicii inovatoare, adaptate nevoilor comunităților. Riscul eșecului a fost, în ansamblu, mai redus în cazul proiectelor, având în vedere faptul că schimbările în structura proiectului sunt mai ușor de adoptat decât în cazul programelor.
- **Standardele permissive și de bun simț** au condus ambele, la adoptarea, chiar și în condiții de compromis profesional, a unor soluții inovatoare. Acest fapt a fost cu

atât mai important, cu cât precaritatea resurselor ar fi făcut imposibilă înființarea unor servicii la standardele actuale. Prin contrast, adoptarea unor standarde înalte și inflexibile, care se referă doar la furnizorii de servicii existenți, descurajează asimilarea soluțiilor inovatoare, importantă fiind aderarea la regulile și procedurile impuse de lege. În cazul serviciilor existente, impunerea standardelor poate avea ca formă de impact reducerea adoptării soluțiilor inovatoare. De asemenea, există riscul descurajării severe a înființării de noi servicii. Menținerea unor standarde înalte presupune resurse financiare considerabile și un nivel ridicat al expertizei, inaccesibile furnizorilor de servicii care au avut anterior activități timide în domeniul asistenței sociale.

- **Organizarea flexibilă a resurselor, la nivelul sectorului neguvernamental** a făcut ca organizațiile neguvernamentale să mizeze pe o varietate de resurse și, în cele mai multe cazuri, pe negocieri flexibile pentru utilizarea acestora. Lipsa unor reguli rigide, posibilitatea acumulării unor fonduri de rezervă, în paralel cu libertatea de a decide gradul de extindere al activității a încurajat inovația.

În cazul României, serviciile inovatoare au avut două surse majore.

➤ **Transferul de experiență**, în special cu suportul donatorilor majori și al organizațiilor neguvernamentale internaționale care activează în România. Nu toate formele de transfer de modele de servicii sau forme de organizare s-au dovedit a fi utile din perspectiva dezvoltării unui sistem eficient de servicii în România. Prin încercări experimentale sau prin preluarea neadaptată a unor modele specifice unui anumit context, au fost ignorate condițiile specifice ale sistemului de asistență socială. Modele de organizare instituțională sau reglementări legislative au fost preluate în cadrul programelor de asistență tehnică venite din partea instituțiilor europene sau prin programe ale instituțiilor internaționale care au oferit suport în domeniul construcției instituționale, în domeniul asistenței sociale. Parte dintre astfel de inițiative au fost abandonate, având în vedere incompatibilitatea acestora cu caracteristicile sistemului românesc. Concesionarea masivă a serviciilor este un astfel de exemplu. Altele au fost implementate, provocând distorsiuni în funcționarea sistemului sau dovedindu-se total ineficiente.

➤ **Nevoia de a transforma serviciile de asistență existente** într-o scurtă perioadă de timp, obiective sociale majore.

Sub aspectul inovării, putem distinge, în perioada de după 1989, trei etape ale dinamicii acesteia în asistența socială. O primă etapă, din 1989 până în 1997, este una nerepresentativă din, perspectiva cantității inovației sau a schimbărilor majore în sistem. Perioada, una exploratorie, este caracterizată de contactul cu problematica de asistență socială și de conștientizarea nevoii creării unui sistem de servicii. Este, de altfel, o perioadă în care au fost acumulate o serie de resurse, în special prin absorbția în sistemul instituțional a primelor serii de absolvenți de specializări relevante pentru domeniul serviciilor sociale. Au fost restructurate serviciile de asistență socială și s-au inițiat primele schimbări în sistemul de asistență socială pentru persoanele vârstnice și cele cu handicap. Este, de asemenea, perioada de vârf pentru volumul finanțărilor comunitare din perioada preaderării, cărora li s-au adăugat finanțările oferite de Banca Mondială, Programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare sau Departamentului Guvernului Britanic pentru Dezvoltare Internațională.

Dezvoltarea rapidă a sectorului de servicii specializate a stimulat preluarea sau înființarea de servicii inovatoare, care au determinat obținerea unor rezultate concrete în domeniile monitorizate de către instituțiile europene. Au fost închise sau reformate instituțiile de protecție socială și au fost create alternative de îngrijire în familie. Însă, creșterea numărului de servicii nu a fost însoțită și de creșterea standardelor de calitate în domeniu, ceea ce a provocat segmentarea excesivă a tipurilor de servicii furnizate. De asemenea, finanțarea pe bază de proiecte, deși utilă sub aspectul încurajării inovației, a fost centrată pe obținerea de rezultate, importantă fiind obținerea unui raport cost – beneficiu cât mai bun. Continuitatea sau sustenabilitatea a interesat numai în măsura în care a generat forme de impact la nivelul instituției care implementează proiectul și numai în condițiile în care au existat surse certe pentru finanțarea serviciilor dezvoltate. Astfel, dacă în sectorul public serviciile create au fost menținute sau absorbite în programele pe termen lung, în sectorul neguvernamental menținerea acestora nu s-a realizat decât în cazul obținerii unei noi finanțări sau în condițiile realizării unui parteneriat cu o instituție publică, care să asigure certitudinea resurselor pe o perioadă cât mai lungă de timp.

Legea privind sistemul național de asistență socială, intrată în vigoare în 2001 (și modificată ulterior în 2006), a marcat cea de-a treia etapă în dezvoltarea serviciilor sociale, accentul fiind orientat către crearea de servicii sustenabile, în contextul unei abordări unitare. De altfel, la nivelul sectorului neguvernamental,

tendința asigurării sustenabilității a fost mai accentuată, în condițiile în care finanțatorii au acordat o mai mare atenție menținerii serviciilor pe termen lung, decât caracterul inovator al acestora.

Opțiunea majoră a planului de reformă reglementat de legea-cadru a asistenței sociale a fost orientarea către servicii de prevenire, organizate la nivel de comunitate, astfel încât să fie asigurat accesul universal la servicii și să se asigure suport măsurilor de politică socială. Necesitatea unui astfel de plan poate fi ilustrată de situația irațională și costisitoare a dezvoltării unor servicii înalt specializate, adesea fără beneficiari, și orientate către atenuarea efectelor, ignorându-se cauza problemei. Lipsit de o rețea de servicii primare, sistemul național de asistență socială nu-și putea propune mai mult decât abordarea punctuală și parțială a unor cazuri sociale aflate în stare critică.

În acest context, interesul pentru dezvoltarea serviciilor cu caracter inovator sau pilot s-a atenuat, atenția concentrându-se asupra serviciilor primare pentru atingerea obiectivelor sociale. Volumul finanțărilor pe bază de proiecte s-a restrâns din cauza retragerii unor finanțatori importanți din domeniul serviciilor sociale sau al diminuării bugetelor acestora, principala sursă de finanțare fiind bugetele publice locale și cel central. Susținerea proiectelor pe termen lung și includerea acestora în programe sau servicii cu caracter permanent a devenit prioritatea furnizorilor de servicii.

Și la nivelul aranjamentelor instituționale, tendința reducerii fragmentării și a consolidării rolului instituțiilor publice s-a accentuat, astfel încât sistemul a devenit mai puțin sensibil la schimbări radicale.

Volumul inovației în asistența socială este dependent de modul în care sunt organizate serviciile sociale și de relația public – privat în furnizarea acestora.

X
X X

Sistemele puternic descentralizate, în care serviciile sunt furnizate în sistem public –privat sau unde sectorul privat are o importanță mai mare, inovează mai mult decât cele în care statul se implică masiv în finanțarea și furnizarea serviciilor. Astfel, putem distinge trei tipuri ale inovației: radicală, incrementală și transformativă.

4.1 Inovația radicală

Este caracteristică statelor care au introdus schimbări masive în sistemele de protecție socială. România este un exemplu, prin modificările substanțiale din sistemul de protecție a categoriilor defavorizate de populație, introducerea unui nou sistem de servicii și efortul de profesionalizare. Un rol important în dezvoltarea unor noi mijloace de intervenție îl are finanțarea furnizorilor de servicii pe bază de proiecte.

Astfel de sisteme sunt în contrast cu cele care au la bază stabilitatea și implicarea masivă a statului în organizarea serviciilor. În aceste condiții, deși sunt încurajate abordările inovatoare, există riscul menținerii abordării segmentate și al disparităților în dezvoltarea sectorului de servicii sociale. În cazul României, sistemul instituțional este încă puternic fragmentat, inclusiv la nivelul coordonării acordării serviciilor.

Spre exemplu, dacă la nivel județean există o singură direcție de asistență socială, creată prin fuzionarea fostelor direcții pentru protecția copilului și a inspectoratelor județene pentru persoanele cu handicap, la nivel central funcționează încă Autoritatea Națională pentru Protecția Copilului, Agenția Națională pentru Protecția Familiei, Autoritatea Națională pentru Protecția Persoanelor cu Handicap și Departamentul de Asistență Socială și Politici Familiale din cadrul Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale, cărora li s-a adăugat și o altă serie de agenții care au diverse roluri în asistența socială (Agenția Națională Împotriva Traficului de Persoane, Agenția Națională Antidrog etc.).

Și la nivelul furnizării serviciilor, reglementările privind finanțarea încurajează dezvoltarea de servicii performante, înalt specializate și ignoră crearea sistemului primar de asistență socială. Astfel, au fost înființate o serie de servicii cu caracter inovator, însă slab performante, cererea pentru acest tip de protecție fiind foarte redusă.

Încurajarea dezvoltării rapide de modele de intervenție în sistemul de asistență socială din România nu a fost însoțită și de creșterea culturii dezvoltării instituționale (Zamfir, 2007). Astfel, inovația nu poate fi absorbită într-un proces sustenabil de dezvoltare: „un asemenea pattern al schimbării găsește mereu instituția nepregătită, schimbarea ei având un caracter neproiectat și neplanificat. Caracterul spontan al

schimbărilor succesive prin crize este departe de schimbarea optimală” (Zamfir, 2007).

4.2 Inovația incrementală

Această inovație socială este definitorie sistemelor de asistență socială puternic susținute de către stat (ex.: statele nordice din Europa). Principalele caracteristici ale sistemelor de asistență socială care se încadrează în acest model sunt: acoperirea extensivă cu servicii, gradul înalt de profesionalizare și utilizarea standardelor de calitate în organizarea serviciilor. Serviciile au o organizare unitară la nivelul tuturor unităților administrativ-teritoriale și principiile de finanțare sprijină dezvoltarea serviciilor conform standardelor și în zonele sărace.

Prezența sectorului neguvernamental în sistemele de asistență socială din țările scandinave este una complementară, principala responsabilitate în asigurarea accesului echitabil la servicii revenind statului. Chiar și în situația în care măsurile de reformă aduc schimbări semnificative în organizarea serviciilor, rolul statului rămâne definitoriu. Cele mai importante măsuri sunt concentrate mai puțin pe abordarea unor soluții inovatoare și privesc, îndeosebi, creșterea calității serviciilor și reducerea dependenței de servicii, prin creșterea ponderii măsurilor active de suport.

4.3 Inovația sistematică

Este echivalentă cu schimbări majore la nivelul aranjamentelor instituționale, ale modului de finanțare. O astfel de schimbare a avut loc în Marea Britanie. Prin modificările legislative introduse de Community Care Act (1992), dar și de acte normative ulterioare care au încurajat abordarea de tip „management de caz”, în defavoarea modelului terapeutic. Astfel, activitatea asistentului social este limitată la evaluarea nevoilor, coordonarea lucrului direct cu beneficiarii, gestionarea bugetelor sau monitorizarea și evaluarea cazului. Implicarea asistentului social în lucrul direct cu beneficiarii este minimă (Dominelli 1996, Preston-Shoot and Jackson 1996). Și la nivelul sistemului de servicii este sesizată modificarea rolului asistenței sociale. Prioritatea autorităților locale este de a reduce situațiile de risc major și de a proteja cele mai vulnerabile categorii de populație. Astfel, este ignorată funcția principală a

asistenței sociale, reintegrarea celor în dificultate, serviciile devenind o componentă a sistemului de control social (Smale, 2000). De asemenea, Community Care Act a redefinit rolul municipalităților, realizând separația funcțiilor de finanțare de cele de organizare a serviciilor, încurajându-se concesionarea serviciilor către sectorul privat și cel neguvernamental. Consecințele majore ale acestui set de măsuri a fost restrângerea rolului sectorului public și deprofesionalizarea acestuia.

Așadar, principala caracteristică a inovării în serviciile sociale este faptul că se realizează cu preponderență în structuri instituționale flexibile, care se află în situații de competiție și care pot să se specializeze pe un anumit domeniu.

În cazul României, sectorul neguvernamental întrunește aceste caracteristici într-o mai mare măsură decât sectorul public. Cauzele gradului de inovare redus în sectorul public sunt determinate de lipsa competiției, existența unei culturi organizaționale adversive față de schimbare, aderență crescută la proceduri sau reguli care inhibă inovarea, practica unor aranjamente financiare inflexibile sau lipsa unor resurse dedicate inovării.

Inovația este inutilă, dacă aceasta nu este preluată și aplicată la o scară mai mare, astfel încât toți cei care au nevoie de servicii sociale să le poată accesa. În cazul sectorului neguvernamental, flexibilitatea alocării fondurilor, furnizarea de servicii pe baza proiectelor, dimensiunea organizației sau libertatea de a alege domeniul intervenției sunt factori care asigură premisele inovării. În cazul sectorului public, „experimentele” sunt neglijate, în favoarea extinderii unor servicii la scară largă, care să se dovedească, în primul rând, eficiente, pentru care să existe infrastructura (inclusiv resursele umane) necesară implementării și derulării lor.

Aici se mai adaugă și specificul inovării în domeniul serviciilor sociale. Dacă în sfera activității economice producția de inovație este mai mare, aceasta se datorează, în primul rând, modului în care inovația este „recompensată”. Rezultatul imediat (în cazul companiilor, profitul) stimulează inovația și asigură un proces riguros de selecție a produselor inovatoare. În domeniul social, nu atât rezultatele sunt importante, cât impactul pe care-l are o inovație. Nu putem pretinde de la un nou serviciu de asistență socială să asigure, peste noapte, reintegrarea persoanelor fără adăpost sau să identifice soluții definitive pentru protecția vârstnicilor.

Impactul este, în acest caz, cel mai important indicator al reușitei adoptării unei inovații. Sunt cunoscute situații în care servicii inovatoare au rezultate foarte bune,

dar au un impact îndoielnic pe termen mediu sau lung, sau au efecte perverse (spre exemplu, dependența de servicii). De asemenea, lipsa evaluărilor periodice ale pensionarilor, dificultățile în estimarea formelor de impact sau amatorismul în decizie privind implementarea unui program social pot afecta adoptarea de soluții inovatoare.

Cele două sectoare – public și privat - nu se află în relații antagonice. De foarte multe ori, serviciile sunt furnizate în parteneriat, sau există un transfer al inovațiilor reușite, cel mai adesea, de la sectorul neguvernamental către cel public.

X
X X

Sectorul de servicii sociale se află în stadiu de dezvoltare, neavând încă maturitatea sistemelor din țări cu tradiție în acest domeniu. În acest context, **inovația nu este o opțiune, ci o necesitate**, pentru a dezvolta acele servicii care îndeplinesc criteriile de performanță și răspund nevoilor prioritare. Problematic nu este volumul redus de inovație, ci faptul că nu există suficiente resurse pentru a implementa noile servicii sau pentru a le adapta la nevoile beneficiarilor. De asemenea, abordarea segmentată în domeniul serviciilor sociale încurajează dezvoltarea serviciilor specializate și soluțiilor care nu se dovedesc sustenabile pentru extinderea acestora la nivel național.

Un alt factor care poate bloca inovarea se referă la stabilirea unor standarde riguroase în furnizarea serviciilor, în contextul în care sistemul se află în faza de dezvoltare. Cu certitudine, existența și aplicarea unor standarde obligatorii este absolut necesară, însă acestea se adresează serviciilor deja înființate, fără a fi luată în considerare stabilirea unor standarde minime privind activitatea de asistență socială în comunitățile în care nu există servicii.

Volumul inovației nu generează el însuși dezvoltarea și eficientizarea sistemului de asistență socială. Este important modul în care este utilizată inovația și cum este absorbită la nivelul programelor și al serviciilor permanente de asistență socială.

CAPITOLUL V

Inovația socială în serviciile de sănătate

Inovația în sănătate a fost implicată masiv, în deceniile postbelice, în statele dezvoltate, atât în ce privește cercetarea medicală și descoperirea de noi tehnologii și medicamente în domeniul sanitar, cât și în creșterea calității serviciilor medicale, prin inovarea managementului serviciilor și a filozofiei de politică publică sanitară.

S-au făcut progrese remarcabile în secolul al XX-lea, foarte evidente pentru țările dezvoltate, în privința dezvoltării economice și a dezvoltării tehnologiei (inclusiv medicale), a descoperirii de noi medicamente, a eradicării unor boli, înainte mortale, a informării populației cu privire la prevenție/tratament, fapt ce a condus, pe parcursul deceniilor postbelice, la o creștere spectaculoasă a speranței de viață și a calității vieții, cât și la creșterea accesului la servicii medicale, a echității sociale.

Apariția statului bunăstării în perioada postbelică a reprezentat o inovație socială cu implicații profunde în oferirea de servicii sociale cetățenilor europeni, incluzând și serviciile de sănătate publică. Implicarea statului, ca principal furnizor de servicii de sănătate în țările europene a însemnat adoptarea unei noi filozofii asupra bunăstării sociale și a stării de sănătate a cetățeanului. Accesul la serviciile de educație și de sănătate a început să fie considerat un drept fundamental al individului.

Accesul la serviciile de sănătate este statuat, în prezent, la nivel legislativ și garantat în Carta Drepturilor Fundamentale ale Uniunii Europene, articolul 33: „oricine are dreptul la accesul la serviciile medicale preventive și dreptul de a beneficia de tratament medical”.

5.1 Inovarea modului de a privi sănătatea

Conceptul de „sănătate publică” a evoluat, în timp, de la o preocupare, inițială, de control strict al bolilor la o abordare mai largă, care include și prevenția și luarea în considerare a stilului de viață, având la bază o nouă viziune asupra stării de sănătate a populației.

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a definit sănătatea, în urmă cu 50 de ani, ca pe o situație de bunăstare completă: fizică, psihică și socială și nu doar ca absența bolii sau a handicapului. Această definiție a fost un prim pas în schimbarea viziunii asupra sănătății populației. Prin urmare, sănătatea unei persoane nu ar trebui să se rezume numai la o lipsă a bolii, ci la o stare de prosperitate atât fizică, cât și mentală și socială. Dezavantajul unei asemenea definiții este, în primul rând, că se șterge limita clară dintre politicile adresate sănătății și politicile sociale ale statului bunăstării. Pe de altă parte, definiția pune și probleme din punctul de vedere al aplicării practice. Aspectele negative ale sănătății, chiar și în țările bogate, rămân obiectul principal al intervenției serviciilor de sănătate.

Definierea complexă a conceptului de sănătate a fost însușită, totuși, de toate sistemele medicale europene, ca filozofie, și a fost urmată de recunoașterea multiplilor factori care sunt implicați în asigurarea stării de sănătate a populației, și nu doar a serviciilor medicale. Din acest ultim punct de vedere, o examinare critică a influenței serviciilor medicale asupra sănătății a apărut, în cursul anilor '70 ca reacție la incapacitatea medicinei științifice de a elimina epidemia bolilor netransmisibile, cronice, de genul bolilor cardio-vasculare și a cancerului.

Astfel, în 1974, Lalonde a arătat că o serie întreagă de factori influențează starea de sănătate a populației, iar nu numai serviciile de sănătate sunt responsabile de aceasta. Astfel, dezvoltarea economică (standardul de viață al individului) are cea mai mare influență, de peste 50% asupra sănătății acestuia; urmează materialul genetic moștenit, stilul de viață adoptat și factorii de mediu (obiceiuri de alimentație, exercițiu fizic, stres, condiții de muncă, comportament de prevenire și tratare a problemelor de sănătate, consumul de tutun, alcool, droguri etc.), nivelul de educație al individului și, în cele din urmă, serviciile medicale intervin numai cu o pondere de 15–20%. Această viziune asupra sănătății a fost adoptată de țările europene și a stat la baza politicilor ulterioare, astfel încât poate fi considerată o inovare socială. Este necesară o analiză pertinentă, făcută de factorii de decizie, a dimensiunilor sociale pentru a face previziuni de politică socială pe termen lung și pentru a ști unde trebuie acționat pentru a se obține rezultatele dorite în domeniul sanitar.

Pe de altă parte, s-a conștientizat, treptat, impactul sănătății unei comunități asupra sănătății globale, odată cu accelerarea transportului în spațiu. În epoca modernă, sănătatea unei comunități, a devenit mult mai vulnerabilă și dependentă

de sănătatea altor comunități datorită deschiderii granițelor și creșterii posibilităților de transport rapide către oricare colț al lumii. Transportul persoanelor și a mărfurilor, cât și migrarea intensificată reprezintă un risc care poate fi numai parțial controlat de către autoritățile sanitare, în dauna eficienței politicilor naționale adoptate în domeniu. Poluarea în creștere a mediului este, de exemplu, un astfel de tip de problemă cu impact global asupra sănătății și dificil de rezolvat pe termen scurt.

Aceste fapte au fost, treptat, definite ca tipuri de probleme și s-a trecut la, încercarea de rezolvare a lor, prin inovație. Au fost adoptate strategii comune de cooperare regională, între țări, cu sprijinul unor organizații globale, precum Organizația Mondială a Sănătății, sau regionale, precum foruri ale Uniunii Europene, cu obiectivul de a găsi soluții pentru ameliorarea problemelor globale sau comunitare de sănătate și standard de viață. Apariția în perioada postbelică a acestor instituții precum Organizația Mondială a Sănătății, instituții care luptă pentru sănătatea comunităților globale, a fost o inovație socială cu impact larg. Națiunile Unite au stabilit, spre exemplu, pentru perioada 1990–2015 un plan de acțiune pe plan mondial, pentru a îmbunătăți indicatorii globali implicați în dezvoltarea socială.

Principalele cauze ale problemelor legate de starea de sănătate rezidă și în problemele sistemelor sanitare. Se menționează:

- ◆ resursele limitate investite de guverne în asistența medicală și insuficiența resurselor pentru asistența primară;
- ◆ inechitatea în oferta de servicii medicale (insuficiența resurselor dedicate mamelor și copiilor în mediul rural);
- ◆ ineficiența de organizare și financiară în domeniul sanitar (programele specifice pentru diverse boli nu sunt integrate în sistemul general, într-un mod eficient).

În ceea ce privește stoparea răspândirii unor boli, precum TBC-ul care reprezintă o problemă, se recomandă strategia DOTS, ceea ce înseamnă urmarea tratamentului medicamentos sub strictă supraveghere (a medicului sau a unei persoane abilitate).

5.2 Inovarea în modul de îngrijire a sănătății individuale

În condițiile în care speranța de viață a crescut în Uniunea Europeană, a crescut și ponderea populației îmbătrânite – principalul consumator de servicii medicale - în totalul populației, medicamentele și tehnicile medicale moderne sunt din ce în ce mai costisitoare, resursele alocate sănătății devin un efort chiar și pentru țările dezvoltate inovarea în scopul eficientizării sistemului de sănătate fiind o temă de dezbateră la nivel european.

Problema direcției de dezvoltare a serviciilor de sănătate într-un mod profitabil și eficient în sensul unei dezvoltări sociale durabile, este o temă dezbătută la nivelul tuturor sistemelor europene de sănătate. Fiecare sistem sanitar adoptat în Europa se dovedește a avea avantajele și punctele sale slabe, o acoperire 100% a populației cu servicii sanitare la un înalt nivel calitativ nefiind în prezent posibilă.

Resursele necesare sănătății au început să ceară, pe parcursul timpului, un efort considerabil, îngrijirea de calitate a sănătății fiind un consumator important de resurse al comunității. Speranța de viață a crescut în Uniunea Europeană, deci și ponderea populației îmbătrânite (principalul consumator de servicii în totalul populației), de asemenea, medicamentele și tehnicile, intervențiile de ultimă generație sunt costisitoare. Toate aceste presiuni financiare fac ca să se pună problema unor noi surse, asupra unui management cât mai eficient al resurselor existente sau a unor modalități alternative de organizare a serviciilor (un mix între privat și public). Fiecare dintre modelele europene a inovat într-o anumită direcție, pentru a menține sistemul funcțional.

Conștientizarea impactului social al intercorelării politicilor publice a adus o nouă viziune asupra investirii resurselor și a inovat politica în domeniul sanitar.

Dezvoltarea economică aduce o îmbunătățire a sănătății populației și a calității serviciilor de sănătate oferite.

Pe de altă parte, experiențele de succes ale unor țări au demonstrat că și unele tipuri de politică socială, precum o strategie de investiție în educație, în general, și în educație pentru prevenție și comportament sănătos, în particular, conduce pe termen lung la un impact pozitiv asupra sănătății populației. Țări care au făcut investiții crescute în educație, așa numiții tigrii asiatici (Malaezia, Singapore etc.) au demonstrat, deja, prin indicatorii obținuți în decurs de 20 de ani de progrese în

starea de sănătate a populației, influența educației asupra mortalității infantile și materne, asupra îmbunătățirii cunoștințelor legate de igienă și prevenție.

Se poate spune că există un cerc vicios între starea de sănătate a populației și resursele disponibile pentru investirea în sănătate, cerc care poate fi eliminat printr-un efort bugetar accentuat de a investi în sănătate pe termen lung. O societate săracă este mai bolnavă decât una bogată și ar avea nevoie de o investiție în servicii medicale mai accentuată. Pe de altă parte, o societate săracă nu are resurse suficiente de a investi în sănătatea populației ei, iar împărțirea puținelor resurse o face să le centreze pe ceea ce decidenții consideră urgent. În același timp, o societate bolnavă este mai puțin productivă, ceea ce este o frână evidentă în dezvoltarea economică și impune costuri ridicate pentru tratare, costuri suportate tot de beneficiarii de servicii. O societate bolnavă poate costa bugetul mai mult, prin consecințele pe termen lung, decât rezolvarea în prezent a unor probleme de sănătate în punctele-țintă. Țări cu o dezvoltare economică asemănătoare alocă, totuși, sănătății și educației medicale un procent diferit de buget în PIB. O astfel de investiție în sănătatea populației este adesea amânată pentru că ea aduce rezultate evidente pe termen lung și nu pe termen scurt.

Inovația socială în cadrul sistemelor de sănătate s-a concretizat, printre altele, în inovarea managementului serviciilor, în alimentarea cu resurse, în modul de plată al serviciilor, în relaționarea beneficiar – furnizor de servicii – manager al resurselor din sistem. Dezvoltarea sistemelor sanitare a evidențiat două tipuri mari de sisteme de sănătate europene, care au fost puse în practică, în ultimele decenii în țări ale Uniunii Europene și s-au dovedit viabile: sistemul național de sănătate (Beveridge model) și sistemul de asigurări de sănătate (Bismark model).

Sistemul național de sănătate, cunoscut și sub denumirea de Beveridge model, este folosit în Marea Britanie, Italia, Grecia, Finlanda, Spania, Norvegia, Suedia. Principalele caracteristici legate de aspectul financiar al acestui model sunt:

- ◆ populația are acces liber la serviciile de sănătate bazate pe taxele obligatorii din venituri, deci există un grad ridicat de echitate socială;
- ◆ resursele financiare provin din colectarea de taxe pe venituri, iar sistemul este gestionat de către stat;
- ◆ cei care oferă servicii medicale în ambulatoriu sunt angajați ai statului;

- ◆ plățile către prestatorii de servicii sunt făcute prin salarii și în funcție de numărul pacienților;
- ◆ prestatorii de servicii medicale secundare au la dispoziție un buget general în care au obligația să se încadreze.

Sistemul de asigurări de sănătate (Bismark model) este un sistem inspirat de legislația germană. Este folosit în multe țări membre ale Uniunii Europene, cum ar fi Franța, Germania, Austria, Belgia, Olanda și România. Caracteristicile acestui model sunt:

- ◆ resursele financiare sunt, în principal, reprezentate de contribuțiile obligatorii plătite de angajați și angajatori;
- ◆ există resurse care provin din subvenții de la bugetul de stat (local sau național) sau alte tipuri de subvenții;
- ◆ instituțiile care administrează fondurile de asigurări de sănătate sunt nonprofit;
- ◆ gestionarea și folosirea fondurilor de asigurări de sănătate sunt realizate la nivel național și local prin direcții specializate.

Țările europene acordă, pentru serviciile sanitare, prioritate unuia sau altuia dintre obiectivele următoare, în funcție de strategia adoptată, sacrificând alte calități ale sistemului. Astfel, acordă un acces universal și echitabil la un pachet de servicii mai mare, fie libertatea opțiunilor pentru consumatori și furnizori este mai ridicată, fie utilizarea eficientă a resurselor disponibile este primordială. Rămâne la latitudinea fiecărei țări să stabilească ponderea și prioritatea unuia sau altuia dintre aceste obiective, în funcție de factorii economici, ideologici și sociali.

O libertate ridicată de alegere din partea beneficiarilor, dar și a furnizorilor determină costuri crescute și o îngrădire a accesibilității, fiindcă pacienții trebuie să suporte costuri ridicate. SUA au un astfel de sistem care accentuează libertatea opțiunilor. Acest tip de sistem de sănătate face ca, în dauna investițiilor statului în sănătate (cheltuieli de 14% din PIB pentru sănătate), să existe 35 de milioane de cetățeni care nu au asigurare și nu beneficiază de servicii. Un alt tip de model este cel britanic, în care există acces crescut la asistența sanitară, echitate, dar însoțită de o limitare a opțiunilor, a libertății de alegere. Sistemul britanic este dintre sistemele cel mai puțin costisitoare din Uniunea Europeană, dar opțiunile sunt

limitate și există lungi liste de așteptate. Peste un milion de pacienți sunt pe listele de așteptare pentru diferite intervenții.

Un răspuns comun de inovare pentru a reduce presiunea financiară este raționalizarea sistemelor de sănătate. În cazul Marii Britanii, de exemplu, medicii generaliști acționează ca inițiatori față de asistența secundară, trimițând doar anumiți pacienți către asistența secundară, iar în cazul asistenței de specialitate, raționalizarea se face prin intermediul listelor de așteptare. În urma reformelor din sistemele de sănătate, aceste practici au devenit din implicite, explicite, adică se stabilește prin contractul între furnizori și cei ce le plătesc, respectiv numărul pacienților care vor fi tratați și calitatea, volumul serviciilor, astfel că raționalizarea devine legală.

În cazul României, politica de raționalizare este implicită, neexistând o politică care să reglementeze că anumite servicii nu sunt gratuite.

Raționalizarea apare, în cazul sistemului românesc, prin epuizarea plafoanelor financiare foarte rapid, spre exemplu. Pacienții, deși au dreptul prin lege la serviciul sau medicamentul respectiv, de fapt trebuie să îl plătească, pentru că plafonul alocat s-a epuizat. Un alt tip de raționalizare implicită este accesul restrâns al pacienților din rural la un medic sau la medicamente.

5.3 Inovarea în organizarea și funcționarea sistemului de sănătate

România a ales, în reformarea sistemului medical public, trecerea de la modelul Beveridge la cel bazat pe asigurările de sănătate. Modificările ultimilor ani din sistemul medical nu au rezolvat problemele serviciilor oferite, sistemul existent fiind unul hibrid, inovativ din acest punct de vedere, punând însă sub semnul întrebării unele decizii de politică sanitară cu privire la eficiența lor pe termen lung. Reforma sistemului public de sănătate s-a concretizat prin promovarea **Legii nr. 95 din 14 aprilie 2006**, care redefinește principalele aspecte privind domeniul sanitar cu scopul de a realiza un sistem de sănătate modern, eficient și compatibil cu sistemele de sănătate din Uniunea Europeană.

Urmărind funcționarea acestui sistem hibrid, unii specialiști în domeniu consideră că nu era necesară o trecere a României la sistemul de asigurări de

sănătate. Una dintre rațiunile schimbării invocate de către decidenți a fost faptul că structura dinainte de 1989 era asociată cu regimul centralizat. Nemulțumirile și așteptările populației erau însă difuze și ele nu erau legate de un mod sau altul de funcționare, ci de calitatea evident slabă a serviciilor medicale, iar nemulțumirile medicilor erau legate de salariile reduse și condițiile dificile de muncă, în condițiile lipsei de materiale sanitare, dotări și utilități.

Trecerea la noua schemă financiară a creat un nou mamut administrativ, consumator anual de resurse financiare suplimentare importante; ne referim la Casa Națională de Asigurări de Sănătate (incluzând aici și ramurile sale județene) a cărei eficiență administrativă raportată la costuri este discutabilă.

Trecerea la noul sistem s-a realizat fără o analiză foarte clară a implicațiilor diverselor modele europene în contextul românesc și a presupus, mai degrabă, unele preferințe ale guvernanților pentru sistemul de tip german al asigurărilor. De fapt, România nici nu avea pregătiți, în perioada imediat de după 1989, prea mulți specialiști în domeniul managementului sanitar și al politicilor sanitare.

Așteptările inițiale ale populației și profesioniștilor din sistem nu au fost îndeplinite, respectiv creșterea calității serviciilor și creșterea salariilor personalului medical, creșterea resurselor financiare ale sistemului și transparența alocării resurselor.

Cristian Vlădescu susținea, în 2004, că **problemele actuale din sistem țin de faptul că funcționarea și legislația curentă s-au îndepărtat de scopurile și filozofia inițială a legii asigurărilor**, analizele efectuate de autorul menționat indicând o diferență importantă între politica afirmată și realitatea implementată. Legea asigurărilor de sănătate a intrat în vigoare abia în 1999 și a suferit o serie de amendamente ulterioare, astfel că filozofia ei inițială a fost schimbată. Așa cum arată unele studii, noua lege a introdus, încă de la început, doar schimbări parțiale, prin reglementările ei.

Precaritatea resurselor financiare alocate sectorului sanitar, în perioada 1990–2009, a continuat tendința investirii deficitare în sistemul de sănătate al ultimelor decenii din România. Aceasta a generat menținerea dotării unităților sanitare publice cu aparatura medicală modernă și utilități performante la un nivel modest și acordarea unor salarii mici personalului din sistem, comparativ cu statutul acestora.

Această situație a influențat negativ calitatea serviciilor medicale de care a beneficiat populația. Percepția personalului medical asupra condițiilor de muncă pe care le oferă sistemul și asupra statutului său social, cumulată cu insatisfacția față de salarizarea de nivel redus legitimează, în opinia personalului medical, existența unor extra-plăți pentru prestarea actului medical. Aceasta limitează accesul la servicii al populației sărace, care percepe, la rândul ei, drept necesară/încetățenită plata suplimentară.

Sistemul asigurărilor de sănătate este un hibrid inovativ, pentru că, urmare a trecerii la sistemul bazat pe asigurări, el are în continuare un puternic caracter social, motiv pentru care largi părți ale populației sunt incluse în sistemul de asigurări, fără contribuție financiară din partea persoanei sau a altui organism al statului. Astfel, serviciile de sănătate sunt acoperite de către fondul de asigurări de sănătate pentru soția casnică a unei persoane care plătește asigurarea, pentru gravide și pentru alte categorii de beneficiari.

Pe de altă parte, asigurările sociale de sănătate au schimbat sistemul de finanțare, dar au făcut modificări minore în ceea ce privește pachetul de servicii ce sunt oferite asiguraților. Exceptând serviciile medicale de chirurgie estetică și/sau solicitarea unor condiții de spitalizare cu confort crescut, precum și serviciile medicale efectuate la cererea pacientului fără a avea o recomandare medicală în acest sens, **accesul este teoretic permis la orice serviciu medical recomandat.**

Limitarea accesului numai la anumite servicii considerate esențiale și care ar conduce la un control al costurilor a constituit o preocupare a tuturor țărilor ce utilizează sistemul de asigurări sociale de sănătate; până în prezent nici un sistem nu a găsit calea convenabilă să introducă această măsură. Din acest punct de vedere populația nu a resimțit o modificare importantă în acordarea serviciilor medicale.

Casa Națională de Asigurări de Sănătate din România practică o politică populistă: se afirmă gratuități peste tot, dar limitarea financiară a acestor gratuități cade în sarcina furnizorilor de servicii medicale (cabinete medicale, spitale, farmacii ș.a.). Nedefinirea pachetului minim de servicii de sănătate conduce la un efect contradictoriu deoarece pe de altă parte Casa Națională de Asigurări de Sănătate impune limite financiare: prin plafon pentru medic pentru rețetele compensate;

plafon pentru numărul de internări și externări; plafon pentru rețetele compensate; plafon pentru numărul de analize medicale.

Resursele financiare fiind limitate au fost găsite, astfel, alte limitări a numărului de servicii și, implicit, al costurilor: accesul la servicii de specialitate, în general mai costisitoare, este permis numai cu recomandare de la medicul de familie; investigațiile paraclinice și de laborator sunt permise numai în raport cu diagnosticul și pot fi prescrise numai de anumiți medici; prescripțiile de medicamente compensate și gratuite sunt limitate ca număr de medicamente și ca sumă per rețetă.

Teoretic, susținerea financiară poate fi îmbunătățită printr-o serie de măsuri: limitarea accesului la servicii, reducerea calității serviciilor sau creșterea ponderii finanțării private, dar nici una dintre acestea nu este dezirabilă din punct de vedere social. Din perspectiva protecției sociale, cel mai indicat mod de îmbunătățire a susținerii financiare este creșterea eficienței sistemului de sănătate prin scăderea costurilor, menținând la aceleași niveluri cantitatea și calitatea, realizată prin prevenirea supraconsumului (care poate fi legat de supraaprovizionare) de servicii medicale și prin alocarea de resurse suficiente destinate programelor de prevenție și celor de menținere a sănătății, cu scopul reducerii unor potențiale cheltuieli viitoare.

Așadar, se poate afirma că inovația a fost implicată, în deceniile postbelice, în creșterea calității serviciilor medicale, prin inovarea managementului serviciilor și filozofiei de politică publică sanitară. Însăși apariția statului bunăstării a reprezentat o inovație socială cu implicații profunde în oferirea de servicii sociale cetățenilor europeni, incluzând și serviciile de sănătate publică. Cetățeanul are dreptul, prin contribuțiile și taxele pe care le plătește, la anumite servicii, la un anumit standard, iar statul devine garantul acestui contract social.

Conceptul de „sănătate publică” a evoluat, în timp, la o abordare mai largă, care include elemente psihosociale și de standard de viață, de luare în considerare a stilului de viață, având la bază o nouă viziune asupra stării de sănătate a populației.

Aceste noi filosofii de a privi problemele au generat moduri noi de inovare. Au fost adoptate strategii comune de cooperare regională, între țări, cu sprijinul unor organizații globale, precum Organizația Mondială a Sănătății, sau regionale, precum

foruri ale Uniunii Europene, cu obiectivul de a găsi soluții pentru ameliorarea problemelor globale sau comunitare de sănătate și standard de viață.

Apariția în perioada postbelică a acestor instituții, precum Organizația Mondială a Sănătății, instituții care luptă pentru sănătatea comunităților globale a fost o inovație socială cu impact larg. Inovarea a fost implicată inclusiv în definirea tipurilor de sisteme de sănătate, care și-au dovedit, în timp, viabilitatea.

Inovarea sistemului românesc s-a remarcat prin combinarea între vechiul sistem, și elementele noi, care au inițiat sisteme hibride, inovative. Din păcate, sărăcirea populației (grupuri sociale care nu își permit costuri adiționale ale serviciilor primare sau secundare; a ajunge până la prima unitate medicală, a plăti medicamente; a plăti costurile adiționale ale școlarizării copilului, nu își permit rechizite, cărți, haine, cazare în afara localității atunci când este cazul) sau infrastructura primară deficitară în mediul rural (absența școlilor, a dispensarelor, a personalului specializat), dar și neclarități și schimbări legislative repetate au creat forme de limitare a serviciilor de sănătate în România.

CAPITOLUL VI

Concluzii și propuneri

Sistemele de servicii de asistență socială și sănătate sunt unele dintre cele mai mari consumatoare de resurse, în ultimii 30 de ani înregistrându-se o creștere continuă a nivelului cheltuielilor, creștere datorată, în principal: îmbătrânirii populației, descoperirii de medicamente mai eficiente și de tehnologii mai avansate pentru diagnosticare și intervenții, dar și mai costisitoare, creșterea numărului persoanelor vârstnice care beneficiază de asistență socială și medicală.

Politica de asistență socială a persoanelor vârstnice este caracterizată printr-o lipsă de direcție strategică, neexistând un cadru unitar. De asemenea, nu a fost creat un sistem eficient și transparent de monitorizare a sărăciei.

Politica de asistență socială a persoanelor vârstnice are nevoie de un "climat de inovație" mai bun în procesul de transformare a serviciilor de asistență socială și a celor medicale.

Pentru a putea face față îmbătrânirii demografice, sistemul de asistență socială din România trebuie să dispună de inovații atât în sistemul de management cât și în cel de implementare a măsurilor.

Nu se pune problema dacă ar trebui să avem inovații, ci de condițiile necesare a fi create pentru instituirea unui management al inovației eficient. Este destul de clar că acesta trebuie analizat și să se găsească o formă cât mai eficientă de funcționare încât să vină în sprijinul vârstnicilor pentru a le îmbunătăți calitatea vieții.

Scopul asistenței de sănătate publică îl constituie promovarea sănătății, prevenirea îmbolnăvirilor și îmbunătățirea calității vieții. Strategia sistemului sănătății publice urmărește asigurarea sănătății populației în cadrul unor comunități sănătoase. Asistența de sănătate publică este o componentă a sistemului de sănătate publică și este garantată de stat și finanțată de la bugetul de stat, bugetele locale și fondul național unic de asigurări sociale de sănătate .

Legislația românească în domeniul sanitar a cunoscut periodic modificări, atât anual, odată cu aprobarea contractelor-cadru, cât și punctual pentru îmbunătățirea funcționării sistemului de sănătate, iar impactul acestor intervenții nu a fost

întotdeauna în beneficiul consumatorilor de servicii medicale și medicamente, în rândul cărora persoanele vârstnice reprezintă o categorie importantă din cauza polipatologiei prezente la vârsta a treia.

Populația vârstnică reprezintă o categorie semnificativă de beneficiari ai sistemului de sănătate publică vizând o gamă largă de servicii ce decurg din înseși caracteristicile stadiului involutiv pe care îl parcurg. De aceea **este necesară o intervenție specializată** atât în ceea ce privește serviciile curative și paliative pentru afecțiuni diverse, cât și o **orientare spre programe și cercetare în domeniul geriatric pentru prevenirea efectelor îmbătrânirii populației**.

În condițiile în care speranța de viață a crescut în Uniunea Europeană, a crescut și ponderea populației îmbătrânite – principalul consumator de servicii medicale - în totalul populației, medicamentele și tehnicile medicale moderne sunt din ce în ce mai costisitoare, resursele alocate sănătății devin un efort chiar și pentru țările dezvoltate, eficientizarea sistemului de sănătate fiind o temă de dezbateră la nivel european.

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

Coordonarea specialiștilor, impedimentele organizatorice și legislația românească în domeniul sanitar constituie principalele probleme cu care se confruntă sistemul românesc de sănătate public. Ca parte a procesului de inovare a serviciilor de asistență socială și sănătate propunem simplificarea procesului de accedere la servicii de o calitate superioară.

Trebuie menționat că **inovația nu trebuie realizată de dragul inovației**, ci ea trebuie să aibă rezultate concrete și să contribuie realmente la îmbunătățirea calității vieții vârstnicilor, În final se poate afirma că succesul realizării inovațiilor depinde în mare parte de suma deciziilor luate în sistemul național de asistență socială și sănătate.

Pentru a se introduce în mod evident inovația la serviciile de asistență socială și sănătate considerăm imperios necesar să se revadă și să se îmbunătățească unele prevederi din **Legea nr. 47 / 2006 privind sistemul național de asistență socială și Legea nr. 95 / 2006 privind reforma în domeniul sănătății**.

În acest mod, noile reglementări ar trebui să asigure introducerea inovației în ele două domenii principale ale protecției sociale a persoanelor vârstnice. Așa cum arată studiile de specialitate, cât și concluziile desprinse din activitatea Consiliului Național al Persoanelor Vârstnice, măsurile necesare pentru introducerea inovației în domeniul serviciilor medicale și sociale adresate persoanelor vârstnice trebuie să vizeze:

- **Crearea de sisteme de finanțare durabile**, care să ajute persoanele vârstnice să facă față situațiilor în care viața le este în pericol, dar pe care societatea să și le poată permite fără să afecteze generațiile viitoare.
- **Dezvoltarea de servicii diferențiate**, orientate în funcție de nevoile beneficiarilor trebuie garantată și în regiunile care sunt în prezent dezavantajate din acest punct de vedere.
- **Promovarea concurenței** între diferiții prestatori de servicii de îngrijire cu scopul de a spori libertatea de alegere a celor vizați și de a contribui la dezvoltarea în continuare a ofertei de servicii, în conformitate cu standardele de calitate definite.
- **Adoptarea de măsuri de sprijin și de degrevare pentru membrii de familie** care desfășoară activități de îngrijire (de exemplu prin centre în care persoanele vârstnice își pot petrece timpul în cursul zilei create în marile întreprinderi, prin oferte de degrevare sau prin îngrijire mobilă, înființarea de centre respite).
- Punerea în aplicare a unui **concept modern de prevenire în domeniul îngrijirii**. Acest concept ar trebui să cuprindă o gamă largă de măsuri: de la prevenire și evitarea accidentărilor (prevenirea căzăturilor în casă), trecând prin asistența financiară privată, până la crearea de noi rețele sociale în perioada înaintată a vieții, care ar putea oferi servicii de sprijin și la mărirea capacității de a face față problemelor de zi cu zi (de exemplu, administrarea gospodăriei).

- **Mobilizarea sporită a voluntarilor** în serviciile de îngrijire (de exemplu, ajutor de la vecini, vizite la domiciliu sau servicii de acompaniere, asistență la îngrijire, îngrijire în centre specializate), în sensul unui dialog între generații, cu tinerii și copiii.
- **Utilizarea sporită a tehnologiilor și tehnicilor moderne** în procesul de îngrijire și utilizarea tehnologiei informației și comunicării (de exemplu, *smart housing* — proiectarea mai bună și mai eficientă a locuințelor, supravegherea de la distanță, învățarea persoanelor vârstnice să comunice prin intermediul tehnologiei informației și a comunicației).

Populația vârstnică, prin caracteristicile perioadei de regresie pe care o parcurge, necesită o gamă de servicii și prestații care să corespundă nevoilor sale specifice. De aceea, considerăm că **promovarea unei abordări inovatoare în domeniul social și medical trebuie să rezulte dintr-un context de emulație și nu din necesitatea compensării resurselor precare, cu care se confruntă în prezent atât instituțiile publice cât și organizațiile societății civile.** Totodată, sugerăm unele repere și domenii de interes pentru care o viziune inovatoare ar fi în beneficiul vârstnicilor, respectiv învățarea inter-generațională și îmbătrânirea activă, asigurarea îngrijirilor de lungă durată și a serviciilor integrate, care să contureze platforma gerontologică.

Director general

Florin Pașa

Șef birou analize și studii,

Alina Matei

Realizator,

Simona Ghiță

Bibliografie

1. Strategia națională de cercetare, dezvoltare și inovare 2007-2013, Ministerul Educației și cercetării, București, decembrie 2006;
2. Mulgan, G., Albury, D., Innovation in the public sector, UK Prime Minister's Strategy Unit, 2003.
3. Revista : Calitatea vieții , nr. 1-2, 2009;
4. Resurse web :
 - ◆ www.springday2009.net;
 - ◆ www.europarl.ro;
 - ◆ www.mct.ro;
 - ◆ <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>.