

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

– Cuprins –

| | |
|---|-----------|
| ** INTRODUCERE | 3 |
| 1. ÎNGRIJIREA LA DOMICILIU A PERSOANELOR VÂRSTNICE | 6 |
| 1.1. Condițiile de eligibilitate pentru persoanele vârstnice – beneficiari ai serviciilor de îngrijire la domiciliu | 6 |
| 1.2. Accesul la servicii de îngrijire la domiciliu | 7 |
| 1.3. Servicii comunitare pentru persoanele vârstnice | 12 |
| 1.4. Furnizorii de servicii de îngrijire la domiciliu | 15 |
| 1.5. Profesia de îngrijitor la domiciliu | 18 |
| 1.6. Voluntariatul în sprijinul persoanelor vârstnice | 20 |
| 1.7. Standarde de calitate pentru asigurarea îngrijirii la domiciliu | 22 |
| 2. PRINCIPALELE ASPECTE PRIVIND ACORDAREA SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRE LA DOMICILIU PENTRU PERSOANELE VÂRSTNICE | 24 |
| 2.1. Aspecte de ordin metodologic | 25 |
| 2.2. Analiza și interpretarea rezultatelor | 26 |
| 3. CONCLUZII | 46 |
| 4. PROPUNERI | 51 |
| 5. CADRUL LEGISLATIV | 58 |
| 6. Anexe (chestionar A, B,C) | |

INTRODUCERE

Anul 1999 a fost declarat anul internațional al persoanelor de vârstă a treia în încercarea de a sensibiliza comunitatea asupra valorii acestei categorii de populație în lume. Dar aceste preocupări s-au manifestat odată cu accelerarea fenomenului de îmbătrânire a populației la nivel global. Europa este considerată ca fiind cel mai bătrân continent, iar România se înscrie și ea în acest proces. **La 1 iulie 2009, în România, populația peste 60 de ani însuma 4.274.640 persoane, reprezentând 19,9% din totalul populației, respectiv 3.204.225 persoane peste 65 de ani, reprezentând 14,9% din totalul populației.**

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

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

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

În perioada comunistă, singura formă de asistență socială pentru vârstnici era instituționalizarea în centre de tip rezidențial în care bătrânii primeau servicii de cazare,

masă și asistență medicală. Aspectele privind socializarea erau complet ignorate iar condițiile materiale asigurate (cazarmament, hrană) erau sub nivelul unor standarde decente. În prezent condițiile din căminele pentru persoane vârstnice s-au îmbunătățit comparativ cu perioada amintită dar serviciile asigurate sunt insuficiente pentru a rezolva satisfăcător nevoile persoanelor vârstnice.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPITOLUL I

ÎNGRIJIREA LA DOMICILIU A PERSOANELOR VÂRSTNICE

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

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

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

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

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

Nevoile persoanelor vârstnice aflate în situația de pierdere totală sau parțială a autonomiei, care pot fi de natură medicală, sociomedicală sau psihoafectivă, se stabilesc pe baza **grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice**, care prevede criteriile de încadrare în grade de dependență. Grila națională de evaluare a

nevoilor persoanelor vârstnice a fost aprobată prin H.G.nr.886/2000 și poate fi revizuită anual și în mod obligatoriu, o dată la 3 ani.

1.2. ACCESUL LA SERVICII DE ÎNGRIJIRE LA DOMICILIU

1.2.1. Obținerea serviciilor sociale și socio-medicale

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

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

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

Pe baza analizei situației sociale, economice și medicale a persoanei vârstnice, prin ancheta socială, se propune măsura de asistență socială justificată de situația de

fapt constatată. Criteriile de încadrare în grade de dependență se stabilesc prin evaluarea statusului funcțional, senzorial și psihoafectiv al persoanei vârstnice. ***Prin dependență se înțelege situația unei persoane care, ca rezultat al pierderii autonomiei din cauze fizice, psihice sau mentale, necesită ajutor semnificativ și/sau îngrijire pentru a realiza activitățile de bază ale vieții de zi cu zi.***

Tipurile de servicii recomandate pentru a fi acordate la domiciliu se stabilesc pe baza evaluării nevoilor și încadrării în grade de dependență, a situației economice și sociale a persoanei vârstnice. Pentru evaluarea nevoilor persoanelor vârstnice se utilizează *Fișa de evaluare sociomedicală (geriatrică)*. Fișa de evaluare sociomedicală (geriatrică) se constituie ca piesă obligatorie la dosarul persoanei vârstnice care solicită îngrijire la domiciliu.

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

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

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

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

Aprobarea, respingerea, suspendarea sau încetarea dreptului la servicii de asistență socială pentru persoanele vârstnice se face de către:

a) *primar*, pentru serviciile de asistență socială organizate pe plan local, pentru îngrijirea în căminele aflate în administrare și pentru îngrijirea la domiciliu;

b) *directorul general* al direcției de muncă, solidaritate socială și familie, pentru asistență socială acordată de asociațiile și fundațiile române și de unitățile de cult

recunoscute în România, care au primit transferuri din fondurile gestionate de Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale.

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

Dacă perioada în care asistența socială a persoanelor vârstnice este temporară, dar nu mai mare de 6 luni, acordarea serviciilor de asistență socială se suspendă prin decizie motivată a celui care a stabilit dreptul. La încetarea suspendării reluarea acordării serviciilor sau prestațiilor de asistență socială se face pe bază de anchetă socială.

Decizia privind stabilirea, respingerea, încetarea sau suspendarea dreptului la serviciile de asistență socială prevăzute de prezenta lege poate fi contestată potrivit Legii contenciosului administrativ nr. 29/1990.

1.2.2. Obținerea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu

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

Reglementările privind modul de acordare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu sunt prevăzute în **Legea nr. 95/2006** privind reforma în domeniul sănătății, respectiv în prevederile contractului cadru privind acordarea asistenței medicale aprobat anual prin hotâre de guvern și în conținutul normelor metodologice.

Pentru anul 2010 sunt în vigoare prevederile **H.G. nr. 262/2010** pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și ale **Ordinului M.S. și al preș. CNAS nr. 343/417/2010** pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

Criteriile de prioritate, precum și cele pentru soluționarea listelor de prioritate țin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate, de tipul și stadiul afecțiunii pentru care a fost efectuată recomandarea și de nivelul de dependență al bolnavului, se stabilesc de către serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul Consiliului de administrație, se aprobă prin decizie de către presedinte director general și se publică pe pagina web a casei.

Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face de către medicii de specialitate din ambulatoriu și de către medicii de

specialitate din spitale la externarea asiguraților. *Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative se face în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și gradul de dependență al acestuia în condițiile legale. Medicii care recomandă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative nu pot fi reprezentanți legali, angajați, asociați sau administratori ai unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și de îngrijiri paliative.* Medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate și medicii de familie recomandă îngrijiri medicale la domiciliu pentru asigurații cu afecțiuni oncologice sau AVC.

În funcție de gradul de dependență, bolnavul poate fi:

- a) total dependent** - pacientul care nu poate îndeplini trei sau mai multe activități zilnice de bază fără ajutorul altei persoane și are nevoie de îngrijire medicală;
- b) parțial dependent** - pacientul care nu poate îndeplini cel puțin două activități zilnice de bază fără ajutorul altei persoane și din cauza stării de sănătate are nevoie de îngrijire medicală;
- c) independent** - pacientul care îndeplinește activitățile zilnice de bază fără ajutorul altei persoane dar care, datorită afecțiunii cronice acutizate, necesită următoarele servicii de îngrijire medicală la domiciliu: îngrijirea stomelor, îngrijirea canulei traheale, îngrijirea plăgii postoperatorii și tratament parenteral.

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

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

- timpul mediu / episod zilnic de îngrijiri pentru un pacient este de 1 oră;
- un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru personalul care acordă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;
- durata medie a episoadelor de îngrijiri medicale de îngrijiri la domiciliu efectuate cu încadrarea în prevederile alin. (3), nu poate depăși 70% din numărul maxim de zile

pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu în ultimile 11 luni.

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

Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă de către furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu, persoane fizice sau juridice autorizate și evaluate în condițiile legii, pentru acordarea acestor tipuri de îngrijiri, alții decât medicii de familie și spitalele, care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru îngrijiri paliative la domiciliu. Furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu încheie contracte de îngrijiri paliative cu casele de asigurări de sănătate dacă fac dovada funcționării cu personal de specialitate. Prin personal de specialitate se înțelege: medici cu atestat în îngrijiri paliative, asistenți medicali absolvenți ai unui curs de îngrijiri paliative. Pentru asigurarea calității serviciilor de îngrijiri paliative este necesară prezența unui medic cu atestat în îngrijiri paliative și a unui asistent medical și cu un program de lucru care să asigure o normă întreagă pe zi atât pentru medic cât și pentru asistentul medical. Pe lângă personalul de specialitate poate funcționa și alt personal: psihologi, kinetoterapeuți, îngrijitori. Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă pe bază de recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu asiguraților eligibili. Sunt considerați asigurați eligibili pacienții cu afecțiuni oncologice și HIV / SIDA cu speranță limitată de viață și cu grad parțial sau total de dependență. Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire paliativă la domiciliu se obține înmulțind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire cu tariful pe o zi de îngrijire. Tariful pe o zi de îngrijire este 100 lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse și costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire paliativă la domiciliu. Prin o zi de îngrijire paliativă la domiciliu se înțelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu. Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se stabilește de către medicul care a făcut recomandarea, dar nu mai mult de 90 de zile de îngrijiri paliative o singură dată în viață. În situația în care îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile paliative. Planul de îngrijire se stabilește pe baza evaluării inițiale a pacientului și este revizuit în funcție de necesitățile pacientului sau cel puțin o dată la 30 de zile.

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

- timpul mediu / episod zilnic de îngrijiri pentru un pacient este 1 oră;
- un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru servicii de îngrijiri paliative,
- durata medie a episoadelor de îngrijiri paliative efectuate, nu poate depăși 80% din numărul maxim de zile pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu.

În situația în care, un asigurat beneficiază atât de îngrijiri medicale la domiciliu cât și de îngrijiri paliative la domiciliu, numărul total de zile de îngrijire nu poate fi mai mare de 90 de zile în ultimele 11 luni.

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

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

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

1.3. SERVICII COMUNITARE PENTRU PERSOANELE VÂRSTNICE

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

- a) îngrijirea temporară sau permanentă la domiciliu;
- b) îngrijirea temporară sau permanentă într-un cămin pentru persoane vârstnice;

c) îngrijirea în centre de zi, cluburi pentru vârstnici, case de îngrijire temporară, apartamente și locuințe sociale, precum și altele asemenea.

Serviciile comunitare asigurate persoanelor vârstnice la domiciliu sunt:

- a) **servicii sociale** privind, în principal, îngrijirea persoanei, prevenirea marginalizării sociale și sprijinirea pentru reintegrarea socială, consiliere juridică și administrativă, sprijin pentru plata unor servicii și obligații curente, îngrijirea locuinței și gospodăriei, ajutor pentru menaj, prepararea hranei;
- b) **servicii socio-medicale** privind, în principal, ajutorul pentru realizarea igienei personale, readaptarea capacităților fizice și psihice, adaptarea locuinței la nevoile persoanei vârstnice și antrenarea la activități economice, sociale și culturale, precum și îngrijirea temporară în centre de zi, aziluri de noapte sau alte centre specializate;
- c) **servicii medicale**, sub forma consultațiilor și îngrijirilor medicale la domiciliu sau în instituții de sănătate, consultații și îngrijiri stomatologice, administrarea de medicamente, acordarea de materiale sanitare și de dispozitive medicale.

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

- ❑ **Evaluarea inițială:** preluarea pacientului în maximum 48 ore de la solicitare, stabilirea planului detaliat de îngrijiri la domiciliu, împreună cu medicul care le-a recomandat, consilierea și instruirea pacientului și a familiei;
- ❑ **Evaluarea de etapă,** la 3 luni pentru cazurile acute, la 6 luni pentru cazurile cronice și ori de câte ori este necesar dacă planul de îngrijiri la domiciliu cuprinde precizări în acest sens;
- ❑ **Pachetul de bază cuprinde serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu (serviciile de la punctele 1 – 19) și îngrijiri paliative la domiciliu (serviciile de la punctele 1 – 28 dintre care serviciile de la punctele 20, 22-28 se efectuează numai de către medicii de specialitate cu atestat îngrijiri paliative):**
 - 1. Măsurarea parametrilor fiziologici: temperatură, respirație, puls – TA, diureză scaun;
 - 2. Administrarea medicamentelor intramuscular* / subcutanat* / intradermic* / oral** / pe mucoase**, administrarea medicamentelor intravenos sub supravegherea medicului*,

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

24. Montare TENS,
25. Analgezie prin blocaje nervi periferici,
26. Administrare medicație prin nebulizare,
27. Aspirație gastrică,
28. Aspirație căi respiratorii

* În afara injecțiilor și perfuziilor cu produse de origine umană.

** Pentru pacienții parțial sau total dependenți.

*** Este inclus și mijlocul ajutător pentru absorbția urinei, minim 2 mijloace ajutătoare pentru absorbția urinei/zi pentru asigurații parțial sau total dependenți.

1.4. FURNIZORII DE SERVICII DE ÎNGRIJIRE LA DOMICILIU

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) să acorde asiguraților servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative conform recomandărilor formulate de: medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate, medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraților, medicii de familie, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.
- b) să nu modifice sau să nu întrerupă din proprie inițiativă schema de îngrijire recomandată pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu;
- c) să comunice direct atât medicului care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu și îngrijirile paliative, cât și medicului de familie al asiguratului evoluția stării de sănătate a acestuia;
- d) să țină evidența serviciilor de îngrijiri medicale și îngrijiri paliative furnizate la domiciliul asiguratului, în ceea ce privește tipul serviciului acordat, data și ora acordării, durata, evoluția stării de sănătate;
- e) să urmărească prezentarea la controlul medical a asiguratului pe care l-a îngrijit, atunci când acest lucru a fost solicitat de medicul care a făcut recomandarea și să nu depășească din proprie inițiativă perioada de îngrijire la domiciliu;
- f) să acorde servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu recomandările stabilite, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale.

Modalitatea de plată a furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative este tariful pe caz. Prin pe caz se înțelege totalitatea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative acordate asiguraților, pentru un episod de îngrijire. Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire se obține înmulțind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire la domiciliu cu tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu. Tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu este 100 lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse și costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu. Prin o zi de îngrijire se înțelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu. Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative și asigurarea accesului asiguraților la aceste servicii, casele de asigurări de sănătate vor analiza lunar numărul de cereri, respectiv numărul de decizii privind aprobarea serviciilor emise în luna anterioară, alcătuind, după caz, liste de prioritate pentru asigurați.

Obligațiile furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu sunt:

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

1.5. PROFESIA DE ÎNGRIJITOR LA DOMICILIU

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

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

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

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

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

a) Ministerul Sănătății:

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

b) Ministerul Educației, Cercetării, Tineretului și Sportului:

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

c) Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale:

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

Autoritatea Națională pentru Persoane cu Handicap:

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

1.6. VOLUNTARIATUL ÎN SPRIJINUL PERSOANELOR VÂRSTNICE

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

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

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

Dosarul pe care candidatul îl depune trebuie să conțină :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.7. STANDARDE DE CALITATE PENTRU ASIGURAREA ÎNGRIJIRII LA DOMICILIU

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

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

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

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

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

-
- dotare care să permită realizarea obiectivelor propuse - mobilier corespunzător funcționării ca dispecerat, mijloace de comunicare, echipamente, truse medicale, produse farmaceutice etc.

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

CAPITOLUL II

PRINCIPALELE ASPECTE PRIVIND ACORDAREA SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRE

LA DOMICILIU PENTRU PERSOANELE VÂRSTNICE

Obiectul studiului constă în :

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

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

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

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

Rezultatele așteptate sunt:

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

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

2.1. ASPECTE DE ORDIN METODOLOGIC

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

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

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

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

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

2.2. ANALIZA ȘI INTERPRETAREA REZULTATELOR

Chestionarele au fost aplicate după cum urmează:

- **chestionarul A** - personalului din conducerea a **32 instituții publice de asistență socială** (direcția de asistență socială la nivel de județ), dintr-un număr de **16 județe**. *servicii sociale - 60,0%, servicii socio-medicale - 73,3%, servicii medicale - 42,3%.*
- **chestionarul B** - unui număr de **67 de organizații neguvernamentale**, din **32 de județe**, care furnizează servicii de îngrijire la domiciliu, având ca beneficiari persoane vârstnice, după cum urmează: *servicii sociale – 37,5%, servicii socio-medicale – 89,3% și servicii medicale – 32,1%;*
- **chestionarul C** - unui număr de **163 persoane vârstnice**, din **38 de județe**, **beneficiari** ai serviciilor de îngrijire la domiciliu, dintre care *35% sunt bărbați și 65% sunt femei.*

La nivelul autorităților publice locale serviciile de îngrijire la domiciliu sunt organizate sub formă de *serviciu pentru persoane vârstnice* în cadrul direcțiilor județene de asistență socială, respectiv organizate pe lângă consiliile locale ale localităților mai mici. Acestea își defășoară activitatea cu personal angajat pe bază de contract individual de muncă în 96,6% din cazuri și beneficiază de aportul voluntarilor doar în proporție de 37,9%.

Persoanele angajate cu contract de muncă însumează un total de 601 persoane în cele 32 de instituții chestionate, având următoarea structură:

- personal de conducere: director – 15 persoane și șef serviciu – 15 persoane;
- echipa care asigură îngrijire la domiciliu este compusă din :
 - îngrijitori la domiciliu: 130 persoane (în medie 4,06 persoane/instituție);
 - **asistent social** : 86 persoane (în medie 2,68 persoane/instituție);
 - medic: 16 persoane (în medie 0,50 persoane/instituție);
 - psiholog: 12 persoane (în medie 0,37 persoane/instituție);
 - kinetoterapeut: 58 persoane (în medie 1,81 persoane/instituție);
 - **asistent medical**: 130 persoane (în medie 4,06 persoane/instituție).

Am observat comparând aceste date cu cele obținute în anul 2006, când a fost derulat un studiu similar că a crescut numărul asistenților sociali și al asistenților medicali încadrați în instituțiile publice. Este o apreciere pozitivă cu atât mai mult cu cât anterior instituțiile publice declaraseră că nu organizează servicii medicale, iar extinderea în prezent și către acest domeniu o considerăm benefică pentru persoanele vârstnice.

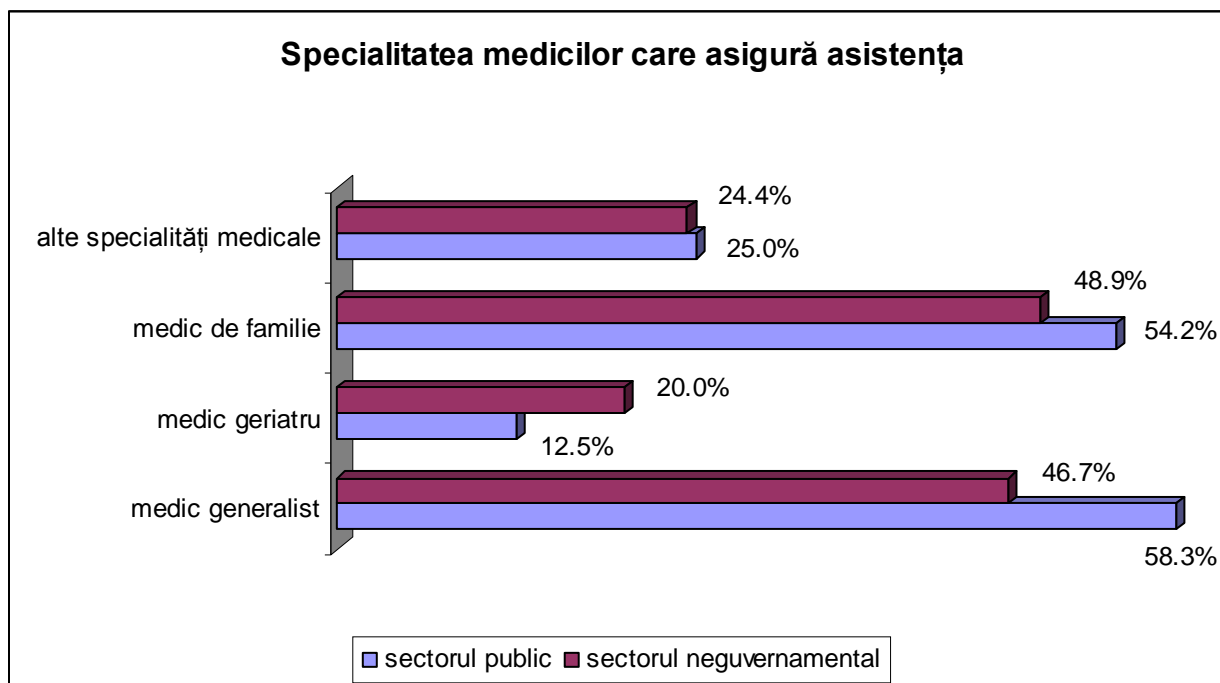
În cadrul celor 67 de organizații neguvernamentale, care asigură îngrijirea la domiciliu a persoanelor vârstnice, a fost identificat un număr total de 1428 de angajați, a căror structură pe categorii profesionale este următoarea:

- *personal de conducere* : 43 persoane (0,67% per unitate);
- *echipa care asigură îngrijire la domiciliu*:
 - îngrijitor la domiciliu: 466 persoane (6,95 per unitate);
 - medic: 44 persoane (0,65 per unitate);
 - psiholog: 30 persoane (0,44 per unitate);
 - asistent social: 128 persoane (1,91 per unitate);
 - kinetoterapeut: 34 persoane (0,50 per unitate);
 - asistent medical: 349 persoane (5,20 per unitate);

- infirmier: 23 persoane (0,34 per unitate);
- *personal economic si administrativ* : 53 contabili (0,79 per unitate), 64 personal administrativ (0,95 per unitate), 15 șoferi (0,22 per unitate), 28 muncitori și alte categorii 151 persoane.

Strucura schemei de personal a institutiilor de stat și a organizațiilor neguvernamentale chestionate este relativ similară în ambele cazuri constatându-se că este *implicat un număr redus de medici, psihologi, kinetoterapeuți și personal medical* în raport cu nevoile beneficiarilor de vârsta a treia.

Se observă *slaba implicare a medicilor geriatri în asigurarea asistenței medicale persoanelor vârstnice, care beneficiază de îngrijire la domiciliu. Doar 12,50% din instituțiile publice și 20,0% dintre organizațiile neguvernamentale colaborează cu medici geriatri.* Este cunoscut faptul că la nivel național există foarte puțini medici cu această specializare, motiv pentru care afecțiunile vârstei a treia sunt tratate de medici generalişti sau de medicii de familie. În cazul beneficiarilor de îngrijire la domiciliu 58,3% dintre institutiile publice și 46,7% dintre organizațiile neguvernamentale apelează la medicul generalist, iar 54,2% dintre institutiile publice și 48,9% dintre organizațiile neguvernamentale la medicul de familie al asistaților.



În prezent, Legea nr. 17/2000 și H.G.nr. 886/2000 prevăd ca din echipa care evaluează situația persoanei vârstnice să facă parte medicul geriatru, dar pentru că nu este dezvoltată o rețea geriatrică pe măsura necesităților de îngrijire a persoanelor

vârstnice prevederea nu este respectată. Această lacună a sistemului de sănătate publică este cunoscută la nivelul instituțiilor cu responsabilități în domeniul elaborării strategiilor și al actelor normative, dar până în prezent nu au fost luate măsuri pentru îmbunătățirea situației.

Se observă o mai bună implicare a voluntarilor în activitățile de asistență socială în cadrul instituțiilor publice, comparativ cu studiul realizat în anul 2006, în prezent 37,9% din instituțiile publice apelând la personal suplimentar în acest mod. Menținem că anumite clarificari legislative au făcut posibil această evoluție pozitivă – Legea voluntariatului dar H.G. nr.1.317/2005 privind sprijinirea activităților de voluntariat în domeniul serviciilor de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice etc. Dezvoltarea culturii filantropice fiind mai degrabă preocuparea societății civile constatăm că sectorul nonprofit își desfășoară activitatea beneficiind de aportul voluntarilor în proporție de 47,5%, scăderea numărului de voluntari explicându-se în acest caz prin profesionalizarea și includerea lor trepat în rândul angajaților pe bază de contract de muncă. Instruirea voluntarilor reprezintă o preocupare atât pentru instituțiile de stat - 85,7% dintre voluntari au absolvit cursuri de profesionalizare și îndrumare, cât și a organizațiilor neguvernamentale – unde 76,3% dintre voluntari sunt absolvenți ai unor cursuri specifice de calificare în domeniul de activitate al organizației.

De asemenea, calificarea și profesionalizarea îngrijitorilor la domiciliu este o preocupare atât pentru instituțiile publice cât și pentru organizațiile neguvernamentale. 82,4% din personalul angajat în sectorul public și 89,7% din personalul organizațiilor neguvernamentale este calificat pentru practicarea ocupației de îngrijitor la domiciliu ceea ce se constituie într-un factor pozitiv în vederea creșterii calității serviciilor oferite populației vârstnice. Aceste demersuri de profesionalizare s-au realizat și pe fondul orientării finanțărilor, din ultimii ani, spre domeniul resurselor umane.

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

- *în cadrul unei instituții acreditate*, conform legislației în vigoare, în procent de 50,0% în cazul sectorului public și 42,2% în cazul sectorului nonprofit;
- *în cadrul instituției care l-a angajat ulterior*, pentru 35,7% din angajații instituțiilor publice și pentru 44,4% din angajații organizațiilor neguvernamentale.

Ulterior personalul beneficiază de programe de formare continuă și perfecționare atât în cadrul instituțiilor de asistență socială aparținând autorităților publice locale (83,3%) cât și al organizațiilor nonprofit (84,7%).

Programele de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice sunt desfășurate deopotrivă de sectorul public și de organizațiile neguvernamentale. În ultimii ani la nivelul sectorului public s-au organizat servicii de îngrijire la domiciliu astfel că 88,0% din instituțiile publice care su răspuns la chestionar au declarat că există rețea proprie de îngrijitori la domiciliu. Pe de altă parte 39,0% din organizațiile neguvernamentale au declarat ca nu își desfășoară activitatea pe baza unui contract cu direcția județeană de asistență socială ceea ce ne conduce la concluzia că *parteneriatul public-privat nu este suficient dezvoltat la nivel național*, ceea ce creează în continuare disfuncționalități în ceea ce privește acoperirea nevoilor de îngrijire și discrepanțe între localități/regiuni ale țării. Având în vedere că demersului nostru nu i-au răspuns toate județele motivând că în numeroase cazuri prin faptul că la nivel local nu sunt organizate activități de îngrijire la domiciliu a persoanelor vârstnice, conchidem că această activitate trebuie extinsă pentru a veni în sprijinul tuturor persoanelor vârstnice și în special a celor din zone defavorizate economic și izolate geografic.

Având în vedere că instituțiile publice cuprinse în eșantion oferă în mai mică măsură servicii medicale, doar 10,0% *își desfășoară activitatea în baza unui contract cu casele județene de asigurări de sănătate*. Totodată, organizațiile neguvernamentale care au încheiat contract cu casele județene de asigurări de sănătate reprezintă doar 44,1% din eșantion, 55,9% *desfășurându-și activitatea fără a se integra sistemului asigurărilor de sănătate* pentru a beneficia de decontarea contravalorii serviciilor conform contractului - cadru privind asistența medicală pentru anul curent.

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

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

Identificarea persoanelor vârstnice care necesită îngrijire la domiciliu se face în cele mai multe din cazuri de către medicul de familie (44,5% în cazul beneficiarilor organizațiilor neguvernamentale și 25,3% pentru cei asistați de către instituțiile publice), medicul specialist din spital (25,9% - organizațiile neguvernamentale și 19,8% instituțiile publice), familie și vecinătate (13,2% - familia și 10,0% - vecinii, au răspuns organizațiile neguvernamentale și 19,8% - familia și 18,7% - vecinii, au răspuns

instituțiile publice). Medicul de familie și medicul specialist la externarea din spital sunt alte două categorii implicate în identificarea persoanelor vârstnice cu probleme de natură socio-medicală și medicală motiv pentru care implicarea lor este mai mare raportat și la categoriile de servicii oferite vârstnicilor.

Concluzionăm că rețeaua socială, familia extinsă și vecinii, constituie un factor activ, solidar în raport cu nevoile persoanei vârstnice, dar identificarea este mai bine focalizată atunci când este inițiată de către medicul de familie, care cunoaște polipatologia cu care se confrunta vârstnicul. Implicarea mai intensă a medicilor de familie ar putea degreva spitalele de acei pacienți vârstnici ale căror afecțiuni pot fi tratate la domiciliu și în ambulator eficientizând costurile și crescând confortul fizic și psihic al persoanelor vârstnice.

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

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

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

- ❑ *echipa multidisciplinară* - 42,4% în organizațiile neguvernamentale și doar 17,9% în instituțiile publice;
- ❑ *asistentul social* - 22,7% în organizațiile neguvernamentale și 26,8% în instituțiile publice;
- ❑ *medicul geriatru* - 3,6% în instituțiile publice și 1,5% în ong;
- ❑ *medicul de familie* - 32,1% în instituțiile publice și 13,6% în ong ;
- ❑ *conducerea unității* - 8,9% din instituțiile publice și 12,1% în ong;
- ❑ *comisia de evaluare a Direcției de asistență socială la nivel local sau județean* – 10,7% din instituțiile publice și 7,6% în ong.

Rolul echipei multidisciplinare este foarte scăzut în instituțiile publice, spre deosebire de organizațiile neguvernamentale care analizează cazurile socio-medicale în acest mod.

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

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

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

- ❑ grila națională de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice este folosită în proporție de 75,0% în cazul instituțiilor publice, iar de organizațiile neguvernamentale în cazul a 66,1%;
- ❑ fișa de evaluare socio-medicală o utilizează 67,9% dintre instituțiile publice și doar 51,8% dintre organizațiile neguvernamentale;
- ❑ atât instituțiile publice cât și organizațiile nonprofit utilizează și instrumente de evaluare elaborate de propria echipă de specialiști: 42,9% din instituțiile publice și 48,2% din organizațiile nonprofit.

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

Durata de timp în care persoanele vârstnice beneficiază de îngrijire la domiciliu tinde să se permanentizeze având în vedere caracteristicile specifice problematicei vârstei a treia astfel încât cea mai mare parte a furnizorilor de servicii de îngrijire la domiciliu asistă persoanele în funcție de nevoie (48,0% – instituțiile publice și 40,5% ong), durata cea mai scurtă de acordare a serviciilor este de până la 6 luni și am regăsit-o în 20,0% din cazuri pentru furnizorii publici și 27,0 pentru ei privați, perioade intermediare am stabilit ca fiind 12 luni (8,0% furnizori publici, 21,6% ong), 1-3 ani (furnizori publici – 20,0%, ong – 2,7%) și peste 3 ani (furnizori publici – 4,0%, ong –

8,1%). Această perioadă ar trebui extinsă pentru toți beneficiarii de vârstă a treia, având în vedere complexitatea problemelor medicale și sociale astfel încât persoana vârstnică să poată beneficia de îngrijirea de lungă durată, care în România nu este reglementată și nici implementată. În prezent furnizorii sunt condiționați de resursele limitate și numărul mare de cazuri alocate.

Reevaluarea cazurilor se face cel mai frecvent la 3 luni sau la 6 luni de la preluare și la un an pentru cazurile care beneficiază de asistență o perioadă mai lungă. Unitățile aparținând sectorului public efectuează preponderent reevaluarea cazurilor la un interval de 6 luni - 62,1%, iar furnizorii privați de asemenea, dar proporția este doar de 42,6%.

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

Programul de lucru al furnizorilor de îngrijiri la domiciliu este de 8 ore pe zi: pentru 100% din instituțiile publice și 90,3% dintre organizațiile neguvernamentale. Doar 3,2% dintre organizațiile neguvernamentale asigură program de noapte pentru urgențe și doar 6,5% din organizațiile societății civile chestionate au organizat servicii comunitare pentru persoane vârstnice 24 din 24 ore. Acest tip de program non-stop ar trebui extins pentru acele unități care asigură servicii medicale la domiciliul beneficiarilor vârstnici totodată cu înființarea unor unități de urgență pentru intervenții operative în situații diverse de risc.

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

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

Structura numărului de beneficiari ai serviciilor de îngrijire la domiciliu pe medii de rezidență pentru instituțiile publice și organizațiile neguvernamentale, care au răspuns solicitării noastre de a ne oferi date despre activitatea pe care o desfășoară, este următoarea:

| | URBAN - persoane - | RURAL - persoane - |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Instituții publice | 3.375 | 342 |
| Organizații neguvernamentale | 8.045 | 13.995 |

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

Numărul mediu de persoane vârstnice care au primit îngrijire la domiciliu în primul semestru al anului 2010, asistate de organizațiile neguvernamentale respondente a fost de 540 persoane per organizație, iar în sectorul public de 116 per instituție.

În primul semestru al anului 2010, numărul beneficiarilor de servicii de îngrijire la domiciliu, asistați de instituțiile publice și organizațiile neguvernamentale care au făcut obiectul studiului, structurat în funcție de vârstă și sex ne relevă următoarea configurație:

- ❑ predomină numărul persoanelor vârstnice de sex feminin: 2426 femei față de 1337 bărbați - în cazul instituțiilor publice și 15528 femei față de 6836 bărbați – în cazul organizațiilor neguvernamentale, care acced la suportul specialiștilor având o rețea sociala mai dezvoltată și fiind mai deschise sprijinului acestora;
- ❑ pe categorii de vârstă (ani), cei mai mulți beneficiari se situează în intervalul 70 – 84 ani, cei mai mulți beneficiari bărbați situându-se în jurul vârstei de 79 de ani, iar pentru persoanele de sex feminin în jurul vârstei de 84 de ani, aceasta fiind perioada în care scad capacitățile fizice, crește riscul pentru accidente și diverse afecțiuni specifice vârstei și astfel crește nevoia de asistență în corelație cu gradul de dependență mai ridicat.

Polipatologia cu care se confruntă persoanele vârstnice care apelează la serviciile de îngrijire la domiciliu ne-a sugerat următorul clasament: I. boli cardiovasculare, II. boli ale sistemului osteoarticular, III. boli endocrine, IV. accidente/traumatisme, V. boli ale aparatului respirator, dar și tumore, boli digestive, boli ale aparatului urogenital, boli psihice/demențe, boli neurologice etc. Pe primul loc în rândul afecțiunilor cu risc invalidant de care suferă persoanele vârstnice care beneficiază de îngrijire la domiciliu sunt bolile cardiovasculare, urmate de boli ale sistemului osteoarticular, iar pe locuri inferioare se situează demențele chiar dacă acestea sunt frecvente și ar necesita prioritate pentru îngrijirea la domiciliu. Putem concluziona că ele figurează în număr atât de mic tocmai pentru că nu există servicii profesionale pentru îngrijirea persoanelor vârstnice cu demențe, îngrijitorii necesitând o pregătire specială, deși bolnavii și familiile lor necesită suport specializat.

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

| Nr crt. | SERVICII SOCIALE | INSTITUȚII PUBLICE | O.N.G. |
|---------|--|--------------------|--------------|
| 1 | Consiliere juridică | 25,9% | 27,9% |
| 2 | Consiliere administrativă | 37,0% | 65,6% |
| 3 | Consiliere psihologică | 59,3% | 45,9% |
| 4 | Prevenirea marginalizării sociale | 85,2% | 72,1% |
| 5 | Readaptarea capacităților fizice și psihice | 70,4% | 55,7% |
| 6 | Hrană | 66,7% | 34,4% |
| 7 | Ajutor pentru menaj | 81,5% | 49,2% |
| 8 | Participare la acțiuni cultural-sportive | 44,4% | 26,2% |
| 9 | Adaptarea locuinței | 29,6% | 26,2% |
| 10 | Altele | 3,7% | 33,3% |

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

- ❑ *prevenirea marginalizării sociale*, care este în principal atribuția instituțiilor aparținând autorităților publice locale și se realizează în proporție de 85,2% de către instituțiile publice chestionate, dar este susținută și de aportul organizațiilor societății civile, 72,1% din cele intervievate oferind aceste servicii;
- ❑ *ajutorul pentru menaj* este o categorie cu largă acoperire atât pentru instituțiile de stat (81,5%) cât și pentru cele private (49,2%);

- ❑ *readaptarea capacităților fizice și psihice* reprezintă o preocupare activă pentru 70,4% dintre instituțiile publice chestionate și pentru 55,7% dintre organizațiile neguvernamentale;
- ❑ *serviciile de consiliere administrativă, juridică și psihologică, cât și readaptarea capacităților fizice și psihice și asigurarea hranei* sunt realizate în proporții modice variind între 25 și 65% ;
- ❑ într-o mai mică măsură se regăsesc servicii pentru *adaptarea locuinței și participarea la activități culturale și sportive*, instituțiile publice și organizațiile neguvernamentale oferindu-le în proporții cuprinse între 25 și 45%, aceste servicii fiind considerate ca marginale deși au implicații pentru confortul persoanei vârstnice, care a optat pentru a rămâne în mediul familial și respectiv pentru menținerea activității sociale.

Din categoria serviciilor socio-medicale observăm că majoritatea serviciilor sunt asigurate atât în sectorul public, cât și în cel neguvernamental în proporții ce depășesc 50 %, mai puțin programele de ergoterapie, care sunt prezente în puține cazuri, ceea ce este în detrimentul menținerii active a persoanelor vârstnice asistate.

| Nr crt. | SERVICII SOCIO-MEDICALE | INSTITUȚII PUBLICE | O.N.G. |
|---------|---|--------------------|--------------|
| 1 | Ajutor pentru menținerea sau readaptarea capacităților fizice ori intelectuale | 68,0% | 64,8% |
| 2 | Asigurarea unor programe de ergoterapie | 16,0% | 20,4% |
| 3 | Ajutor pentru realizarea igienei corporale | 92,0% | 92,6% |
| 4 | Ajutor pentru îmbrăcare și dezbrăcare | 88,0% | 85,2% |
| 5 | Ajutor pentru igiena eliminărilor | 76,0% | 63,0% |
| 6 | Adaptarea locuinței la nevoile persoanei vârstnice | 44,0% | 46,3% |
| 7 | Antrenarea în activități economice, sociale și culturale | 52,0% | 63,0% |
| 8 | Altele | 4,0 | 3,7% |

Instituțiile publice, care fac obiectul studiului, au declarat că oferă servicii medicale persoanelor vârstnice asistate la domiciliu, în proporții reduse, totuși dintre cele care oferă și îngrijiri medicale ele constau în administrarea de medicamente (100,0%), consultații și tratamente medicale la domiciliu (76,0%) și acordarea de materiale sanitare (64,0%).

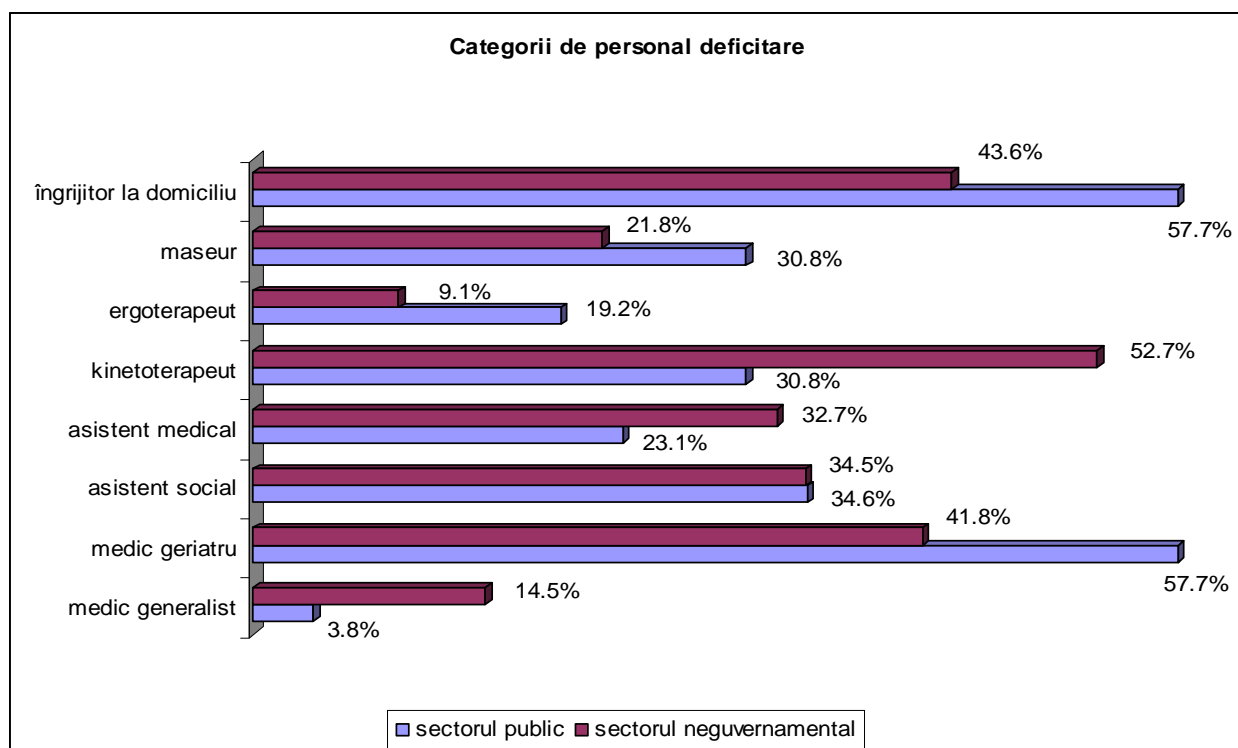
Organizațiile neguvernamentale acordă consultații și tratamente medicale la domiciliu (62,7%), medicamente gratuite (90,2%) și materiale sanitare (66,7%).

| Nr crt. | SERVICII MEDICALE | INSTITUȚII PUBLICE | O.N.G. |
|---------|---|--------------------|--------|
| 1 | Consultații și tratamente medicale la domiciliu | 76,0% | 62,7% |
| 2 | Administrarea de medicamente | 100,0% | 90,2% |
| 3 | Acordarea de materiale sanitare | 64,0% | 66,7% |
| 4 | Asigurarea cu dispozitive medicale | 16,0% | 39,2% |
| 5 | Consultații și îngrijiri stomatologice | 8,0% | 9,8% |
| 6 | Asigurarea unor programe de kinetoterapie | 32,0% | 33,3% |
| 7 | Altele | 8,0% | 9,8% |

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

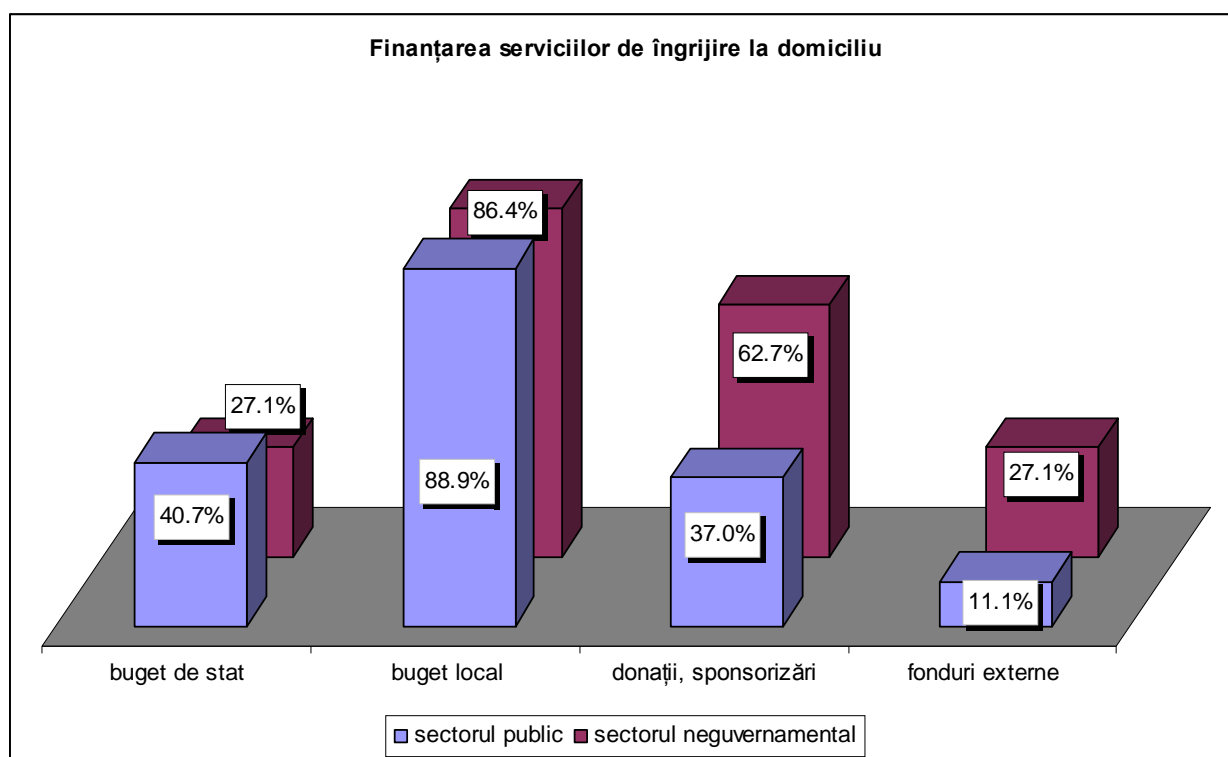
Organizațiile nonprofit menționează lipsa specialiștilor în **medicină geriatrică – 41,8%, kinetoterapie (52,7%)**, alături de alte categorii profesionale precum: **îngrijitor la domiciliu (43,6%)**, asistent social (34,5%), asistent medical (32,5%), medic generalist (14,5%), maseur (21,8%).

Instituțiile publice sesizează, de asemenea, insuficiența personalului care asigură îngrijirea : **57,7% dintre instituții consideră că mai au nevoie de îngrijitori la domiciliu, 57,7% au nevoie de medic geriatru**, asistent social 34,6% și kinetoterapeut 30,8%, de asistent medical 23,1% și 19,2% de ergoterapeut.



Sursele de finanțare pentru instituțiile publice chestionate provin în special din bugetul local (88,9%), deoarece consiliile locale sunt responsabile de organizarea serviciilor sociale la nivelul unității teritorial - administrative, dar și din alte surse precum: donații și sponsorizări – 37,0%, bugetul de stat – 40,7%, fonduri externe – 11,1%.

În cazul organizațiilor neguvernamentale principala sursă de venit provine din sponsorizări și donații: 62,7% dintre organizațiile cuprinse în studiu obținându-și pe această cale veniturile. În completarea necesităților fondurile provin de la bugetul local (86,4%), de la bugetul de stat (27,1%) pentru acele organizații care și-au dezvoltat activitatea în mai multe județe - pe baza parteneriatului public-privat conform Legii nr. 34/1998 și din surse externe (27,1%) în măsura în care organizațiile au aplicat pentru a obține finanțare externă pentru proiecte.



Lipsa fondurilor este principala problemă semnalată atât de instituțiile publice cât și de organizațiile neguvernamentale, care desfășoară activități de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice deoarece atât fondurile provenite de la bugetul de stat și cel local sunt insuficiente pentru a acoperi necesitățile și nu permit organizațiilor să se dezvolte. Totodată, sumele provenite din donații și sponsorizări nu acoperă costurile reale și nu pot asigura continuitatea și stabilitatea sistemului de servicii comunitare pentru persoanele vârstnice.

Doar 28,6% dintre organizațiile neguvernamentale cuprinse în studiu dețin un spațiu în proprietate privată, 35,7% își desfășoară activitatea într-un spațiu repartizat de consiliul local iar 35,7% într-un spațiu închiriat. Alocarea spațiilor pentru furnizorii de servicii de îngrijire la domiciliu trebuie de asemenea să preocupe autoritățile publice locale care ar putea redistribui spații în funcție de necesitățile locale prin reabilitarea unor spații dezafectate, aceasta fiind o condiție de bază pentru desfășurarea activității.

Mijloacele logistice de care dispun furnizorii de servicii socio-medicale la domiciliul persoanelor vârstnice atât în sistemul public cât și privat sunt :

| Nr. crt. | Mijloace logistice | Instituții publice | Organizații neguvernamentale |
|----------|--------------------|--------------------|------------------------------|
| 1. | Computer | 100,0% | 100,0% |
| 2. | Autoturism | 69,2% | 81,0% |
| 3. | Telefon mobil/fix | 88,5% | 90,5% |
| 4. | Telverde | 7,7 | 2,4% |

Se observă că doar 69,2% dintre instituțiile publice dețin computer ceea ce nu permite implementarea unui sistem informatizat de evidență a cererilor și a beneficiarilor de îngrijire. De asemenea, instituțiile publice și private nu au înființat linie de telefon verde, care ar putea răspunde situațiilor de urgență și ar constitui o modalitate de informare a persoanelor vârstnice cu privire la drepturile sociale, la rețeaua de servicii existentă și alte accesibilități.

Procesul de evaluare se bazează pe autoevaluarea furnizorului în 87,5% din cazuri în cadrul instituțiilor publice și 94,5% din cazuri pentru organizațiile neguvernamentale și doar în 25,0%, respectiv 36,4% din cazuri prin evaluator extern care presupune costuri suplimentare din partea organizației.

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

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

- lipsa fondurilor;
- lipsa personalului;
- număr mare de persoane alocate unui îngrijitor la domiciliu ;
- neimplicarea medicilor de familie;
- lipsa medicamentelor;
- beneficiari recalcitranți;

- ❑ rezistența la schimbare a beneficiarilor;
- ❑ cereri peste fondurile alocate;
- ❑ lipsa unui mijloc de transport a personalului din ONG pentru deplasarea la domiciliul asistaților ;
- ❑ spațiu neadecvat ;
- ❑ volumul mare de documente solicitate conform standardelor minime în vigoare ;
- ❑ legislație deficitară;

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

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

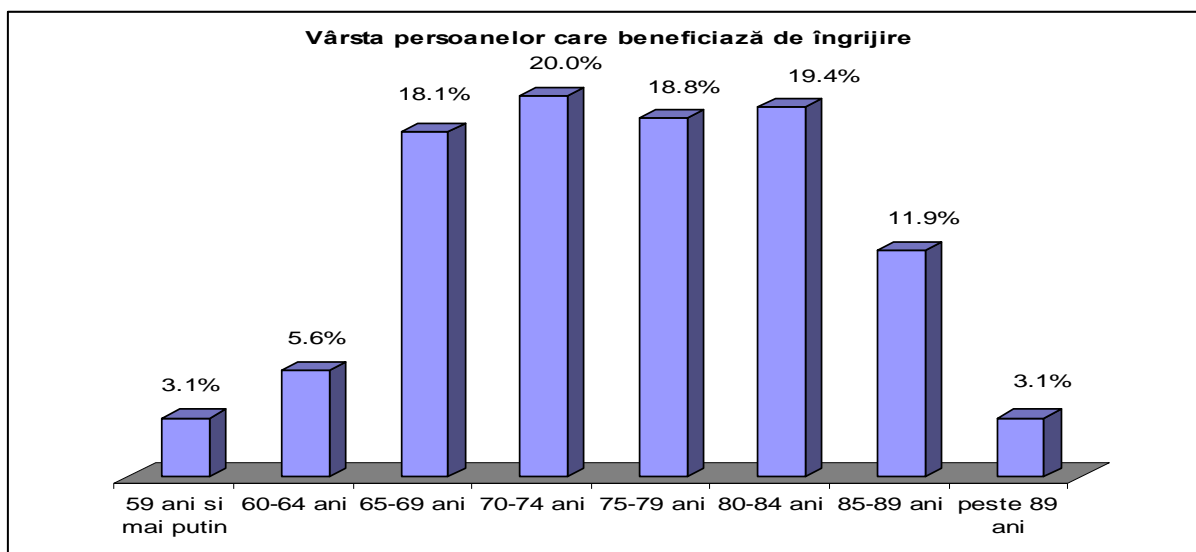
Propunerile pentru îmbunătățirea activității venite din partea instituțiilor publice și private care asigură servicii de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice:

- ❑ identificarea unor surse de finanțare;
- ❑ atragerea de personal pentru îngrijire;
- ❑ extinderea activității de îngrijire la domiciliu;
- ❑ implicarea medicilor de familie;
- ❑ organizarea de cursuri de perfecționare pentru angajați;
- ❑ organizarea de campanii de informare a persoanelor vârstnice cu privire la serviciile de îngrijire la domiciliu;

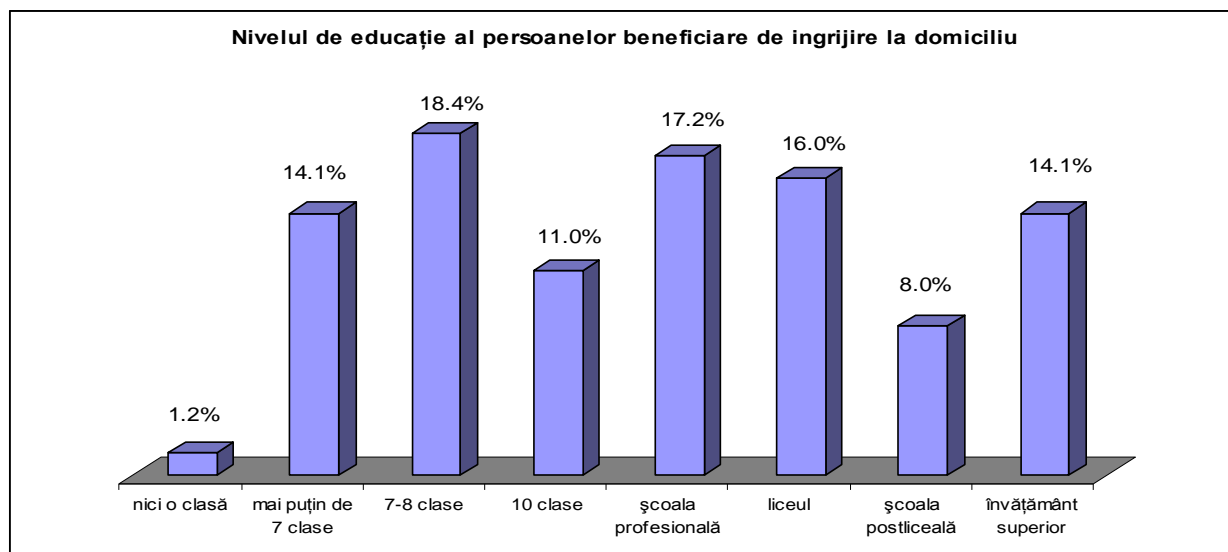
- ❑ implicarea autorităților locale pentru sprijinirea furnizorilor de îngrijire la domiciliu;
- ❑ metodologie unitară de lucru la nivel național, crearea unui registru național pentru modificarea legislației actuale, în sensul renunțării la acreditarea anuală a îngrijitorilor la domiciliu;
- ❑ înregistrarea și arhivarea beneficiarilor;
- ❑ angajarea de asistenți sociali în spitale pentru preluarea cazurilor din spital;
- ❑ finanțare mai consistentă prin CNAS;
- ❑ armonizarea legislației privind persoanele vârstnice cu legislația privind persoanele cu handicap;
- ❑ cursuri la nivel național de perfecționare pentru îngrijire la domiciliu;
- ❑ dezvoltarea serviciilor complementare de asistență socială,
- ❑ motivarea financiară a îngrijitorilor; extinderea rețelei de îngrijire la domiciliu în zona rurală;
- ❑ includerea asistentului medical în cadrul personalului eligibil de decontare a cheltuielilor de salariale de la bugetele locale sau centrale.

x
x x

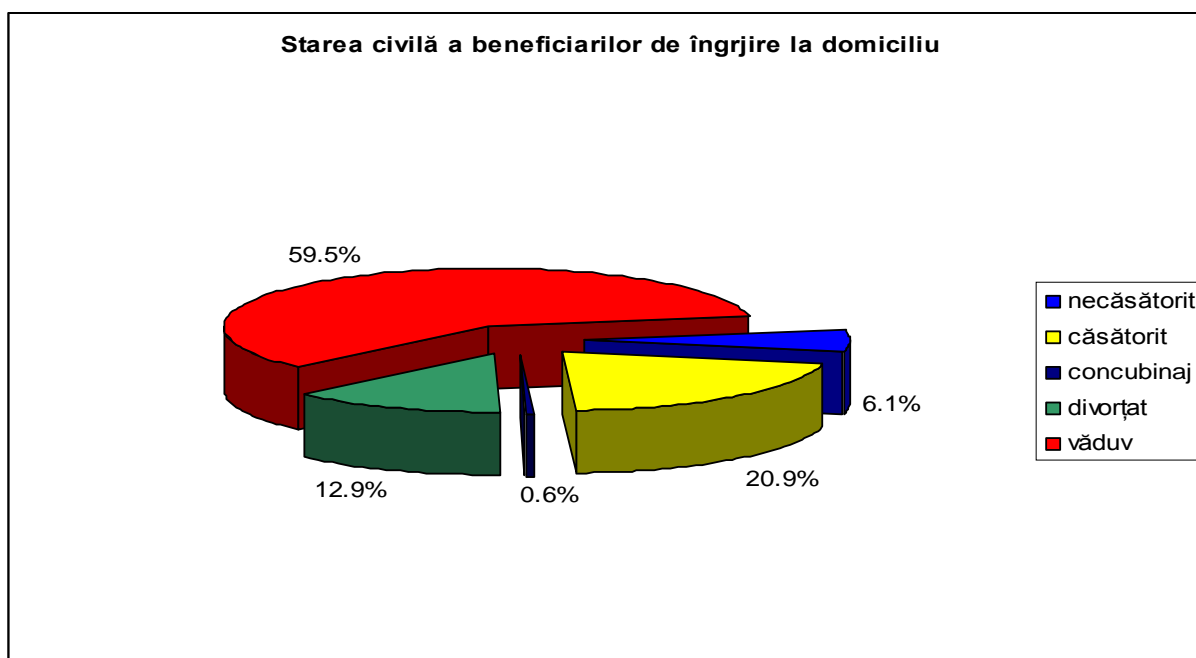
Structura pe grupe de vârstă a beneficiarilor de servicii de îngrijiri la domiciliu cuprinși în eșantion este următoarea:



Se observă că numărul cel mai mare de beneficiari chestionați corespunde grupei de vârstă 70 – 74 de ani, procentul fiind de 20,0% din totalul persoanelor cuprinse în eșantion, aceasta fiind perioada în care vulnerabilitatea persoanei vârstnice crește. Procentul este de asemenea ridicat pentru intervalul 80 - 84 ani (19,4%) și mai scăzut pentru grupele de vârstă anterioare.

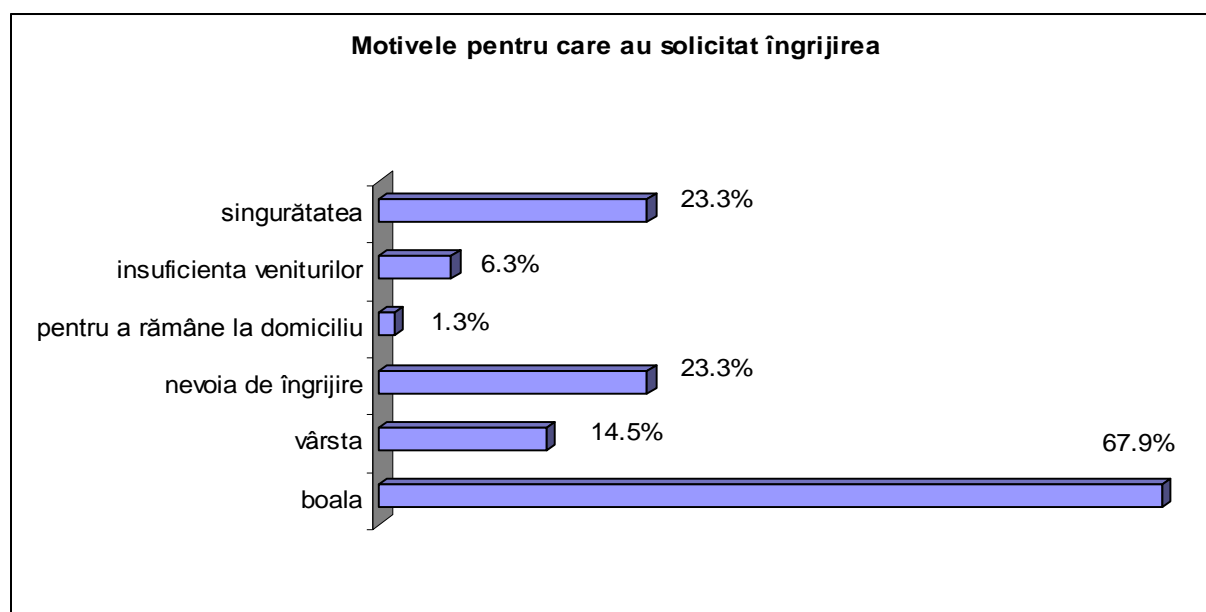
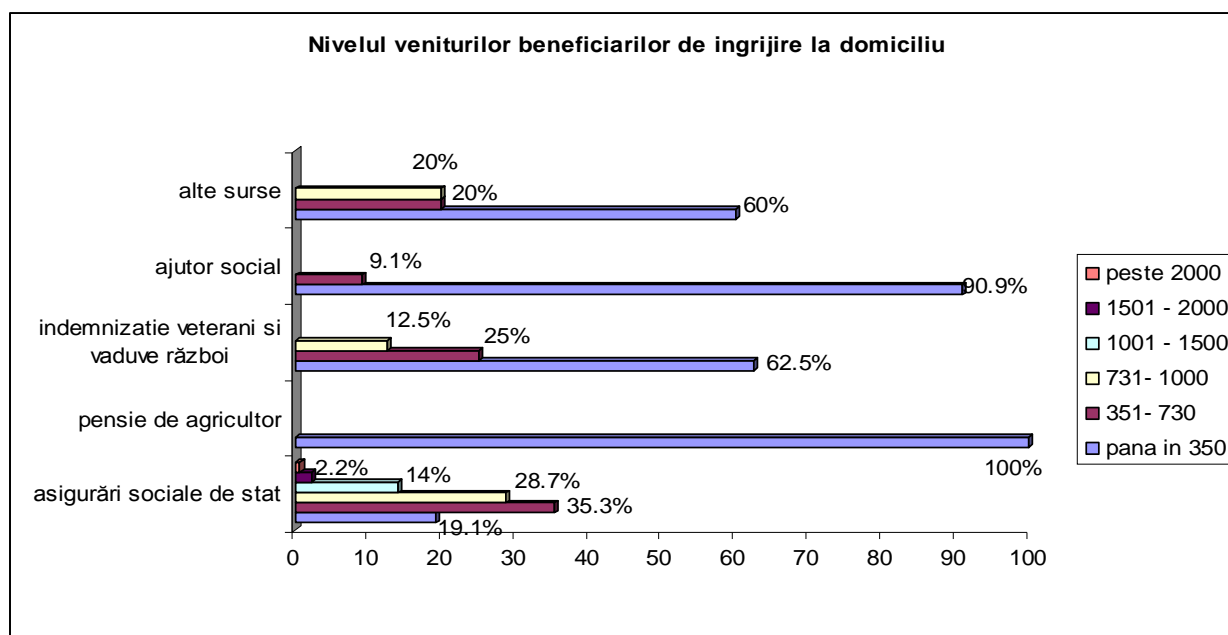


Nivelul de educație ne indică faptul că solicitanții serviciilor de îngrijire la domiciliu sunt în special persoanele vârstnice cu o pregătire sub nivelul liceal, pe care am putea-o interpreta prin prisma faptului că acele persoane dispun de resurse financiare mai reduse și posibil au lucrat în medii care le-au deteriorat starea de sănătate, necesitând ajutor specializat și sprijin pentru asigurarea unui trai decent.



59,5% dintre vârstnicii beneficiari ai serviciilor de îngrijire la domiciliu sunt văduvi și corelând cu faptul că 65,2% dintre cei chestionați locuiesc singuri iar 67,9% au solicitat îngrijire la domiciliu pentru că sunt bolnavi putem conchide că principalele cauze care conduc la solicitarea ajutorului profesionist sunt lipsa suportului familial și scăderea capacitaților fizice de autoservire.

Majoritatea vârstnicilor care beneficiază de îngrijire la domiciliu provin din rândul pensionarilor de asigurări sociale de stat: 136 persoane din 163 chestionate, mai mult de jumătate (54,4%) având venituri sub 730 lei lunar.



Nevoia de îngrijire este semnalată în principal în raport cu prezența anumitor afecțiuni de sănătate care reduc autonomia, capacitatea de autoservire a individului și impun ajutor specializat. Totuși printre motivele solicitării serviciilor îngrijire la domiciliu de către persoanele vârstnice se numără și singurătatea în 23,3% din cazuri, ceea ce ne sugerează insuficiența unor servicii alternative de tipul centrelor de zi, cluburilor pentru vârstnici, care pot oferi suport emoțional și contribui la integrarea socială a persoanelor vârstnice.

49,7% dintre respondenți sunt asistați de sectorul public – în totalitate pe bază de contract, iar 50,3 de către organizații neguvernamentale la domiciliu – 73,8 % dintre aceștia semnând un contract cu furnizorul de servicii de îngrijire, ceea ce considerăm că este un factor pozitiv, care asigură o garanție a controlului calității serviciilor sociale, socio-medicale și medicale.

Principalele categorii de servicii comunitare de care au beneficiat persoanele vârstnice la domiciliu sunt: asigurarea medicației, igiena corporală, mobilizare, activități administrative (plata facturilor, piața), hrană, spălat haine, menaj, plimbare, masaj.

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

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

Persoanele vârstnice consideră :

- ❑ *îngrijirea la domiciliu oferită* - **foarte bună -77,6%**, bună – 19,3% și doar 3,1% ca satisfăcătoare;
- ❑ *calitatea serviciilor medicale* – **foarte bună – 65,3%**, bună - 24,7%, satisfăcătoare – 8,7% și proastă – 1,3%;
- ❑ *calitatea serviciilor sociale* - **foarte bună – 75,8%**, bună – 17,83%, satisfăcătoare – 5,7% și proastă – 1,7%;
- ❑ *relația cu personalul care asigură îngrijirea* – **foarte bună – 79,2%**, bună – 18,9% și satisfăcătoare - 1,9%.

Se observă că persoanele vârstnice intervievate sunt mulțumite de calitatea serviciilor comunitare de care beneficiază ceea ce conduce către concluzia că aceste

servicii ar trebui să fie extinse la nivel național pentru a acoperi nevoile cât mai multor vârstnici, pentru prevenirea instituționalizării, a marginalizării sociale și a izolării.

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

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

CAPITOLUL III

CONCLUZII

Analiza realizată de Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice pentru constata modul în care este reglementat, organizat și funcționează sistemul de îngrijire la domiciliu la nivel național a cuprins un număr de doar 16 județe care ne-au răspuns solicitării de a completa chestionarul adresat instituțiilor publice și un număr de 32 județe, care au completat chestionarul adresat organizațiilor neguvernamentale, ceea ce sugerează slaba implicare a autorităților publice locale în dezvoltarea și susținerea activităților serviciilor comunitare pentru persoanele vârstnice și a condus către conturarea unor concluzii care pot susține măsuri pentru dezvoltarea și extinderea rețelei de servicii comunitare la domiciliul persoanelor vârstnice.

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

Din analiza rezultatelor cercetării se desprind următoarele:

⇒ aspecte organizatorice :

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

pacienților de vârstă a treia pe care îi au sub observație și care pot de asemenea organiza activități de îngrijire medicală la domiciliu.

- ❑ *Echipa multidisciplinară nu funcționează* astfel încât de cele mai multe ori evaluarea, decizia și implementarea îngrijirii sunt fracționate fără ca specialiștii să comunice.
- ❑ Structura de personal a unităților publice și private este incompletă, *lipsind cel mai adesea specialiști precum: îngrijitori, ergoterapeuți, kinetoterapeuți, medici stomatologi*. Lipsa acestora ne-a fost semnalată deopotrivă de către furnizorii cât și de către beneficiarii serviciilor de îngrijire la domiciliu, în corelație cu categoriile de servicii care ar mai fi necesare. Totodată remarcăm o mai bună reprezentare a unor profesii precum asistentul social și psihologul comparativ cu studiul anterior derulat în anul 2006.
- ❑ *În continuare nu există unități cu program nonstop* și foarte puțini dintre furnizori asigură asistență medicală de urgență deși problematica specifică vârstei a treia ar impune înființarea unui asemenea tip de intervenție.
- ❑ Furnizorii de servicii socio-medicale la domiciliu sesizează ca principale greutăți cu care se confruntă: *lipsa spațiilor* în care să își desfășoare activitatea și *lipsa fondurilor* pentru susținerea programelor.
- ❑ Din perspectiva beneficiarilor, persoane vârstnice, îngrijirea la domiciliu ar trebui să se realizeze alocându-se *mai mult timp pentru fiecare bolnav*, fapt care în prezent este limitat de *numărul redus de personal de îngrijire* de care dispun unitățile de îngrijire la domiciliu. O altă problemă semnalată deopotrivă de beneficiari și de furnizori ar fi necesitatea extinderii serviciilor care presupun *adaptarea locuinței* vârstnicilor, pentru a spori accesibilitatea și capacitatea de autoservire a acestora.
- ❑ Serviciile sociale, socio-medicale și medicale oferite în prezent persoanelor vârstnice beneficiare cuprind un pachet de bază care ar putea fi lărgit în funcție de nevoile identificate în rândul populației vârstnice.
- ❑ Repartizarea furnizorilor la nivel național este inegală - în detrimentul beneficiarilor din mediul rural - oferta de servicii fiind mult mai redusă pentru localitățile mici și pentru cele rurale, în care sunt active doar organizațiile neguvernamentale iar instituțiile publice nu au decât în mică măsură organizate servicii de îngrijire la domiciliu. Această discrepanță trebuie avută în vedere la elaborarea strategiilor de politică socială și la distribuirea fondurilor de la bugetul de stat și local pentru a se

acorda asistență la domiciliu și vârstnicilor din mediul rural care au rămas singuri prin migrația generației tinere către mediul urban.

- În România nu au fost încă dezvoltate programe care să vizeze *pregătirea pentru pensionare și identificarea posibilităților de menținere a unei vieți active și unei participări sociale semnificative a persoanelor vârstnice*. Din acest punct de vedere îngrijirea la domiciliu ar putea să capete noi valențe incluzând și programe de reintegrare socială în paralel cu cele de îngrijire socio-medicală și medicală.
- Considerăm ca un element pozitiv implicarea voluntarilor în activitățile de îngrijire la domiciliu a persoanelor vârstnice, cu prioritate de către organizațiile neguvernamentale ca efect și al noilor prevederi legislative care stimulează solidaritatea socială în raport cu persoanele de vârstă a treia aflate în situații de risc.
- De asemenea, din analiza făcută, reiese că furnizorii de servicii comunitare pentru vârstnici își desfășoară activitatea cu personal specializat care beneficiază de formare continuă în cadrul instituției sau cu voluntari care au fost calificați. Grație faptului că beneficiază de aportul personalului specializat majoritatea furnizorilor de îngrijiri la domiciliu sunt preocupați de elaborarea de instrumente metodologice adaptate necesităților proprii care pot constitui o sursă de informație pentru instituțiile care sunt desemnate să elaboreze la nivel național aceste metodologii.

⇒ **aspecte legislative :**

Legea nr.17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice prezintă o serie de lacune deoarece nu acoperă întreaga problematică a vârstei a treia, iar prevederile sale nu sunt puse în aplicare corespunzător. Nu există o lege care să reglementeze protecția socială a persoanelor vârstnice în acord cu drepturile lor recunoscute la nivel european.

Deși Legea nr.17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice a intrat în vigoare în anul 2000, până în prezent se observă o slabă dezvoltare a serviciilor pentru vârstnici comparativ cu alte categorii defavorizate (copii, persoane cu handicap) și o insuficientă dezvoltare a structurilor la nivelul autorităților publice. Nu există o autoritate competentă la nivel național delegată de Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale pentru a elabora strategii, a urmări aplicarea măsurilor pe plan local, a gestiona baze de date cu privire la numărul persoanelor vârstnice aflate în situația de risc și al serviciilor dezvoltate pentru acestea. De asemenea, nu există

servicii/departamente destinate persoanelor vârstnice în cadrul direcțiilor de asistență socială județene, persoanele vârstnice fiind asimilate cu persoanele adulte sau persoanele cu handicap și de cele mai multe ori marginalizate.

Legea nr.17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice prezintă o serie de lipsuri deoarece nu acoperă întreaga problematică a persoanelor de vârstă a treia, iar prevederile sale nu sunt puse în aplicare corespunzător. Pe de altă parte legislația în domeniul sanitar nu încurajează furnizorii de servicii medicale pentru a încheia contracte cu casele județene de asigurări de sănătate, iar sumele decontate de către acestea sunt considerate insuficiente pentru acoperirea costurilor serviciilor acordate.

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

- ❑ corelarea judicioasă a termenilor utilizați referitor la asistența/serviciile medicale în acord cu noua legislație în domeniul sănătății, respectiv : asistența medicală primară, asistența medicală comunitară, servicii medicale extinse;
- ❑ nu sunt cuprinse măsuri concrete pentru dezvoltarea platformei gerontologice, ci doar intenții declarative cu caracter general;
- ❑ nu cuprinde tipurile de servicii sociale, cu informații generale despre acestea;
- ❑ nu este prezentat explicit traseul birocratic pe care persoana vârstnică sau susținătorii acesteia trebuie să-l parcurgă pentru a beneficia de servicii sociale;
- ❑ îngrijirea pe principiul abordării integrate a nevoilor persoanei vârstnice presupune precizarea clară a tipurilor de servicii într-o taxonomie care să constituie reper pentru furnizori, finanțatori și evaluatori;
- ❑ nu sunt delimitate clar componența, atribuțiile și responsabilitățile echipei care asigură îngrijirea la domiciliu a persoanei vârstnice;
- ❑ nu sunt precizate serviciile de care beneficiază persoanele vârstnice în centrele rezidențiale;
- ❑ *serviciile sociale, socio-medicale și medicale* oferite persoanelor vârstnice cuprind un *pachet de bază care ar putea fi extins* în funcție de nevoile individuale identificate în rândul populației vârstnice;

- ❑ *colaborarea dificilă cu sistemul sanitar* ca urmare a nereglementării acesteia și constatarea că nu toate unitățile medico-sociale funcționează în baza unui contract cu casele județene de asigurări de sănătate se reflectă în capacitatea limitată a acestora de a asigura și a susține financiar asistența medicală a persoanelor asistate.

Legislația în domeniul sanitar nu încurajează furnizorii de servicii medicale pentru a încheia contracte cu casele județene de asigurări de sănătate, iar sumele decontate de către acestea sunt considerate insuficiente pentru acoperirea costurilor.

CAPITOLUL IV

PROPUNERI

Propunerile pentru îmbunătățirea activității așa cum rezultă din practica furnizorilor de îngrijiri la domiciliu sunt următoarele:

În plan legislativ:

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

În plan financiar:

- ❑ Identificarea de **noi surse de finanțare**;
- ❑ **Facilitarea recuperării TVA** pentru achizițiile persoanelor fizice care desfășoară activități non profit;
- ❑ Atragerea de **fonduri din sectorul privat**;
- ❑ **Scutirea de taxe și impozite** pentru activitățile de îngrijire la domiciliu;
- ❑ **Încurajarea sponsorizărilor** oferite de persoane juridice ori fizice pentru sprijinirea activităților de îngrijire la domiciliu prin modificarea Legii nr. 32/1992;
- ❑ **Acordarea de sume defalcate din impozitul pe venit** pentru activitățile de asistență socială;
- ❑ **Mărirea volumului subvențiilor alocate asociațiilor și fundațiilor în temeiul Legii nr. 34/1998** pentru înființarea și administrarea unităților de

îngrijiri la domiciliu destinate persoanelor vârstnice, în vederea îmbunătățirii calității serviciilor acordate prin programele derulate de către acestea;

- ❑ **Suținerea costurilor pentru programele de îngrijire la domiciliu prin subvenții de la bugetul de stat** deoarece descentralizarea a avut efecte negative asupra asistenței sociale în mediul rural și în zonele defavorizate ale țării unde bugetul local este mic.

Resurse umane:

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

Servicii si infrastructura:

- ❑ **Extinderea și reabilitarea centrelor de zi;**
- ❑ Înființare de **cluburi pentru persoanele vârstnice;**
- ❑ **Acordarea de spații de către autoritățile publice locale** prin redirectionarea scopului și atribuirea lor prin contracte de comodat;
- ❑ Extinderea și dezvoltarea **serviciilor comunitare - integrate** de asistență medico-socială la domiciliu;
- ❑ Dezvoltarea unui **sistem complex de servicii socio-medicale** pentru vârstnici;
- ❑ Introducerea unor **facilități în vederea promovării și stimulării îngrijirii la domiciliu a persoanelor vârstnice;**
- ❑ Reglementarea unei **autorități care să fie monitorizeze sistemul de îngrijire la domiciliu** la nivel național;

- ❑ **Extinderea anumitor tipuri de servicii și prestații**, care răspund nevoilor individuale ale persoanelor vârstnice, exemplu: “cantina pe roți”, farmacia socială, asistență stomatologică etc;
- ❑ **Îmbunătățirea și extinderea tipurilor de servicii** ce le sunt asigurate vârstnicilor asistați la domiciliu, respectiv programe de terapie ocupațională, recuperare, activități cultural - artistice etc;
- ❑ **Dotarea furnizorilor de îngrijiri la domiciliu cu echipamente și aparatură medicală** necesare desfășurării activității;
- ❑ **Îmbunătățirea colaborării cu casele de sănătate** și celelalte institutii medicale (unități medico-sociale, spitale, centre de diagnostic etc);
- ❑ **Supravegherea și coordonarea activității de protecție socială de către o autoritate națională** investită cu atribuții în acest domeniu;
- ❑ Elaborarea unor **ordine comune ale Ministerului Sănătății și Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale** care să reglementeze acordarea asistenței medicale și socio-medicale la domiciliu și să stabilească responsabilitățile și cooperarea între cele două domenii;
- ❑ **Evidența și monitorizarea centralizată a numărului de cazuri** sociale, persoane vârstnice, pentru o evaluare a cererii și ofertei de servicii, utilă în elaborarea unei strategii de dezvoltare a rețelei de servicii sociale în funcție de nevoile identificate;
- ❑ Elaborarea și implementarea unei **metodologii de lucru pentru derularea programelor de servicii sociale în regim de urgență** - intervenție în caz de criză - la nivelul serviciilor publice de asistență socială ale autorităților locale;
- ❑ Înființarea unui **serviciu de monitorizare a asistenței sociale a vârstnicilor la nivel național**, care să dispună de o baza de date referitor la numărul de solicitanți și numărul de beneficiari, în scopul evaluării nevoii de servicii sociale pentru a elabora o strategie în acord cu realitatea cu care se confruntă sistemul național de asistență socială;
- ❑ **Implementarea unui sistem de îngrijiri de lungă durată** ca o componentă importantă pentru dezvoltarea strategiei în domeniul persoanelor vârstnice.

Implicarea comunității în acțiunile sociale:

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

Extinderea parteneriatul public-privat:

- ❑ **Creșterea nivelului subvențiilor alocate asociațiilor și fundațiilor** în temeiul Legii nr. 34/1998 pentru înființarea și administrarea unităților de îngrijiri la domiciliu destinate persoanelor vârstnice și facilitarea tuturor celorlalte forme legale de acces la fonduri interne sau externe, în vederea extinderii rețelei și îmbunătățirii calității serviciilor acordate prin programele derulate de către acestea;
- ❑ **Îmbunătățirea comunicării interinstituționale;**
- ❑ **Încurajarea sponsorizărilor și donațiilor** oferite de persoane juridice ori fizice pentru finanțarea și dotarea instituțiilor de asistență socială și a organizațiilor neguvernamentale.

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

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

Instrumentul cel mai important pentru creșterea calității serviciilor sociale pentru persoanele vârstnice îl deține administrația publică, respectiv guvernul și parlamentul, și

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

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

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

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

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

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

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

Problemele acestui important segment de populație au fost abordate, până în prezent, de cele mai multe ori, cu referire la sistemul de securitate socială, cu accent principal asupra sistemului de pensii. Modelele de îngrijire moderne spre care tindem pun accentul pe acțiuni de prevenire a situațiilor de dependență și pe programe de

socializare. Conservarea capacităților fizice, psihice, intelectuale se realizează prin păstrarea cât mai mult timp a vârstnicilor în viața activă și valorizarea experienței acestora în folosul propriu și al comunității. Totodată, **fără o asistență socială și medicală de lungă durată, existența însăși a persoanelor vârstnice dependente este compromisă deoarece odată cu înaintarea în vârstă, riscul de a prezenta boli invalidante și implicit de dependență crește.**

Realizatori :

referent spec. *Simona Ghiță*

Șef birou „Analize și studii” *Alina Matei*

CADRUL LEGISLATIV

- **Legea nr. 34 din 20 ianuarie 1998** privind acordarea unor subvenții asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică, care înființează și administrează unități de asistență socială;
- **OG nr. 26 din 30 ianuarie 2000** cu privire la asociații și fundații;
- **Legea nr. 16 din 6 martie 2000** privind înființarea, organizarea și funcționarea Consiliului Național al Persoanelor Vârstnice, cu modificările și completările ulterioare;
- **Legea nr. 17 din 6 martie 2000** privind asistența socială a persoanelor vârstnice, cu modificările și completările ulterioare;
- **HG nr. 886 din 5 octombrie 2000** pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice;
- **HG nr. 1.153 din 21 noiembrie 2001** pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr. 34/1998 privind acordarea unor subvenții asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică, care înființează și administrează unități de asistență socială;
- **HG nr. 90 din 23 ianuarie 2003** pentru aprobarea Regulamentului cadru de organizare și funcționare a serviciului public de asistență socială;
- **OG nr. 37 din 30 ianuarie 2003** pentru modificarea și completarea OG nr. 26/2000 cu privire la asociații și fundații;
- **HG nr. 335 din 20 martie 2003** privind modificarea și completarea HG nr. 90/2003 pentru aprobarea Regulamentului – cadru de organizare și funcționare a serviciului public de asistență socială;
- **Ordin nr. 318 din 07 aprilie 2003** pentru aprobarea Normelor privind organizarea și funcționarea îngrijirilor la domiciliu, precum și autorizarea persoanelor juridice și fizice care acordă aceste servicii;
- **Decizie nr. 249 din 30 mai 2003** privind aprobarea standardelor pentru acreditarea furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu;
- **Ordin nr. 559 din 09 iunie 2003** privind aprobarea Normelor metodologice de evaluare pentru acreditarea furnizorilor de îngrijiri la domiciliu;
- **OG nr. 68 din 23 august 2003** privind serviciile sociale;
- **Legea nr. 515 din 28 noiembrie 2003** pentru aprobarea OG nr. 68/2003 privind serviciile sociale;

- **Ordin al ministrului muncii, solidarității sociale și familiei nr. 422 din 9 august 2004** pentru aprobarea Standardelor obligatorii de calitate privind serviciile sociale specializate din România, furnizate în sistemul public, privat și parteneriat public – privat;
- **Decizie nr. 134 din 02 martie 2004** pentru modificarea și completarea Deciziei președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 249/2003 privind aprobarea Standardelor pentru acreditarea furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu;
- **Decizie nr. 229 din 04 mai 2004** privind modificarea Standardelor pentru acreditarea furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu;
- **OG nr. 86 din 19 august 2004** pentru modificarea și completarea OG nr. 68/2003 privind serviciile sociale;
- **Ordin nr. 1.063 din 24 august 2004** pentru modificarea Ordinului ministrului sănătății și familiei nr. 559/2003 privind aprobarea Normelor metodologice de evaluare pentru acreditarea furnizorilor de îngrijiri la domiciliu;
- **HG nr. 412 din 5 mai 2005** privind organizarea și funcționarea Ministerului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei;
- **Ordin nr. 383 din 6 iunie 2005** pentru aprobarea standardelor generale de calitate privind serviciile sociale și a modalității de evaluare a îndeplinirii acestora de către furnizori;
- **HG nr. 942 din 18 august 2005** privind modificarea și completarea HG nr. 1.153 din 21 noiembrie 2001 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr. 34/1998 privind acordarea unor subvenții asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică, care înființează și administrează unități de asistență socială;
- **HG nr. 1.317 din 27 octombrie 2005** privind sprijinirea activităților de voluntariat în domeniul serviciilor de îngrijire la domiciliu persoanelor vârstnice;
- **Ordin nr. 246 din 27 martie 2006** privind aprobarea standardelor minime specifice de calitate pentru serviciile de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice și pentru centrele rezidențiale pentru persoanele vârstnice;
- **Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006** privind reforma în domeniul sănătății;

-
- **H.G. nr. 262/2010** pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;
 - **Ordinului M.S. și al preș. CNAS nr. 343/417/2010** pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.