



**CONSILIUL NAȚIONAL AL
PERSOANELOR VÂRSTNICE**

Sistemul de servicii rezidențiale pentru persoanele vârstnice

2013

Cuprins

Introducere	3
1. Îmbătrânirea demografică și incidența dependenței	7
2. Asistența socială a persoanelor vârstnice	9
2.1. Sistem național, principii de funcționare, beneficiari.....	9
2.2. Serviciile sociale – conținut, principii de acordare, clasificare și control.....	16
3. Instituții de asistență socială	21
3.1. Tipuri de instituții și, atribuții principale ale acestora.....	21
3.2. Căminele pentru persoanelor vârstnice în cămine.....	24
3.3. Centrele de îngrijire și asistență.....	26
3.4. Centre de recuperare și reabilitare.....	27
4. Parteneriatul public – privat în administrarea instituțiilor de asistență socială pentru persoane vârstnice	30
5. Standardele de calitate privind serviciile sociale	33
6. Evaluarea situației persoanelor vârstnice care necesită asistență socială ..	42
7. Concluzii	44
8. Propuneri	46
 <i>Cadrul legislativ</i>	 48

Introducere

Este cunoscut faptul că fenomenul îmbătrânirii atrage marginalizarea și excluziunea socială a vârstnicilor cu consecințe *demografice, socio – medicale, economice, psihosociale și socio - culturale*:

- consecințele *demografice* au în vedere tendința continuă de depopulare a zonelor rurale și de îmbătrânire a forței de muncă;
- consecințele *sociale* privesc creșterea riscului de marginalizare a persoanelor vârstnice care și-au încetat activitatea profesională, scăderea capacității de adaptare socială, precum și accentuarea dificultăților în asigurarea unei protecții sociale adecvate, diminuarea veniturilor odată cu pensionarea și apariția riscului de pierdere a independenței financiare;
- consecințele *socio - medicale* vizează creșterea nevoilor de îngrijiri complexe datorate polipatologiei specifice vârstei a treia, creșterea duratei de spitalizare și creșterea numărului de internări datorită bolilor cronice, apariția stărilor de invaliditate severă generatoare de situații de dependență care creează probleme deosebite persoanelor în cauză, familiei și comunității, necesitând acordarea unui număr mărit de servicii medico – sociale și, nu în ultimul rând, asistarea în instituții de asistență socială;
- *consecințele economice* vizează declinul economic și efectele restructurării societății care creează probleme greu de rezolvat pe linia asigurării unei protecții economico – sociale minime a persoanelor vârstnice;
- *consecințele psihosociale și socio-culturale* vizează scăderea capacității de adaptare socială și psihosocială și apariția conflictelor între generații.

Pentru prevenirea marginalizării sociale a vârstnicilor și pentru dezvoltarea unui sistem de asistență socială care să fie capabil să acopere necesarul de servicii sociale, socio-medicale și medicale al persoanelor vârstnice este necesar să se intensifice parteneriatul dintre sistemul public și cel privat, dintre autoritățile publice locale și organizațiile neguvernamentale (asociații și fundații).

Un pachet distinct de servicii sociale trebuie asigurat pentru persoanele vârstnice aflate în dificultate.

Cheia pentru asigurarea unor servicii de calitate care să satisfacă nevoile cetățenilor constă în planificarea furnizării acestor servicii pe baza unei bune

informări în legătură cu nevoia socială care trebuie acoperită integral și cu impactul serviciilor acordate asupra acestei nevoi și a vieții persoanelor vârstnice în general.

Acordarea serviciilor sociale este necesar să se bazeze pe următoarele cerințe:

- Egalitatea de șanse;
- Libertatea de alegere;
- Independența și individualitatea fiecărei persoane;
- Servicii de calitate, accesibile, flexibile, adaptate nevoilor sociale;
- Transparența și participarea membrilor comunității la acordarea serviciilor sociale;
- Confidențialitatea cu privire la beneficiarii serviciilor sociale;
- Respectarea demnității umane.

Fenomenul general de îmbătrânire a populației obligă societatea să facă față unui număr crescut de pensionari și unui număr important de persoane dintre acestea care au rămas singure, de regulă de sex feminin.

Sistemul actual de asistență socială reunește, în principal:

- transferurile bănești de la bugetul statului;
- facilitățile diverse;
- serviciile de îngrijire la domiciliu;
- serviciile de găzduire, supraveghere, recuperare în unități specializate;
- personalul specializat pentru acordarea serviciilor;
- descentralizarea acțiunilor sociale până la nivelul comunităților;
- finanțarea județeană și locală;
- parteneriatul și solidaritatea socială a membrilor comunităților;
- identificarea beneficiarilor și stabilirea formelor de sprijin.

Este necesară constituirea unui cadru comprehensiv și dinamic care să permită dezvoltarea și implementarea politicilor și programelor de asistență socială destinate nevoilor specifice persoanelor vârstnice, în vederea susținerii participării acestora la viața economică, socială și culturală a comunității și asigurării dreptului pentru acestea la o viață autonomă. În prezent există forme de îngrijire a persoanelor vârstnice atât în sistem rezidențial, cât și în sistem de centre de zi și de îngrijiri la domiciliu, fără însă ca acestea să acopere nevoia socială.

Vârstnicii sunt subiect al strategiei privind protecția socială a persoanelor vârstnice care datorită veniturilor insuficiente, bolilor, a relațiilor sociale diminuate sau din alte motive individualizate se află într-o situație de risc de marginalizare socială.

În domeniul asistenței persoanelor vârstnice o nevoie socială prioritară o constituie identificarea soluțiilor pentru îngrijirea de tip rezidențial a acestora, cu prioritate a celor care nu dispun de fonduri suficiente pentru a plăti integral costul de întreținere din căminele care funcționează în administrarea unor organizații neguvernamentale și a consiliilor locale.

În România se întâlnește o situație particulară și anume solicitările unui mare număr de persoane vârstnice pentru a fi îngrijite în instituții de asistență socială, deoarece veniturile personale sunt insuficiente pentru acoperirea costurilor vieții de zi cu zi, privind medicamentele, alimentația și cheltuielile de întreținere a locuinței, căldură, curent electric, etc. și pentru că au rămas singure.

De asemenea, mediul rural este un spațiu foarte puțin deschis spre oferta de servicii sociale, de îngrijire medicală și socio - medicală.

Căminele pentru persoane vârstnice, centrele de îngrijire și asistență, centrele de recuperare și reabilitare, finanțate de la bugetele locale, sunt puține la număr și nu acoperă nici pe departe solicitările, acestea fiind cu mult mai mari decât capacitatea acestor instituții. Căminele pentru persoane vârstnice finanțate de organizațiile neguvernamentale au de asemenea puține locuri, iar cererea pentru asistare este foarte mare deși costurile de întreținere în aceste instituții de asistență socială sunt mari.

În această situație, **acordarea serviciilor sociale impune o abordare complexă și integrată** care să asigure menținerea persoanelor vârstnice la propriul domiciliu, ceea ce ar degreva substanțial găzduirea și îngrijirea lor în instituții, unde costurile, după cum am menționat, sunt mult mai mari.

Ținând cont de faptul că populația vârstnică înregistrează o creștere rapidă și constantă în întreaga lume, iar consecințele socio – economice ale acestui fenomen afectează și România, asistența socială a persoanelor vârstnice trebuie considerată o activitate importantă de protecție socială și de îmbunătățire a calității vieții acestui segment de populație.

Acțiunile în domeniul protecției sociale, în conformitate cu cerințele Uniunii Europene, au la bază mai multe principii aplicabile pentru programele de îngrijire a persoanelor vârstnice în sistem rezidențial, ca de exemplu:

- garantarea unei participări totale și active la viața comunității a persoanelor aflate în dificultate socială;
- asistarea persoanelor aflate în dificultate socială pentru a-și conduce viața independent, în acord cu propriile dorințe;

- prevenirea sau eliminarea posibilității apariției deficienței, prevenirea agravării și diminuarea consecințelor acesteia;
- prevenirea apariției barierelor sociale, precum și diminuarea consecințelor situației actuale;
- evitarea sau eliminarea formelor negative de discriminare.

În sensul folosit în cultura europeană, gradul de civilizație și dezvoltare a unei societăți se măsoară în mod determinant și prin sistemul de protecție socială existent în societatea respectivă, prin măsura în care mecanismele de redistribuire a veniturilor și sistemul serviciilor sociale reușesc să asigure un nivel de trai acceptabil și șanse egale de participare la viața socială pentru toți cetățenii.

Reformarea sistemului de pensii și a sistemului de asigurări de sănătate, aprobarea legislației cadru a asistenței sociale și pentru serviciile sociale, retragerea treptată a administrației centrale din acordarea asistenței sociale și aducerea acesteia cât mai aproape de comunitate, recunoașterea rolului societății civile în asistența socială, sunt măsuri ale căror rezultate pozitive vor apărea cu siguranță în următorii ani.

Mobilizarea resurselor necesare, responsabilizarea factorilor relevanți și asigurarea unui parteneriat eficient în vederea valorizării persoanelor vârstnice în societate și a promovării, protecției și respectării drepturilor acestora, constituie un obiectiv relevant.

Completarea, sistematizarea și profesionalizarea sistemului de servicii sociale specializate sunt necesare în vederea asigurării accesibilității, transparenței și coerenței sistemului în beneficiul persoanei ori familiei, aflată în situații specifice de vulnerabilitate sau de risc de excludere socială.

CAPITOLUL 1

Îmbătrânirea demografică și incidența dependenței

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

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

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

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

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

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

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

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

Conform informațiilor la nivelul anului 2011, pentru țările Uniunii Europene, cu privire la speranța de viață la 65 ani, se constată că cea mai mare speranță de viață la vârsta de 65 ani se înregistrează în Franța, pentru femei (23,8 ani) și în Germania pentru bărbați (19,3 ani) și cea mai mică în Bulgaria (17,3 ani) pentru femei și în Letonia (13,4 ani) pentru bărbați. Așa cum se constată, cea mai mare speranță de viață în ani sănătoși, la vârsta de 65 ani, se înregistrează în Suedia, atât pentru femei (15,2 ani, 71,4%), cât și pentru bărbați (13,9 ani, 75,1%) și cea mai mică în Slovacia (2,9 ani, 15,8%) pentru femei și tot în Slovacia (3,5 ani, 24,1%) pentru bărbați.

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

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

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

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

CAPITOLUL 2

Asistența socială a persoanelor vârstnice

2.1. Sistem național, principii de funcționare, beneficiari

Legea nr. 292/2011 – Legea asistenței sociale este cea care reglementează în prezent **sistemul național de asistență socială** și îl definește ca ansamblul de instituții, măsuri și acțiuni prin care statul, reprezentat de autoritățile administrației publice centrale și locale, precum și societatea civilă intervin pentru prevenirea, limitarea sau înlăturarea efectelor temporare ori permanente ale situațiilor care pot genera marginalizarea sau excluderea socială a persoanei, familiei, grupurilor ori comunităților.

Sistemul național de asistență socială **intervine subsidiar** sau, după caz, **complementar sistemelor de asigurări sociale** și se compune din sistemul de beneficii de asistență socială și sistemul de servicii sociale.

Beneficiile de asistență socială, în funcție de condițiile de eligibilitate, se clasifică astfel:

- a) *beneficii de asistență socială selective*, bazate pe testarea mijloacelor de trai ale persoanei singure sau familiei;
- b) *beneficii de asistență socială universale*, acordate fără testarea mijloacelor de trai ale persoanei singure sau familiei;
- c) *beneficii de asistență socială categoriale*, acordate pentru anumite categorii de beneficiari, cu sau fără testarea mijloacelor de trai ale persoanei singure ori familiei.

Testarea mijloacelor de trai ale persoanei singure sau familiei, are în vedere:

- a) *evaluarea veniturilor bănești* reprezentate de toate veniturile realizate în țară sau în afara graniței țării, inclusiv cele care provin din drepturi de asigurări sociale de stat, asigurări de șomaj, obligații legale de întreținere, indemnizații, alocații, ajutoare cu caracter permanent, alte creanțe legale;
- b) *evaluarea bunurilor și a veniturilor ce pot fi obținute prin valorificarea /utilizarea bunurilor mobile și imobile aflate în proprietate ori folosință.*

*Nivelurile, respectiv cuantumul beneficiilor de asistență socială se stabilesc în raport cu **indicatorul social de referință**, prin aplicarea unui indice social de inserție.*

Indicatorul social de referință (ISR) reprezintă unitatea exprimată în lei la nivelul căreia se raportează beneficiile de asistență socială, suportate din bugetul de stat, acordate atât în vederea asigurării protecției persoanelor în cadrul sistemului de asistență socială, cât și în vederea stimulării persoanelor beneficiare ale sistemului de asistență socială, pentru a se încadra în muncă. Valoarea indicatorului social de referință este cea prevăzută de Legea

nr. 76/2002 privind sistemul asigurărilor pentru șomaj și stimularea ocupării forței de muncă, cu modificările și completările ulterioare.

Indicele social de inserție (ISI) este coeficientul de multiplicare aplicabil indicatorului social de referință și se stabilește în raport cu tipul de familie, precum și cu scopul beneficiului de asistență socială.

Nivelul beneficiilor de asistență socială cumulate de o persoană singură sau, după caz, de o familie nu poate depăși un **coeficient raportat la valoarea indicatorului social de referință**. Coeficientul se stabilește anual prin hotărâre a Guvernului, în funcție de tipul familiei și al beneficiilor de asistență socială la care aceasta sau membrii acesteia, respectiv persoana singură au dreptul.

În termen de 3 ani de la data intrării în vigoare a legii 292/2011, sistemul informatic integrat va trebui să asigure verificarea datelor înscrise în cerere, precum și a altor informații referitoare la solicitant și situația socio-economică a acestuia. Începând cu data la care se împlinesc 6 luni de la începerea funcționării sistemului informatic integrat, cererea se va putea depune fără a fi necesare documente doveditoare. Acestea se vor prezenta doar la solicitarea expresă a autorităților pentru stabilirea anumitor beneficii de asistență socială prevăzute de lege.

Serviciile sociale reprezintă activitatea sau ansamblul de activități realizate pentru a răspunde nevoilor sociale, precum și celor speciale, individuale, familiale sau de grup, în vederea depășirii situațiilor de dificultate, prevenirii și combaterii riscului de excluziune socială, promovării incluziunii sociale și creșterii calității vieții.

După scopul lor, serviciile sociale pot fi clasificate în: servicii de asistență și suport pentru asigurarea nevoilor de bază ale persoanei, servicii de îngrijire personală, de recuperare/reabilitare, de inserție/reinserție socială etc.

Clasificarea serviciilor sociale are la bază următoarele criterii:

- a) scopul serviciului;
- b) categoriile de beneficiari cărora li se adresează;
- c) regimul de asistare, respectiv regimul rezidențial sau nerezidențial;
- d) locul de acordare;
- e) regimul juridic al furnizorului de servicii sociale;
- f) regimul de acordare.

Serviciile de îngrijire personală se adresează persoanelor dependente care, ca urmare a pierderii autonomiei funcționale din cauze fizice, psihice sau mintale, necesită ajutor semnificativ pentru a realiza activitățile uzuale ale vieții de zi cu zi.

Situația de dependență este o consecință a bolii, traumei și dizabilității și poate fi exacerbată de absența relațiilor sociale și a resurselor economice adecvate.

Îngrijirea persoanei care necesită pe o perioadă mai lungă de 60 de zile ajutor pentru îndeplinirea activităților de bază și instrumentale ale vieții zilnice este definită ca **îngrijire de lungă durată**. Beneficiarii serviciilor de îngrijire personală sunt *persoanele vârstnice*, persoanele cu dizabilități și bolnavii cronici.

Îngrijirea personală la domiciliu poate fi formală și informală:

- a) îngrijirea formală se asigură de persoana calificată, certificată profesional, în condițiile legii;
- b) îngrijirea informală se asigură de membrii de familie, prieteni, vecini sau o altă persoană necalificată care își asumă responsabilitatea îngrijirii persoanei.

Persoana dependentă care necesită asistență și /sau supraveghere permanentă poate beneficia de îngrijire zilnică acordată la domiciliu, de îngrijitorul formal, **pentru maximum 8 ore /zi**, consecutive sau repartizate la intervale regulate pe parcursul zilei.

Prin excepție, îngrijirea personală acordată la domiciliu poate fi asigurată, pe o perioadă mai mare de 8 ore /zi, de îngrijitori informali calificați sau de îngrijitori formali, numai în condițiile prevăzute expres de lege.

*Categoriile și tipurile de servicii sociale, activitățile și funcțiile aferente fiecărui tip de serviciu, precum și regulamentele-cadru de organizare și funcționare se stabilesc prin **Nomenclatorul serviciilor sociale**, aprobat prin hotărâre a Guvernului, la propunerea Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice.*

Asistența socială a persoanelor vârstnice este detaliată în Capitolul IV, Secțiunea a IV a) a Legii nr. 292/2011 și în Legea nr. 17/2000, prevederile celor două acte normative nefiind încă armonizate. Persoanele vârstnice reprezintă o categorie de populație vulnerabilă cu nevoi particulare, datorită limitărilor fiziologice și fragilității caracteristice fenomenului de îmbătrânire. Persoanele vârstnice, în funcție de situațiile personale de natură socio-economică, medicală și fiziologică, beneficiază de măsuri de asistență socială, în completarea prestațiilor de asigurări sociale pentru acoperirea riscurilor de bătrânețe și de sănătate.

Familia persoanei vârstnice are obligația de a asigura îngrijirea și întreținerea acesteia. Obligațiile familiei persoanei vârstnice se stabilesc astfel încât să nu afecteze veniturile considerate a fi minim necesare vieții curente a persoanei /persoanelor obligate la întreținere, precum și a copiilor acesteia /acestora.

În situația persoanei vârstnice singure sau a cărei familie nu poate să asigure, parțial sau integral, îngrijirea și întreținerea acesteia, statul intervine prin acordarea de beneficii de asistență socială și servicii sociale adecvate nevoilor strict individuale ale persoanei vârstnice.

Beneficiile de asistență socială se acordă persoanelor vârstnice care se găsesc în situații de vulnerabilitate, respectiv:

- a) nu realizează venituri proprii sau veniturile lor ori ale susținătorilor legali nu sunt suficiente pentru asigurarea unui trai decent și mediu sigur de viață;
- b) se află în imposibilitatea de a-și asigura singure activitățile de bază ale vieții zilnice, nu se pot gospodări singure și necesită asistență și îngrijire;
- c) nu au locuință și nici posibilitatea de a-și asigura condițiile de locuit pe baza resurselor proprii;
- d) se află în alte situații de urgență sau de necesitate, prevăzute de lege.

Beneficiile de asistență socială pentru persoanele vârstnice sunt, în principal:

- a) beneficiile de asistență socială pentru prevenirea și combaterea sărăciei și a riscului de excluziune socială;
- b) indemnizații de îngrijire, acordate în condițiile legii;
- c) alocații sau contribuții pentru asigurarea calității serviciilor sociale, destinate acoperirii costurilor hranei în cantine sociale, în centrele rezidențiale de îngrijire, precum și pentru susținerea unor suplimente nutriționale;
- d) facilități privind transportul urban și interurban, telefon, radio-tv, achiziția de produse alimentare, bilete de tratament balnear sau pentru recreere, precum și a altor servicii;
- e) ajutoare pentru situații care pun în pericol viața și siguranța persoanei vârstnice, precum și pentru evitarea instituționalizării;
- f) ajutoare în natură precum: alimente, încălțăminte, îmbrăcăminte, medicamente și dispozitive medicale, materiale de construcții și altele asemenea.

În vederea prevenirii, limitării sau înlăturării efectelor temporare ori permanente ale unor situații care pot afecta viața persoanei vârstnice sau pot genera riscul de excluziune socială, persoanele vârstnice au dreptul la servicii sociale.

La procesul decizional privind dezvoltarea serviciilor sociale destinate persoanelor vârstnice, **autoritățile administrației publice centrale și locale au obligația de a consulta organismele reprezentative ale persoanelor vârstnice, constituite conform legii.**

Pentru a identifica și a răspunde cât mai adecvat nevoilor sociale ale persoanelor vârstnice și condițiilor particulare în care aceștia se află, serviciile sociale se organizează cu prioritate la nivelul comunităților locale.

Autoritățile administrației publice locale au responsabilitatea identificării și evaluării nevoilor persoanelor vârstnice, a organizării, planificării și asigurării finanțării sau cofinanțării serviciilor sociale, iar furnizorii de servicii sociale publici și privați au responsabilitatea acordării acestora cu respectarea standardelor de calitate.

Persoanele vârstnice dependente beneficiază, conform legii, de servicii de îngrijire personală acordate în concordanță cu gradul de dependență în care se află și nevoile individuale de ajutor, precum și în funcție de situația familială și veniturile de care dispun.

Autoritățile administrației publice locale au obligația de a asigura serviciile de îngrijire personală acordate la domiciliu sau în centre rezidențiale pentru persoanele vârstnice dependente singure ori a căror familie nu poate să le asigure îngrijirea.

Evaluarea autonomiei funcționale a persoanelor dependente și stabilirea gradelor de dependență se realizează în baza unor criterii standard, aprobate prin hotărâre a Guvernului. Evaluarea autonomiei funcționale se realizează, de regulă, la domiciliul persoanei, de o echipă mobilă de evaluatori. Evaluarea autonomiei funcționale, în cazul persoanelor asistate în unități sanitare cu paturi, se poate realiza și la patul bolnavului, la solicitarea medicului curant sau a asistentului social angajat al spitalului.

Furnizarea serviciilor de îngrijire se realizează conform planului individualizat de asistență și îngrijire, elaborat de personal de specialitate, în baza recomandărilor formulate de echipa de evaluare.

Acordarea serviciilor de îngrijire personală la domiciliu a persoanelor vârstnice se realizează de către îngrijitorul formal sau informal. Îngrijitorii informali și formali beneficiază de facilități și servicii de suport, indemnizații, servicii de consiliere, servicii de tip respiro și concediu de îngrijire, conform legii.

Pentru menținerea în mediul propriu de viață și prevenirea situațiilor de dificultate și dependență, persoanele vârstnice beneficiază de servicii de consiliere, de acompaniere, precum și de servicii destinate amenajării sau adaptării locuinței, în funcție de natura și gradul de afectare a autonomiei funcționale.

Îngrijirea în centre rezidențiale a persoanelor vârstnice dependente poate fi dispusă numai în cazul în care îngrijirea la domiciliu a acestora nu este posibilă.

Centrele rezidențiale destinate persoanelor vârstnice pot fi organizate ca:

- a) centre de îngrijire temporară;
- b) centre de îngrijire pe perioadă nedeterminată, respectiv cămine pentru persoane vârstnice;
- c) locuințe protejate, complex de servicii și alte tipuri de centre.

Persoanele vârstnice care dispun de venituri proprii au obligația de a plăti o contribuție lunară pentru asigurarea serviciilor de îngrijire personală la domiciliu și pentru asistarea și îngrijirea în centre rezidențiale, stabilită de către autoritățile administrației publice locale sau furnizorii privați care le administrează.

În situația în care persoana vârstnică nu are venituri sau nu poate achita integral contribuția lunară, suma aferentă acesteia sau diferența până la concurența valorii integrale a contribuției se asigură de către susținătorii legali ai persoanei vârstnice, în conformitate cu nivelul veniturilor acestora, calculat pe membru de familie, în cuantumul prevăzut de lege.

Persoanele vârstnice care nu au venituri și nici susținători legali nu datorează contribuția lunară, aceasta fiind asigurată din bugetele locale, în limitele hotărâte de autoritățile administrației publice locale.

Persoana vârstnică care încheie acte juridice translativ de proprietate, cu titlu oneros sau gratuit, în scopul întreținerii și îngrijirii personale, are dreptul la măsuri de protecție acordate în condițiile legii.

Serviciile comunitare asigurate persoanelor vârstnice în instituțiile de tip rezidențial (cămine pentru persoane vârstnice, unități de asistență medico-socială, centre de îngrijire și asistență, adăposturi) sunt:

- a) *servicii sociale*, care constau în: ajutor pentru menaj, consiliere juridică și administrativă, modalități de prevenire a marginalizării sociale și de reintegrare socială în raport cu capacitatea psihoafectivă;
- b) *servicii socio-medicale*, care constau în: ajutor pentru menținerea sau readaptarea capacităților fizice ori intelectuale, asigurarea unor programe de ergoterapie, sprijin pentru realizarea igienei corporale;
- c) *servicii medicale*, care constau în: consultații și tratamente la cabinetul medical, în instituții medicale de profil sau la patul persoanei, dacă aceasta este imobilizată, servicii de îngrijire-infirmerie, asigurarea medicamentelor, asigurarea cu dispozitive medicale, consultații și îngrijiri stomatologice.

Referitor la **îngrijirea în centre de zi, cluburi pentru vârstnici, case de îngrijire temporară, apartamente și locuințe sociale, precum și altele asemenea** evidențiem:

- a. **Casele de îngrijire temporară, apartamentele și locuințele sociale** se adresează vârstnicilor aflați în situații de criză care necesită adăpost temporar, vârstnicii aflați în situații conflictuale, expuși riscului victimizării, izolați din punct de vedere social și care nu-și cunosc drepturile și modul de a și le proteja. *Serviciile de care beneficiază persoanele vârstnice sunt servicii medicale, de masă caldă, cazare și spălătorie, servicii de consiliere, asigurarea suportului emoțional, creșterea stimei de sine, medierea conflictelor, întregirea relațiilor familiale, întocmirea documentelor pentru obținerea drepturilor de protecție socială etc.*
- b. **În centrele de zi sau cluburile pentru vârstnici** se asigură masa caldă, servicii de consiliere psihologică, juridică, administrativă și se desfășoară activități de socializare, organizare de evenimente, invitarea unor personalități locale și specialiști în diverse domenii, ergoterapie - ateliere de creație, alte activități artistice și culturale (pictură, desen, dans, lecturarea unor cărți și a presei, vizionarea unor programe TV, poezie, dezbateri și prelegeri pe diverse teme etc.). Principalul rol al acestor instituții este de a menține active persoanele vârstnice, de a preveni izolarea și marginalizarea lor socială, de a valorifica potențialul fiecărei persoane asistate și de a stimula participarea, solidaritatea inter și intra-generațională. Activitatea din centrele de zi sau cluburile pentru vârstnici se poate realiza cu specialiști din domenii precum psihologic, juridic, ergoterapeutic sau din sfera culturală, dar pot fi angajați și voluntari, în mare măsură.

Principiile care stau la baza furnizării serviciilor sociale de către instituții sunt următoarele:

- a) respectarea drepturilor și a demnității omului;
- b) asigurarea autodeterminării și a intimității persoanelor beneficiare;
- c) asigurarea dreptului de a alege;
- d) abordarea individualizată și centrarea pe persoane;
- e) participarea persoanelor beneficiare;
- f) cooperarea și parteneriatul;
- g) recunoașterea valorii fiecărei persoane;
- h) abordarea comprehensivă, globală și integrată;
- i) orientarea pe rezultate;
- j) îmbunătățirea continuă a calității;
- k) combaterea abuzului asupra persoanelor beneficiare, în cadrul instituțiilor.

Instituțiile furnizoare de servicii sociale au următoarele atribuții:

- a) asigură furnizarea serviciilor sociale în interesul beneficiarului și în baza contractului încheiat cu acesta;
- b) asigură furnizarea serviciilor sociale cu titlu permanent ori temporar, cu sau fără găzduire;
- c) asigură întreținerea și folosirea eficientă a bazei materiale și a bunurilor din dotare;
- d) întocmesc proiecte și programe proprii care să asigure creșterea calității activității, potrivit politicilor și strategiilor naționale, județene și locale;
- e) organizează activități de socializare în vederea relaționării beneficiarilor cu mediul exterior instituțiilor;
- f) acordă sprijin și asistență de specialitate în vederea prevenirii situațiilor care pun în pericol siguranța beneficiarilor;
- g) dezvoltă parteneriate și colaborează cu organizații, instituții și orice forme organizate ale societății civile, în condițiile legii, în vederea diversificării serviciilor sociale furnizate;
- h) asigură îndeplinirea măsurilor de aducere la cunoștință atât personalului, cât și beneficiarilor a prevederilor din regulamentul propriu de organizare și funcționare;
- i) elaborează cartea drepturilor, specifică tipurilor de beneficiari cărora li se adresează;
- j) instituie măsuri de prevenire și combatere a traficului și consumului ilicit de droguri.

2.2. Serviciile sociale - conținut, principii de acordare, clasificare, control

Serviciile sociale reprezintă, potrivit art. 1 din OG nr. 86/2004, „*ansamblul complex de măsuri și acțiuni realizate pentru a răspunde nevoilor sociale individuale, familiale sau de grup, în vederea prevenirii și depășirii unor situații de dificultate,*

vulnerabilitate sau dependență pentru prezervarea autonomiei și protecției persoanei, pentru prevenirea marginalizării și excluziunii sociale, pentru promovarea incluziunii sociale și în scopul creșterii calității vieții”.

Principiile care stau la baza acordării serviciilor sociale sunt:

- respectarea drepturilor și a demnității persoanei;
- asigurarea autodeterminării și a intimității persoanelor beneficiare;
- solidaritatea socială;
- unicitatea persoanei;
- libertatea de a alege serviciul social în funcție de nevoia socială;
- egalitatea de șanse și nediscriminarea accesului la servicii sociale și în furnizarea acestora;
- participarea beneficiarilor la întregul proces de furnizare a serviciilor ;
- transparența și responsabilitatea publică în acordarea serviciilor sociale;
- proximitatea în furnizarea serviciilor sociale;
- complementaritatea și abordarea integrată în furnizarea serviciilor sociale;
- concurența și competitivitatea în furnizarea serviciilor sociale;
- confidențialitatea;
- orientarea pe rezultate;
- îmbunătățirea continuă a calității serviciilor sociale;
- combaterea abuzului asupra persoanelor beneficiare, în cadrul instituțiilor;
- parteneriatul între părțile implicate în procesul de furnizare a serviciilor sociale și beneficiarii acestora.

Serviciile sociale pot fi servicii cu caracter primar și specializate.

Serviciile sociale cu caracter primar sunt servicii sociale care au drept scop prevenirea sau limitarea unor situații de dificultate ori vulnerabilitate, care pot conduce la marginalizare sau excluziune socială. Acest tip de servicii sunt următoarele: activități de identificare a nevoii sociale individuale, familiale și de grup, activități de informare despre drepturi și obligații, măsuri și acțiuni de conștientizare și sensibilizare socială, măsuri și acțiuni de urgență în vederea menținerii în comunitate a persoanelor în dificultate, activități și servicii de consiliere, măsuri și activități de organizare și dezvoltare comunitară în plan social pentru încurajarea participării și solidarității sociale etc.

Serviciile sociale cu caracter primar au rol în evidențierea, diagnosticarea și evaluarea nevoilor sociale individuale, familiale și de grup, în informarea asupra situațiilor de risc social, precum și asupra drepturilor sociale ale persoanei,

identificarea persoanelor aflate în situații de risc în vederea realizării unor acțiuni și măsuri cu caracter preventiv, dezvoltarea de programe cu caracter comunitar, în scopul promovării sociale a persoanelor și colectivităților, prevenirea oricărei forme de dependență prin acțiuni de identificare, ajutor, susținere, informare și consiliere.

Serviciile sociale specializate sunt servicii sociale care au drept scop menținerea, refacerea sau dezvoltarea capacității individuale pentru depășirea unei situații de nevoie socială. Aceste servicii sociale sunt de recuperare și reabilitare, suport și asistență pentru persoanele aflate în dificultate, inclusiv pentru persoanele vârstnice dependente, îngrijire socio – medicală pentru persoanele aflate în dificultate, consiliere în cadrul instituționalizat, în centre de informare și consiliere etc.

Serviciile de îngrijire socio-medicală reprezintă un complex de activități care se acordă în cadrul unui sistem social și medical integrat și au drept scop principal menținerea autonomiei persoanei, precum și prevenirea agravării situației de dependență. Ele sunt acordate persoanelor care se găsesc în situația de dependență parțială sau totală de a realiza singure activități curente de viață, celor izolate, precum și celor care suferă de afecțiuni fizice, psihice, mentale sau senzoriale.

Principalele categorii de persoane cărora li se adresează serviciile de îngrijire social – medicală sunt persoanele vârstnice, persoanele cu handicap, bolnavii cronici, bolnavii care suferă de boli incurabile.

Serviciile de îngrijire socio – medicală sunt *servicii sociale, servicii medicale și servicii conexe* acestora.

Servicii de îngrijire socio – medicală de natură socială pot fi următoarele:

- **servicii de bază:** ajutor pentru igiena corporală, îmbrăcare și dezbrăcare, igiena eliminărilor, hrănire și hidratare, transfer și mobilizare, deplasare în interior, comunicare;
- **servicii de suport:** ajutor pentru prepararea hranei sau livrarea acesteia, efectuarea de cumpărături, activități de menaj, însoțirea în mijloacele de transport, facilitarea deplasării în exterior, companie, activități de administrare și gestionare, activități de petrecere a timpului liber;
- **servicii de reabilitare și adaptare a mediului:** mici amenajări, reparații etc.

Servicii de îngrijire socio – medicală de natură medicală sunt reprezentate de acțiuni de diagnostic, tratament și îngrijire.

Servicii de îngrijire socio – medicală de natura serviciilor conexe sunt servicii de recuperare și reabilitare, kinetoterapie, fizioterapie, terapie ocupațională, psihoterapie, psihopedagogie, logopedie și altele asemenea.

Principalele **funcții ale serviciilor sociale specializate** sunt: găzduire, îngrijire, recuperare, reabilitare și reinsertie socială a persoanelor vârstnice aflate într-o situație de nevoie socială, găzduire pe perioadă determinată a persoanelor fără adăpost, asistență și suport pentru asigurarea unei vieți autonome și active persoanelor vârstnice, precum și servicii de îngrijire acordate celor aflate într-o situație de dependență, informare, consiliere juridică sau de altă natură, sprijin și tratament specializat.

Îndeplinirea standardelor generale de calitate de către furnizorii de servicii sociale acreditați este monitorizată și evaluată de Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice prin direcțiile teritoriale de muncă și protecție socială, cât și prin inspectoratele teritoriale ale Inspecției Sociale.

Cadrul juridic în baza căruia se desfășoară **activitatea de control în domeniul serviciilor sociale și socio-medicale** pentru beneficiarii vârstnici este reprezentat de:

- **Ordinul ministrului muncii, familiei, protecției sociale și persoanelor vârstnice 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 care aprobă standardele generale de calitate privind serviciile sociale furnizate în sistem public, privat și în parteneriat public-privat și stabilește standarde pentru acreditarea furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv condițiile pe care trebuie să le îndeplinească furnizorii de servicii;*
- **Ordinului ministrului muncii, familiei, protecției sociale și persoanelor vârstnice nr. 246 din 27.03.2006** *privind aprobarea Standardelor minime specifice de calitate pentru serviciile de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice și pentru centrele rezidențiale pentru persoane vârstnice* este actul normativ care statuează standarde specifice pentru serviciile acordate vârstnicilor.

Furnizorii de servicii sociale beneficiază de o perioadă de 12 luni pentru a îndeplini condițiile de acreditare conform standardelor obligatorii de calitate, perioadă în care are obligația :

- să stabilească obiective valabile pe o perioadă de 3-5 ani, împreună cu personalul angajat sub forma unui proiect propriu, elaborat în conformitate cu legislația în vigoare;

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

Prin activitatea pe care o desfășoară, **furnizorii de servicii sociale trebuie să urmărească atingerea următoarelor obiective:**

- **apărarea și promovarea drepturilor beneficiarilor** în baza unui cod etic care promovează respectarea demnității beneficiarului, a familiei acestuia, a susținătorilor săi legali, prin care protejează beneficiarii împotriva unor eventuale riscuri și se promovează ideea de justiție socială;
- **asigurarea continuității în furnizarea de servicii**, astfel încât să fie valorificată contribuția tuturor actorilor sociali: beneficiarii, comunitatea locală, societatea civilă;
- **dezvoltarea și diversificarea de servicii în funcție de nevoile beneficiarilor** și de nevoile identificate în comunitate, implicând beneficiarul ca membru activ al echipei serviciului furnizat, contribuția fiecărei persoane prin angajarea ei în autoevaluare, feedbackul și evaluarea făcută de beneficiar, cât și valorile emise de acesta, respectând obiectivele serviciului furnizat;
- **promovarea participării beneficiarilor** la toate nivelurile de organizare și furnizare a serviciilor, precum și în cadrul comunității;
- **cooperarea la organizarea și dezvoltarea serviciilor sociale**, prin încheierea de parteneriate, pentru a asigura continuitate în furnizarea

serviciilor sociale, în cadrul unui sistem eficient și transparent care vine în întâmpinarea dificultăților și riscurilor la care sunt expuse persoanele vârstnice din cadrul comunităților.

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

- *carta drepturilor*, specifică tipurilor de beneficiari cărora li se adresează, cunoscută atât de beneficiari, cât și de asistenții sociali;
- *regulamentul de organizare și funcționare* prin care se stabilesc pentru beneficiari responsabilități și obligații, care le sunt făcute cunoscut și pe care trebuie să le respecte permanent și la orice nivel al intervenției;
- *planul de intervenție* și, după caz, *planul de asistență și îngrijire*, care valorifică întregul potențial uman corelat cu nevoile personale și ale căror rezultate sunt monitorizate și evaluate sistematic;
- *proceduri de măsurare a satisfacției beneficiarilor* cu privire la condițiile în care se acordă serviciul și facilitățile puse la dispoziție de furnizor;
- procedurile prevăzute în *regulamentul de organizare și funcționare* referitoare la *înregistrarea, medierea și soluționarea reclamațiilor* formulate de beneficiari, familiile ori susținătorii legali ai acestora;
- *modalitățile de evaluare inițială și complexă a nevoilor persoanei vârstnice*;
- *proceduri de implicare a beneficiarilor în procesul de luare a deciziilor*, în procesul dezvoltării de programe, precum și pentru evaluarea și administrarea serviciului primit;
- *un set de indicatori pentru monitorizarea procesului de integrare socială și de reabilitare a vârstnicilor*;
- un concept de *management al informației*, bazat pe un set unic de proceduri și de formulare utilizat pentru organizarea, stocarea, transmiterea și publicarea informației.

CAPITOLUL 3

Instituțiile de asistență socială

3.1. Tipuri de instituții și atribuțiile principale ale acestora

Principalele instituții de asistență socială în regim rezidențial pentru persoanele vârstnice sunt:

- căminele pentru persoane vârstnice (fostele cămine pentru pensionari),
- centrele de îngrijire și asistență (fostele cămine de bătrâni și căminele-spital pentru bolnavi cronici),
- centrele de recuperare și reabilitare (fostele cămine-spital neuropsihice).

Menționăm că nu au fost incluse în această clasificare unitățile medico-sociale, care sunt instituții de tip rezidențial și găzduiesc cu preponderență persoane vârstnice, dar al căror scop nu este rezidența pe termen lung, ci numai rezolvarea problemelor de natură medicală după externarea din unitățile spitalicești.

Căminele pentru pensionari, căminele pentru bătrâni și căminele pentru bătrâni bolnavi cronici, existente la data intrării în vigoare a Legii nr. 17/2000 sau care au fost date ulterior în folosință, funcționează sub denumirea de cămine pentru persoane vârstnice, cu secții pentru:

- a) persoane dependente;
- b) persoane semidependente;
- c) persoane care nu sunt dependente.

Cheltuielile curente și de capital ale căminelor pentru persoane vârstnice se asigură din venituri extrabugetare și din subvenții acordate de la bugetul local.

Principalele obiective ale unui cămin sunt:

- să asigure persoanelor vârstnice asistate maximum posibil de autonomie și siguranță;
- să ofere condiții de îngrijire care să respecte identitatea, integritatea și demnitatea persoanei vârstnice;
- să permită menținerea sau ameliorarea capacităților fizice și intelectuale ale persoanelor vârstnice;
- să stimuleze participarea persoanelor vârstnice la viața socială;
- să faciliteze și să încurajeze legăturile interumane, inclusiv cu familiile persoanelor vârstnice;

- să asigure supravegherea și îngrijirea medicală necesară, potrivit reglementărilor privind asigurările sociale de sănătate;
- să prevină și să trateze consecințele legate de procesul de îmbătrânire.

Cheltuielile curente și de capital ale căminelor pentru persoane vârstnice se asigură din venituri extrabugetare și din subvenții acordate de la bugetul de stat.

Contribuția lunară a persoanelor vârstnice sau a susținătorilor legali ai acestora pentru serviciile de asistare în cămine se plătește după cum urmează:

- Persoanele vârstnice care dispun de venituri proprii și sunt îngrijite în cămine precum și susținătorii legali ai acestora au obligația să plătească lunar o contribuție de întreținere, stabilită pe baza costului mediu lunar de întreținere;
- Persoanele vârstnice care nu au venituri și nici susținători legali nu datorează contribuția de întreținere, aceasta fiind suportată de la bugetele consiliilor locale.

Costul mediu lunar de întreținere în căminele pentru persoane vârstnice se stabilește anual de către consiliile locale înainte de adoptarea bugetelor proprii. Costul mediu lunar de întreținere are în vedere gradul de dependență al persoanei vârstnice îngrijite și cheltuielile pentru întreținere, hrană și gospodărie, obiecte de inventar, echipament și cazarmament, materiale sanitare și altele asemenea, în conformitate cu clasificarea bugetară specifică bugetelor autorităților administrației publice locale. Cheltuielile aferente plății salariilor pentru personalul angajat în cămine, plății medicamentelor și cheltuielilor de capital nu se iau în calcul la stabilirea costului mediu lunar de întreținere.

Costul mediu lunar de întreținere trebuie să asigure îndeplinirea nivelului standardelor de calitate pentru serviciile oferite, adoptate și aprobate în condițiile legale.

Acoperirea valorii integrale a contribuției lunare se stabilește astfel:

- a) persoanele vârstnice care au venituri și sunt îngrijite în cămin datorează contribuția lunară de întreținere în cuantum de până la 60% din valoarea veniturilor personale lunare, fără a se depăși costul mediu lunar de întreținere aprobat pentru fiecare cămin în parte;
- b) diferența până la nivelul valorii integrale a contribuției lunare de întreținere se plătește de către susținătorii legali ai persoanelor vârstnice asistate în cămine, dacă realizează un venit mediu pe membru de familie mai mare decât salariul minim brut pe țară în vigoare.

Instituțiile de asistență socială sunt înființate și organizate ca unități specializate, publice și private. Ele asigură protecție, ocrotire, găzduire, îngrijire, activități de recuperare și reintegrare socială pentru persoanele vârstnice, în funcție de nevoile individuale specifice.

Instituțiilor de asistență socială le revin următoarele **atribuții**:

- asigură furnizarea serviciilor sociale în interesul beneficiarului și în baza contractului încheiat cu acesta;
- asigură furnizarea serviciilor sociale cu titlu permanent ori temporar, cu sau fără găzduire;
- asigură întreținerea și folosirea eficientă a bazei materiale și a bunurilor din dotare;
- întocmesc proiecte și programe proprii care le asigură creșterea calității activității, potrivit politicilor și strategiilor județene și locale;
- organizează activități de socializare, în vederea relaționării beneficiarilor cu mediul exterior al instituțiilor;
- acordă sprijin și asistență de specialitate în vederea prevenirii situațiilor care pun în pericol siguranța beneficiarilor;
- dezvoltă parteneriate și colaborează cu organizații, instituții și orice forme organizate ale societății civile, în condițiile legii, în vederea diversificării serviciilor sociale furnizate;
- asigură îndeplinirea măsurilor de aducere la cunoștință, atât personalului cât și beneficiarilor, a prevederilor din regulamentul propriu de organizare și funcționare;
- elaborează cartă drepturilor, specifică tipurilor de beneficiari cărora li se adresează serviciile oferite de către instituție.

Instituțiile de asistență socială pot acorda servicii sociale și la domiciliul persoanelor vârstnice, în funcție de nevoile acestora.

Găzduirea în instituțiile de asistență socială se realizează atunci când menținerea la domiciliu a persoanei vârstnice nu este posibilă și poate fi dispusă în urma evaluării sociale și sociomedicale a persoanei, cu consimțământul acesteia.

Acordarea serviciilor sociale se face direct de către consiliile locale prin serviciul public de asistență socială sau de către ONG-urile care încheie contracte cu primăriile pentru acordarea de servicii persoanelor vârstnice aflate în dificultate.

3.2. Căminele pentru persoanele vârstnice

Căminele pentru persoanele vârstnice sunt instituții de asistență socială a căror activitate este finanțată de la bugetul local sau de către organizații neguvernamentale. Ele au personalitate juridică și asistă persoanele pe care le găzduiește în limita locurilor disponibile.

Serviciile comunitare asigurate persoanelor vârstnice găzduite în cămine pot fi:

- *servicii sociale*, care constau în:
 - ✓ ajutor pentru menaj;
 - ✓ consiliere juridică și administrativă;
 - ✓ modalități de prevenire a marginalizării sociale și de reintegrare socială în raport cu capacitatea psihoafectivă;
- *servicii socio-medicale*, care constau în:
 - ✓ ajutor pentru menținerea sau readaptarea capacităților fizice ori intelectuale;
 - ✓ asigurarea unor programe de ergoterapie;
 - ✓ sprijin pentru realizarea igienei corporale;
- *servicii medicale*, care constau în:
 - ✓ consultații și tratamente la cabinetul medical propriu ,prin trimitere la în instituții medicale de profil sau la patul persoanei, dacă aceasta este imobilizată;
 - ✓ servicii de îngrijire – infirmerie;
 - ✓ asigurarea medicamentelor;
 - ✓ asigurarea cu dispozitive medicale;
 - ✓ consultații și îngrijiri stomatologice.

Accesul unei persoane vârstnice în cămin se face pe baza următoarelor **criterii de prioritate**:

- necesită îngrijire medicală permanentă deosebită, care nu poate fi asigurată la domiciliu;
- nu se poate gospodări singur;
- persoana vârstnică este lipsită de susținători legali sau aceștia nu-și poate îndeplini obligațiile datorită stării de sănătate sau situației economice și a sarcinilor familiale;
- nu are locuință și nu realizează venituri proprii.

Actele necesare pentru întocmirea dosarului persoanelor vârstnice în vederea asistării în cămin sunt următoarele:

- cererea pentru îngrijirea în cămin, semnată de persoana care solicită internarea sau curatorul legal al acesteia;
- fișa de evaluare socio-medicală;
- copii după cartea de identitate, certificatul de naștere și de căsătorie ale persoanei asistate în cămin sau acte doveditoare ale decesului soțului /soției;
- copia după talonul de pensie;
- declarația privind lipsa susținătorilor legali, după caz;
- adeverința de venit eliberată de organele financiare teritoriale;
- adeverința privitoare la suprafața de teren pe care o deține sau nu, persoana solicitantă și susținătorii legali;
- adeverința de salariu a susținătorilor legali;
- declarația notarială pe propria răspundere că nu are venituri;
- declarația notarială pe propria răspundere prin care își dă acordul de a fi internat într-o instituție de asistență socială, veniturile realizate și acordul de a plăti contribuția stabilită conform legii.

În limita bugetelor aprobate, consiliile județene, consiliile locale ale sectoarelor municipiului București și consiliile locale ale municipiilor, orașelor și comunelor pot aproba, prin hotărâre, la propunerea direcțiilor generale de asistență socială și protecția copilului, respectiv a serviciilor publice de asistență socială, un cuantum al alocației de hrană mai mare decât cel stabilit prin hotărârea de guvern.

Activitatea căminelor pentru persoane vârstnice este coordonată și controlată de Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice împreună cu autoritățile administrației publice locale.

Finanțarea serviciilor de asistență socială acordate persoanelor vârstnice în cămine se asigură din:

- *bugetele locale*;
- *venituri extrabugetare* – sumele reprezentând contribuția lunară de întreținere ale instituțiilor de asistență socială;
- *donății* – sponsorizările și donațiile în bani sau în natură, făcute de persoane fizice și juridice române și străine căminelor pentru persoane vârstnice, se folosesc ca venituri extrabugetare numai în scopul pentru care au fost acordate;

- *investiții* – investiții pentru construirea, dotarea, întreținerea, modernizarea, precum și cheltuielile pentru funcționarea căminelor care deserveșc mai multe unități administrativ – teritoriale se finanțează potrivit convențiilor încheiate între finanțator și consiliile locale interesate;
- *autofinanțarea* – căminele pentru persoane vârstnice pot organiza, cu aprobarea finanțatorului, în funcție de condițiile de care dispun, gospodării – anexă, ca activități autofinanțate pentru îmbunătățirea hranei.

3.3. Centrele de îngrijire și asistență

Centrele de îngrijire și asistență sunt instituții de interes public cu personalitate juridică, care au rolul de a asigura la nivel local aplicarea politicilor și strategiilor de asistență specială a persoanelor cu handicap, prin creșterea șanselor recuperării și integrării acestora în familie ori în comunitate, și de a acorda sprijin și asistență pentru prevenirea situațiilor ce pun în pericol securitatea persoanelor cu handicap.

Inițial, instituțiile pentru asistență specială a persoanelor cu handicap au fost reorganizate conform prevederilor O.U.G. nr. 102/29.06.1999 privind protecția specială și încadrarea în muncă a persoanelor cu handicap. Centrele de îngrijire și asistență s-au înființat prin reorganizarea căminelor de bătrâni și a căminelor-spital pentru bolnavi cronici și, deși sunt destinate persoanelor cu handicap, în aceste instituții sunt asistate foarte multe persoane vârstnice. În prezent sunt prevăzute la art. 50, alin (3) din Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovare drepturilor persoanelor cu handicap.

Astfel, căminele spital pentru bolnavi cronici s-au transformat în centre de îngrijire și asistență, iar căminele spital de neuropsihiatrie în centre de recuperare și reabilitare. Deși, persoanele vârstnice nu sunt considerate persoane cu handicap, instituțiile de asistență socială pentru această categorie socială (căminele de bătrâni) au fost transformate în centre de îngrijire și asistență pentru persoane cu handicap. Tipurile de centre rezidențiale pentru persoane cu handicap sunt:

- a) centre de îngrijire și asistență;
- b) centre de recuperare și reabilitare;
- c) centre de integrare prin terapie ocupațională;
- d) centre de pregătire pentru o viață independentă;
- e) centre respiro /centre de criza;
- f) centre de servicii comunitare și formare;
- g) altele.

Admiterea unei persoane cu handicap într-un centru rezidențial, se face în cazul în care acestea nu i se pot asigura protecția și îngrijirea la domiciliu sau în cadrul altor servicii din comunitate.

Finanțarea centrelor de zi și rezidențiale publice se face din bugetele locale ale unităților administrativ-teritoriale pe teritoriul cărora funcționează acestea. Decontarea cheltuielilor dintre autoritățile administrației publice locale se face în baza costului mediu lunar al cheltuielilor efectuate în luna anterioară, de către centrul în care persoana cu handicap este îngrijită și protejată.

Centrele de îngrijire și asistență pot fi **înființate** prin:

- hotărâre a Guvernului;
- hotărâre a consiliului local sau a consiliului județean;
- hotărâre a unor organizații neguvernamentale sau a celor care au ca obiect de activitate și protecția specială a persoanelor cu handicap;
- hotărâre a cultelor recunoscute în România.

Principiile care stau la baza activității centrelor de îngrijire și asistență sunt:

- respectarea drepturilor omului;
- respectarea demnității;
- asigurarea autonomiei;
- asigurarea intimității;
- asigurarea dreptului de a alege;
- abordarea individualizată a persoanelor asistate;
- implicarea activă și deplină a beneficiarilor;
- cooperarea și parteneriatul;
- recunoașterea valorii fiecărei persoane.

Centrele de îngrijire și asistență au următoarele **atribuții**:

- asigură cazare, hrană, cazarmamentul și condițiile igienico – sanitare corespunzătoare persoanelor asistate, precum și întreținerea și folosirea eficientă a bazei materiale și a bunurilor din dotare;
- asigură asistența medicală curentă și de specialitate, recuperare, îngrijire și supraveghere permanentă a persoanelor asistate;
- elaborează proiecte și programe proprii care să asigure creșterea calității activității de protecție a persoanelor asistate;
- organizează activități cultural – educative și de socializare, atât în interiorul centrelor de îngrijire și asistență, cât și în afara acestora;

- organizează activități de ergoterapie în raport cu restantul funcțional al persoanelor internate;
- acordă sprijin și asistență de specialitate în vederea prevenirii situațiilor care pun în pericol siguranța personală;
- dezvoltă parteneriate și colaborează cu organizații neguvernamentale și cu alți reprezentanți ai societății civile, în vedea diversificării serviciilor de asistență specială, în funcție de realități și de specificul local;
- asigură consiliere și informare atât familiilor, cât și asistaților, privind problematica socială;
- intervin în combaterea și prevenirea instituționalizării ca posibilitate de abuz din partea familiei;
- intervin în sensibilizarea comunității la nevoile specifice ale persoanelor asistate;
- promovează dezinstituționalizarea prin strategii specifice.

3.4. Centrele de recuperare și reabilitare

Centrele de recuperare și reabilitare sunt instituții de interes public care au rolul de a asigura la nivel județean sau local aplicarea politicilor și strategiilor de asistență specială a persoanelor cu handicap, precum și a persoanelor vârstnice.

Principiile care stau la baza activității centrelor de recuperare și reabilitare sunt similare centrelor de îngrijire și asistență.

Atribuțiile centrelor de recuperare și reabilitare sunt:

- asigură cazare, hrană, cazarmamentul și condițiile igienico – sanitare corespunzătoare persoanelor asistate, precum și întreținerea și folosirea eficientă a bunurilor din dotare;
- asigură asistența medicală curentă și de specialitate, recuperare, îngrijire și supraveghere permanentă persoanelor asistate;
- elaborează programe de recuperare, individuale și de grup, adaptate afecțiunilor fiecărei persoane;
- organizează activități psihosociale și culturale;
- organizează activități de ergoterapie în raport cu restantul funcțional al persoanelor internate;
- asigură consiliere și informare privind problematica socială;
- acordă sprijin și asistență de specialitate în vederea prevenirii situațiilor care pun în pericol siguranța personală;

- dezvoltă parteneriate și colaborează cu organizații neguvernamentale și cu alți reprezentanți ai societății civile, în vedea diversificării serviciilor de asistență specială, în funcție de realități și de specificul local;
- intervin în combaterea și prevenirea instituționalizării ca posibilitate de abuz din partea familiei;
- intervin în sensibilizarea comunității la nevoile specifice ale persoanelor asistate;
- promovează dezinstituționalizarea prin strategii specifice.

Atât pentru centrele de îngrijire și asistență, cât și pentru centrele de recuperare și reabilitare, **finanțarea** se asigură din:

- contribuțiile proprii ale beneficiarilor sau ale întreținătorilor acestora, care vor fi vărsate în contul centrelor de recuperare și reabilitare;
- bugetele locale ale autorităților administrației publice locale care au aprobat înființarea centrelor de recuperare și reabilitare;
- alte venituri realizate în condițiile legii.

CAPITOLUL 4

Parteneriatul public – privat în administrarea instituțiilor de asistență socială în regim rezidențial pentru persoanele vârstnice

Acțiunea publică de asistență socială se coordonează cu activitatea organizațiilor de caritate și voluntare. Organizațiile neguvernamentale, sprijinite la rândul lor de stat, pot rezolva o mare parte din nevoile existente în comunitate, reducând astfel din efortul public de sprijinire a persoanelor defavorizate.

Statul nu poate furniza întregul necesar de servicii de asistență socială pentru toate categoriile de persoane aflate în dificultate.

În acest sens, este necesar ca ONG-urile să se implice direct și activ în oferta de servicii sociale, socio-medicale și medicale și să asigure sprijin persoanelor vârstnice aflate în dificultate, la costuri mai reduse.

În prezent, este depășită capacitatea instituțională a statului în raport cu nevoile sociale, fapt pentru care participarea organizațiilor neguvernamentale la furnizarea de servicii de asistență socială finanțate din resurse publice poate oferi o alternativă, în condițiile în care nici administrația centrală și nici cea locală nu pot asigura aceste servicii.

Există o tendință continuă pentru dezvoltarea sectorului privat, dar cu costuri mari pentru o persoană (favorizând numai accesul celor ce au posibilitatea de a plăti).

Legea nr.17/2000 promovează dezvoltarea parteneriatului cu asociații și organizații neguvernamentale (de exemplu serviciile acordate la domiciliu pot fi dezvoltate de către consiliile locale, singure sau în parteneriat cu ONG-urile).

De asemenea, unele programele de asistență socială pot să se deruleze prin unități de asistență socială înființate de organizațiile neguvernamentale. Cadrul juridic care reglementează aceste acțiuni îl reprezintă HG nr. 942/2005 privind modificarea și completarea HG nr. 1153/2001 pentru aprobarea Normelor metodologice de stabilire a criteriilor de acordare a unor subvenții asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică, ce înființează și administrează unități de asistență socială, ce stau la baza aplicării prevederilor Legii nr. 34/1998.

Legea nr. 34/1998 reglementează modalitățile de acordare a unor subvenții asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică, care înființează și administrează unități de asistență socială. Astfel, asociațiile și fundațiile române cu

personalitate juridică, care înființează și administrează unități de asistență socială, pot primi subvenții alocate de la bugetul de stat sau, după caz, de la bugetele locale, care vor fi utilizate, în exclusivitate, pentru serviciile de asistență socială acordate persoanelor care, potrivit dispozițiilor legale, au dreptul să beneficieze de acestea.

De la bugetul de stat se pot aloca subvenții asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică a căror activitate de asistență socială se adresează unor beneficiari din mai multe județe ale țării și care au încheiat convenții cu Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice pentru prestarea acestor servicii.

De la bugetele locale se pot aloca subvenții asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică a căror activitate de asistență socială se adresează beneficiarilor dintr-un singur județ și, respectiv, din municipiul București și care au încheiat convenții cu consiliile locale în cauză, pentru prestarea de servicii de asistență socială.

Astfel, serviciile de asistență socială acordate de asociații și fundații pot fi subvenționate dacă sunt îndeplinite criteriile stabilite prin HG nr. 942/18.08.2005 privind modificarea și completarea HG nr. 1153/21.11.2001, respectiv:

- exercită activitate în interesul persoanelor asistate și cu respectarea demnității acestora, prin personal calificat;
- activitatea de asistență socială se desfășoară într-un spațiu adecvat sau la domiciliul persoanelor asistate;
- există și un proiect de sprijin și integrare socială;
- sunt utilizate și alte resurse.

Evaluarea și selecționarea asociațiilor și fundațiilor în vederea acordării subvențiilor se realizează de către Comisia de evaluare și selecționare constituită la nivelul Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, respectiv la nivelul consiliului local.

Nivelul subvențiilor acordate nu poate depăși costul mediu lunar de întreținere, pe persoană asistată, în unitățile de asistență socială de stat, cu profil similar, organizate ca instituții publice.

Nivelul mediu lunar al subvențiilor ce se alocă de la bugetul de stat pentru o persoană asistată se aprobă de către Guvern, la propunerea Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, iar subvențiile ce se alocă de la bugetele locale se aprobă de către consiliul local.

Evaluarea și selecționarea asociațiilor și fundațiilor se realizează având în vedere următoarele:

- justificarea unității de asistență socială pentru care se solicită subvenția, în raport cu necesitățile și prioritățile de asistență socială ale comunității;
- ponderea serviciilor de asistență socială în raport cu celelalte activități desfășurate;
- resursele materiale și umane adecvate acordării serviciilor de asistență socială;
- nivelul resurselor financiare destinate să fie cheltuite în scopul acordării serviciilor de asistență socială;
- experiența asociației și fundației în domeniul asistenței sociale;
- aportul partenerilor în dezvoltarea serviciilor de asistență socială, în cazul în care sunt încheiate acorduri sau contracte de parteneriat.

Subvenția se acordă lunar în baza convenției pentru realizarea de servicii de asistență socială, încheiată între Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, prin direcția teritorială de muncă și protecție socială sau, după caz, consiliul local și asociația sau fundația selectată. Nivelul lunar al subvenției se calculează pe baza numărului de persoane asistate, fără a depăși media lunară stabilită prin convenție. La calculul subvenției pentru luna curentă se are în vedere suma necheltuită din subvenția acordată în luna anterioară.

CAPITOLUL 5

Standardele de calitate privind serviciile sociale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Semnificația calității în cazul serviciilor sociale pentru beneficiar presupune:

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

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

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

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

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

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

Statele membre ale Uniunii Europene au pus în discuție încorporarea unor politici specifice vârstei a treia în cadrul strategiilor sociale și economice, precum și

promovarea incluziunii și a deplinei participări a persoanelor vârstnice în toate domeniile vieții sociale.

Condițiile propice care stau la baza generării fenomenului de dependență (starea în care se găsesc persoanele care, datorită unor cauze legate de diminuarea sau pierderea autonomiei fizice, psihice sau intelectuale, au nevoie de asistență și/sau de ajutor, importante pentru a-și îndeplini actele curente de viață) pentru persoanele vârstnice sunt deteriorarea stării de sănătate a acestora și pierderea rudelor apropiate. Acest ultim aspect contribuie la reducerea, uneori chiar absența suportului financiar și societal.

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

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

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

Perioada de tranziție a avut efecte negative asupra persoanelor vârstnice din România - nivelul scăzut de trai (sub pragul de sărăcie), determinându-i să se "îndrepte" spre instituțiile de ocrotire socială și cantinele sociale.

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

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

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

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

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

Se constată o proliferare a fenomenului instituționalizării, în mod special în mediul urban, având la bază motivații de ordin obiectiv (condiții de locuit restrânse, dificultăți financiare, imposibilitatea supravegherii permanente a vârstnicilor cu deteriorări psihice, dificultatea familiei adulte de a se ocupa de îngrijirea propriilor bunici sau străbunici), respectiv de ordin subiectiv (relaxarea legăturilor parentale, o psihologie individualistă). Deciziile trebuie luate numai de comun acord cu vârstnicul (exceptând cazurile de deteriorare psihică gravă), cât și în funcție de nevoile sale.

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

- manifestarea dezinteresului de către copii, care doreau evacuarea părintelui din propria-i casă, fie pentru a o folosi singuri, fie în scopul închirierii sau vânzării;
- conflictele cu rudele care inițial acceptaseră să-i găzduiască și să-i îngrijească. Acest motiv este invocat și pentru alte persoane neînrudite, care au acceptat plasamentul acestuia în propria familie în schimbul unor avantaje materiale consistente și care, ulterior și-au declinat responsabilitățile, chiar și atunci când au fost asumate prin notariat sau instanțele juridice;
- violența comportamentală a celorlalți membri ai familie, în parte susținută latent și prin psihologia particulară a senectuții cu note dominante de egoism și autoritarism.

Un rol important în evitarea instituționalizării persoanelor vârstnice îl are consilierea membrilor familiilor vârstnicilor care prezintă un risc pronunțat de a fi

instituționalizați, potențialele justificări ale instituționalizării bătrânilor fiind teama de responsabilități a familiei, respectiv absența puterii de a face față situației.

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

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

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

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

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

- Ordinul ministrului sănătății nr. 318 din 7 aprilie 2003 *pentru îngrijirile de natură medicală* și în Ordinul ministrului muncii, familiei, protecției sociale și persoanelor vârstnice nr. 246 din 27 martie 2006, *pentru serviciile de natură socială și socio-medicală* sunt primele reglementări în domeniu și se referă la: organizarea și administrarea unităților, accesarea și acordarea serviciilor, a resursele fizice și umane;
- Ordinul ministrului muncii, familiei, protecției sociale și persoanelor vârstnice nr. 383 din 6 iunie 2005 *pentru aprobarea standardelor generale de calitate privind serviciile sociale și a modalității de evaluare a îndeplinirii acestora de către furnizori aprobă standardele generale de calitate privind serviciile sociale furnizate*

în sistem public, privat și în parteneriat public-privat, stabilește standarde pentru acreditarea furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv condițiile pe care trebuie să le îndeplinească furnizorii de servicii;

- Ordinului ministrului muncii, familiei, protecției sociale și persoanelor vârstnice nr. 246 din 27.03.2006 *privind aprobarea Standardelor minime specifice de calitate pentru serviciile de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice și pentru centrele rezidențiale pentru persoane vârstnice* este actul normativ care statuează standarde specifice pentru serviciile acordate vârstnicilor.

Inspecția Socială este instituția publică înființată prin Ordonanța de urgență nr. 130/2006 privind Inspecția Socială și respectiv Legea nr. 211/2007 pentru aprobarea O.U.G. nr. 130/2006 privind Inspecția Socială, ulterior reorganizată și inclusă în structura Agenției Naționale de Plăți și Inspecție Socială, ca organ de specialitate al administrației publice centrale, care are drept scop controlul implementării legislației în domeniu, precum și inspectarea activității instituțiilor publice și private, responsabile cu furnizarea prestațiilor și serviciilor sociale, inclusiv celor destinate persoanelor vârstnice.

Ordinul nr. 383 din 6 iunie 2005 privind standardele generale de calitate ale serviciilor sociale și a modalității de evaluare a îndeplinirii acestora de către furnizori, aprobă standardele generale de calitate privind serviciile sociale furnizate în sistem public, privat și în parteneriat public-privat, stabilește condițiile pe care trebuie să le îndeplinească furnizorii care asigură astfel de servicii.

Furnizorilor de servicii sociale li se acordă o perioadă de 12 luni pentru a îndeplini condițiile de acreditare conform standardelor obligatorii de calitate, după cum urmează:

- să stabilească obiective valabile pe o perioadă de 3-5 ani, împreună cu personalul sub forma unui proiect propriu, elaborat în conformitate cu legislația în vigoare;
- să își dezvolte o procedură de informare a instituțiilor competente în domeniu, a personalului, beneficiarilor, familiilor ori susținătorilor legali ai acestora și a altor actori relevanți, în ceea ce privește proiectul sau alte documente referitoare la procesul de furnizare a serviciilor, ori de câte ori este nevoie sau interven schimbări;
- să transmită trimestrial datele necesare evaluării procesului de furnizare a serviciilor folosind instrumente adecvate;

- să aplice proceduri prin care sunt evaluate anual rezultatele comunicării interne și externe privind serviciile furnizate;
- să dețină proceduri de evaluare periodică a utilizării eficiente a resurselor umane, materiale și financiare pentru acordarea serviciilor;
- să elaboreze și să disemineze materiale care să promoveze imagini pozitive despre beneficiari, bune practici, noutăți în modul de administrare și furnizare a serviciilor;
- să prezinte anual rezultatele obținute și celorlalți furnizori de servicii din domeniu.

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

- apărarea și promovarea drepturilor beneficiarilor în baza unui cod etic care promovează respectarea demnității beneficiarului, a familiei acestuia, a susținătorilor săi legali, prin care protejează beneficiarii împotriva unor eventuale riscuri și se promovează ideea de justiție socială;
- asigurarea continuității în furnizarea de servicii, astfel încât să fie valorificată contribuția tuturor actorilor sociali: beneficiarii, comunitatea locală, societatea civilă;
- dezvoltarea și diversificarea de servicii în funcție de nevoile beneficiarilor și de nevoile identificate în comunitate, implicând beneficiarul ca membru activ al echipei serviciului furnizat, contribuția fiecărui individ prin angajarea lui în autoevaluare, feedbackul și evaluarea făcută de beneficiar, cât și valorile emise de acesta, respectând obiectivele serviciului furnizat;
- promovarea participării beneficiarilor la toate nivelurile de organizare și furnizare a serviciilor, precum și în cadrul comunității;
- cooperarea la organizarea și dezvoltarea serviciilor sociale, prin încheierea de parteneriate, pentru a asigura continuitate în furnizarea serviciilor sociale, în cadrul unui sistem eficient și transparent care vine în întâmpinarea dificultăților și riscurilor la care sunt expuse persoanele vârstnice din cadrul comunităților ;

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

- cartea drepturilor, specifică tipurilor de beneficiari cărora li se adresează, cunoscută atât de beneficiari, cât și de asistenți;

- regulamentul de organizare și funcționare prin care se stabilesc pentru beneficiari responsabilități și obligații, care le sunt făcute cunoscut și pe care trebuie să le respecte permanent și la orice nivel al intervenției;
- planul de intervenție și, după caz, planul de asistență și îngrijire, care valorifică întregul potențial uman corelat cu nevoile personale și ale cărui rezultate sunt monitorizate și evaluate sistematic;
- proceduri de măsurare a satisfacției beneficiarilor cu privire la condițiile în care se acordă serviciul și facilitățile puse la dispoziție de furnizor;
- procedurile prevăzute în regulamentul de organizare și funcționare referitoare la înregistrarea, medierea și soluționarea reclamațiilor formulate de beneficiari, familiile ori susținătorii legali ai acestora;
- modalitățile de evaluare inițială și complexă a nevoilor persoanei vârstnice;
- proceduri de implicare a beneficiarilor în procesul de luare a deciziilor, în procesul dezvoltării de programe, precum și pentru evaluarea și administrarea serviciului primit;
- un set de indicatori pentru monitorizarea procesului de integrare socială și de reabilitare a vârstnicilor;
- un concept de management al informației, bazat pe un set unic de proceduri și de formulare utilizat pentru organizarea, stocarea, transmiterea și publicarea informației.

CAPITOLUL 6

Evaluarea situației persoanelor vârstnice care necesită asistență socială

Dreptul la asistență socială într-o instituție de asistență socială în regim rezidențial se stabilește pe baza unei anchete sociale, cu respectarea criteriilor prevăzute în Grila Națională de Evaluare a Nevoilor Persoanelor Vârstnice, aprobată prin HG nr. 886/2000.

Ancheta socială se realizează de un colectiv format din 2 asistenți sociali din cadrul consiliului local sau a Direcției județene de muncă și protecție socială sau a Municipiului București sau a Direcției Generale de Asistență Socială, alături de care participă în mod obligatoriu și un medic specialist al persoanei vârstnice respective, în situația în care aceasta este dependentă.

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

Așadar, **nevoile persoanelor vârstnice se evaluează prin anchetă socială** care conține informații cu privire la afecțiunile ce justifică îngrijire specială, capacitatea de a se gospodări și de a îndeplini cerințele firești ale vieții cotidiene, condițiile de locuit, precum și veniturile efective sau potențiale considerate minime pentru asigurarea satisfacerii nevoilor curente ale vieții. Nevoile persoanelor vârstnice aflate în situația de pierdere totală sau parțială a autonomiei, care pot fi de natură medicală, socio-medicală, psihoafectivă, se stabilesc pe baza grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice, care prevede criteriile de încadrare în grade de dependență (HG nr. 886/2000).

Grila Națională de Evaluare a Nevoilor Persoanelor Vârstnice cuprinde criteriile de încadrare în grade de dependență. Pentru evaluarea nevoilor persoanelor vârstnice se utilizează Fișa de evaluare socio-medicală (geriatrică).

Dreptul la serviciile de asistență socială, la domiciliu și în instituții, se aprobă de către primar, pe baza anchetei sociale și a recomandărilor Grilei naționale de evaluare a gradului de dependență.

În funcție de rezultatele evaluării, persoana vârstnică este recomandată pentru servicii de îngrijire în cămin sau alte tipuri de servicii. La momentul evaluării se va lua în considerare și dorința persoanei privind propria sa îngrijire.

CAPITOLUL 7

Concluzii

Numărul instituțiilor de asistență socială destinate numai persoanelor vârstnice (cămine pentru persoane vârstnice) este foarte mic și nu are o acoperire corespunzătoare la nivelul țării.

Totodată, numărul de locuri din aceste instituții este foarte mic în raport cu cererea. **Cererea de a primi asistență într-o instituție specializată în regim rezidențial este mare, iar numărul căminelor pentru persoane vârstnice este mic.**

Deși clădirile în care funcționează aceste instituții sunt foarte vechi, unele având peste 150 ani și nu în toate cazurile s-au efectuat reparații în ultimii ani. În sprijinul acestei idei vine și numărul mic de instituții puse în funcțiune în ultimii ani, inaugurarea de noi unități fiind singura soluție pentru acoperirea cererii existente.

Un alt aspect ce trebuie menționat este faptul că, locațiile în care funcționează instituțiile de asistență socială nu au avut această destinație la proiectarea clădirii, o parte dintre ele fiind spitale, internate școlare, case private, penitenciare, unități militare, mănăstiri și, poate din această cauză, foarte puține camere au grup sanitar propriu, mai mult de jumătate având baie comună, iar numărul paturilor dintr-o cameră este, în general, foarte mare. În multe cazuri structura clădirii și faptul că a fost construită cu o altă destinație inițială face aproape imposibilă restructurarea ei și adaptarea spațiului pentru a corespunde actualelor norme minime de funcționare. De asemenea, asistații au de suferit din cauza lipsei spațiului pentru activități de recreere, ergoterapie, a unui parc amenajat pentru petrecerea timpului în aer liber, grădărit etc.

Nici dotarea camerelor de locuit nu este corespunzătoare deoarece nu există dulapuri pentru haine pentru fiecare asistat în parte, aceștia nu au în cameră suficiente scaune, nu au televizor, frigider, aparate radio sau aparatură electrocasnică.

Nici dotarea instituțiilor de asistență socială cu aparatură medicală nu este prea bună. Există unități care nu au nici măcar aparatura medicală uzuală cum ar fi trusă de mică chirurgie, tensiometru, stetoscop sau glucometru. Ne referim în special la căminele de bătrâni mai slab dotate cu aparatura medicală și mai puțin la centrele de îngrijire și asistență sau centrele de recuperare și reabilitare la care latura

medicală este mai dezvoltată pornind de la premisa că beneficiarii acestora sunt persoane cu handicap. În majoritatea instituțiilor de asistență socială nu există suficient personal de specialitate. De asemenea, lipsesc medicii sau asistenții medicali cu specialitatea geriatrie.

Pe lângă lipsa de personal și dotarea destul de precară a instituțiilor de asistență socială în regim rezidențial o mare problemă este lipsa fondurilor. Pe lângă faptul că nu au suficiente fonduri, persoanele din conducerea instituției nici nu le pot gestiona așa cum și-ar dori, nu pot achiziționa medicamente, aparatură medicală, etc. deoarece nu au personalitate juridică, fiind în subordinea consiliilor locale sau a consiliilor județene care le repartizează fondurile și aprobă cheltuielile. Dificultăți în desfășurarea activității de asistență socială a persoanelor vârstnice apar și datorită faptului că legislația de funcționare a instituțiilor de asistență socială nu este clară iar prevederile Legii nr. 17/2000 nu se aplică. De asemenea, evaluarea socio-medicală a persoanelor vârstnice generează diverse probleme deoarece nu există acea echipă multidisciplinară care să o realizeze, nu există suficient personal specializat etc. În acest context evaluarea socio-medicală se realizează sumar sau deloc.

Este foarte important de precizat faptul că, deși persoanele vârstnice asistate apreciază ca fiind foarte bune și bune serviciile sociale, medicale și socio-medicale pe care le primesc în cadrul instituției, asistații ar mai dori să beneficieze și de alte servicii cum ar fi: asistență medicală stomatologică, consiliere psihologică, kinetoterapie, asistență medicală de specialitate și medicamente, organizarea unor excursii și, nu în ultimul rând, înființarea unui club și a unei capele.

Concluzionând cele afirmate, pe lângă suprapopularea instituțiilor de asistență socială, a numărului mare de persoane într-o cameră, a lipsei de personal specializat angajat în acestea și a lipsei fondurilor, a dotării insuficiente a instituțiilor cu aparatură medicală, electrocasnică, electronică și de mobilier, a dotării insuficiente a camerelor de locuit se observă că numărul celor ce doresc să primească asistență socială și medicală în cămine pentru persoane vârstnice și în centre de îngrijire și asistență este foarte mare în detrimentul îngrijirii la domiciliu.

CAPITOLUL 8

Propuneri

Pentru îmbunătățirea activității celor trei tipuri de instituții de asistență socială în regim rezidențial ce au făcut obiectul studiului (cămine pentru persoane vârstnice, centre de îngrijire și asistență și centre de recuperare și reabilitare) și pentru îmbunătățirea condițiilor de viață ale persoanelor vârstnice instituționalizate, Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice propune:

- îmbunătățirea cadrului legislativ care reglementează organizarea și funcționarea instituțiilor de asistență socială în regim rezidențial;
- elaborarea unui act normativ complex care tratează toate laturile asistenței sociale a persoanelor vârstnice și abrogarea Legii nr. 17/2000;
- modificarea legislației în vigoare astfel încât instituțiile de asistență socială în regim rezidențial să aibă personalitate juridică și directorul acestor instituții să fie cel care aprobă dosarele persoanelor ce solicită să primească îngrijire socio-medicală în cămin;
- reglementarea sistemului de evaluare a nevoilor și a gradului de dependență a persoanelor vârstnice;
- dezvoltarea unei rețele naționale de medici geriatri care să realizeze, alături de asistenții sociali, evaluarea socio-medicală a persoanelor vârstnice;
- dezvoltarea sistemului rezidențial de asistență socială pentru vârstnici prin reabilitarea în regim de urgență a căminelor pentru persoane vârstnice existente și construcția de noi cămine;
- îmbunătățirea și extinderea paletei de servicii ce se acordă vârstnicilor în instituțiile de asistență socială în regim rezidențial;
- dotarea căminelor pentru persoane vârstnice cu echipamente, aparatură medicală, electrocasnică, electronică și individualizarea mobilierului, astfel încât confortul în aceste instituții să devină mult sporit comparativ cu situația actuală;
- completarea schemelor de personal din instituțiile de asistență socială cu respectarea obligatorie a structurii orientative de personal de specialitate prevăzută de H.G. nr. 1007/2005;

- transformarea actualelor unități medico-sociale în cămine de bătrâni, și monitorizarea strictă a activității acestora;
- mărirea subvențiilor alocate asociațiilor și fundațiilor în temeiul Legii nr. 34/1998 pentru înființarea și administrarea unităților de asistență socială destinate persoanelor vârstnice, în vederea îmbunătățirii calității și diversificării serviciilor acordate prin programele derulate de către acestea;
- încurajarea sponsorizărilor oferite de persoane juridice ori fizice pentru construirea sau dotarea instituțiilor de asistență socială;
- stimularea organizațiilor neguvernamentale să înființeze instituții de asistență socială pentru persoane vârstnice, care să funcționeze cu fonduri proprii sau în parteneriat public-privat;
- dezvoltarea serviciilor de îngrijire la domiciliu și a altor servicii alternative de tipul centrelor de zi, locuințelor protejate etc.;
- sprijinirea membrilor de familie pentru a îngriji persoanele vârstnice la domiciliu, în mediul familial și familiar lor;
- reglementarea statutului de persoană vârstnică cu handicap și delimitarea responsabilităților instituționale astfel încât să nu mai există suprapuneri și ambiguități iar persoanele vârstnice care nu prezintă handicap ci doar afecțiuni specifice vârstei să fie îngrijite în unități corespunzătoare nevoilor lor specifice;
- introducerea unor facilități în vederea promovării și stimulării îngrijirii la domiciliu a persoanelor vârstnice, reglementarea unui sistem național în acest domeniu care să fie monitorizat de o Inspekția Socială.

Șef birou analize și studii,

Alina Letitia Matei

Insp. de spec. gr. I,

Daniela Vâșie Garoschy

Director general,

Marius Augustin Pop

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 cu modificările și completările ulterioare;
- **Legea nr. 16 din 6 martie 2000** privind înființarea, organizarea și funcționarea Consiliului Național al Persoanelor Vârstnice;
- **Legea nr. 17 din 6 martie 2000** privind asistența socială a persoanelor vârstnice;
- **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;
- **Ordin al ministrului sănătății nr. 491 din 23 mai 2003 și al ministrului muncii și solidarității sociale nr. 180 din 27 mai 2003** pentru aprobarea Grilei de evaluare medico – socială a persoanelor care se internează în unități de asistență medico – sociale;
- **OG nr. 68 din 23 august 2003** privind serviciile sociale cu modificările și completările ulterioare;
- **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. 539 din 9 iunie 2005** pentru aprobarea Nomenclatorului instituțiilor de asistență socială și a structurii orientative de personal, a Regulamentului – cadru de organizare și funcționare a instituțiilor de asistență socială, precum și a Normelor metodologice de aplicare a prevederilor OG nr. 68/2003 privind serviciile sociale;
- **HG nr. 729 din 14 iulie 2005** privind stabilirea nivelurilor alocației zilnice de hrană pentru consumurile colective din instituțiile publice de asistență socială;

- **HG nr. 1007 din 1 septembrie 2005** privind modificarea HG nr. 539/2005 pentru aprobarea Nomenclatorului instituțiilor de asistență socială și a structurii orientative de personal, a Regulamentului – cadru de organizare și funcționare a instituțiilor de asistență socială, precum și a Normelor metodologice de aplicare a prevederilor OG nr. 68/2003 privind serviciile sociale;
- **Ordinului ministrului muncii, familiei și protecției sociale nr. 246 din 27.03.2006** privind aprobarea Standardelor minime specifice de calitate pentru serviciile de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice și pentru centrele rezidențiale pentru persoane vârstnice;
- **O.U.G. nr. 130/2006 privind Inspekția Socială, respectiv Legea nr. 211/2007 pentru aprobarea O.U.G. nr. 130/2006 privind Inspekția Socială**
- **Ordinul nr. 651 din 19 decembrie 2008** privind aprobarea Metodologiei de monitorizare a implementării standardelor specifice de calitate în centrele pentru persoanele cu handicap
- **Legea nr. 292/2011** – Legea asistenței sociale