



**CONSILIUL NAȚIONAL AL
PERSOANELOR VÂRSTNICE**

***ASISTENȚA PERSOANELOR VÂRSTNICE ÎN
UNITĂȚILE MEDICO-SOCIALE***

2012

CUPRINS

1. Organizarea și funcționarea unităților medico-sociale.....	3
1.1. Cadrul general.....	3
1.2. Serviciile asigurate persoanelor vârstnice în unitățile de asistență medico-sociale.....	4
1.3. Finanțarea unităților de asistență medico-socială.....	7
2. Situația înființării unităților medico-sociale.....	9
3. Prezentarea cercetării privind organizarea și funcționarea unităților de asistență medico-socială.....	11
3.1. Aspecte de ordin metodologic.....	11
3.2. Analiza și interpretarea datelor.....	13
4. Concluzii.....	25
5. Propuneri.....	33
6. Opis.....	39
7. Anexe.....	40

CAPITOLUL 1

ORGANIZAREA ȘI FUNCȚIONAREA UNITĂȚILOR MEDICO-SOCIALE

1.1. Cadrul general

Unitățile medico-sociale au fost înființate cu scopul de a elimina cazurile sociale care sufocau spitalele de boli cronice. Astfel prin reorganizarea unor unități medicale cu paturi s-a preconizat înființarea unor instituții rezidențiale care să adăpostească persoane ce prezintă o dublă situație de risc: din punct de vedere medical, dar și din punct de vedere social.

Legea nr. 270/2000 - legea spitalelor, a cuprins primele prevederi care au constituit premiza înființării acestor unități și a diferențiat cele două tipuri de instituții. Conținutul **Legii nr. 95/2006** privind reforma în domeniul sănătății a reluat și definit noțiunile după cum urmează: *spitalul pentru bolnavi cu afecțiuni cronice este spitalul în care durata de spitalizare este prelungită datorită specificului patologiei - bolnavii cu probleme medico-sociale fiind preluați de către așezămintele de asistență socială prevăzute de lege, respectiv de unitățile de asistență medico-sociale, după evaluarea medicală.*

Potrivit **HG. nr. 412/2003**, pentru aprobarea Normelor privind organizarea, funcționarea și finanțarea unităților de asistență medico-sociale, *„unitățile de asistență medico-sociale sunt instituții publice specializate, cu personalitate juridică, în subordinea autorităților administrației publice locale, care acordă servicii de îngrijire, servicii medicale, precum și servicii sociale persoanelor cu nevoi medico-sociale”.*

În **Instrucțiunile nr. 1/507/2003** de aplicare a normelor privind organizarea, funcționarea și finanțarea unităților de asistență medico-sociale, aprobate prin **HG nr. 412/2003**, beneficiarii serviciilor acordate în unitățile de asistență medico-sociale sunt *„persoanele cu afecțiuni cronice care necesită permanent sau temporar supraveghere, asistare, îngrijire, tratament și care, din cauza unor motive de natură economică, fizică, psihică sau socială, nu au posibilitatea să își asigure nevoile sociale, să își dezvolte propriile capacități și competențe pentru integrare socială”.*

Internarea în aceste unități se face la recomandarea unităților sanitare sau la solicitarea persoanelor fizice ori juridice, în baza concluziilor rezultate din aplicarea grilei de evaluare medico-socială a persoanei vârstnice. Evaluarea medico-socială a persoanelor cu nevoi medico-sociale se face în unități sanitare cu paturi de către personalul medico-sanitar al acestor unități precum și de către serviciul de asistență socială din cadrul unităților administrativ-teritoriale în care își au domiciliul persoanele solicitante.

Instituțiile de asistență medico-sociale se înființează ca **instituții rezidențiale sau de zi** și asigură *servicii medicale, servicii de îngrijire și servicii sociale*.

1.2. Serviciile asigurate persoanelor vârstnice în unitățile de asistență medico-sociale

Serviciile medicale și de îngrijire asigurate de unitățile de asistență medico-sociale sunt următoarele:

1. Evaluarea la internarea în unitate;
2. Efectuarea de măsurători antropometrice;
3. Acordarea primului ajutor;
4. Monitorizarea parametrilor fiziologici: temperatura, respirație, puls, tensiune arterială, diureză, scaun;
5. Toaleta persoanei internate: parțială, totală la pat, totală la baie, cu ajutorul dispozitivelor de susținere;
6. Administrarea medicamentelor per os, intravenos, intramuscular, subcutanat, intradermic, prin perfuzie endovenoasă, pe suprafața tegumentelor și a mucoaselor, prin seringă automată;
7. Efectuarea de imunizări;
8. Măsurarea glicemiei cu glucometrul;
9. Recoltarea de produse biologice;
10. Clismă cu scop evacuator;
11. Clismă cu scop terapeutic;
12. Alimentare artificială pe sonda gastrică sau nazogastrică și pe gastrostomă;
13. Spălătură vaginală;

14. Masajul limfedemului;
15. Mobilizare, masaj, aplicații medicamentoase locale, utilizarea colacilor de cauciuc și a rulourilor pentru evitarea escarelor de decubit;
16. Schimbarea poziției, tapotaj, fizioterapie respiratorie pentru evitarea complicațiilor pulmonare;
17. Mobilizare, masaj, bandaj compresiv, aplicații medicamentoase locale pentru evitarea complicațiilor vasculare la membrele inferioare;
18. Îngrijirea plăgilor simple și suprainfectate;
19. Îngrijirea escarelor multiple;
20. Îngrijirea tubului de dren;
21. Îngrijirea canulei traheale;
22. Îngrijirea ochilor, mucoasei nazale și a mucoasei bucale;
23. Suprimarea firelor de sutură;
24. Îngrijirea stomelor și fistulelor;
25. Evacuarea manuală a fecaloamelor;
26. Aplicarea de pampers, ploscă, bazinet;
27. Aplicarea de prișnițe și cataplasme;
28. Calmarea și tratarea durerii;
29. Kinetoterapie individuală;
30. Examinare și evaluare psihologică.

La acestea se adaugă serviciile recomandate la externarea din unitățile sanitare cu paturi, cuprinse în biletele de ieșire, scrisori medicale și planuri de recuperare.

Serviciile sociale de care pot beneficia persoanele vârstnice asistate în unitățile de asistență medico-sociale sunt:

1. asigurarea unui nivel maxim posibil de autonomie și siguranță;
2. asigurarea unor condiții de îngrijire care să respecte identitatea, integritatea și demnitatea;
3. asigurarea menținerii capacităților fizice și intelectuale;
4. asigurarea consilierii și informării atât a asistaților, cât și a familiilor acestora privind problematica socială (probleme familiale, psihologice etc.);

5. activități specifice pentru prevenirea și combaterea instituționalizării prelungite;
6. stimularea participării la viața socială;
7. facilitarea și încurajarea legăturilor interumane, inclusiv cu familiile proprii;
8. organizarea de activități psiho-sociale și culturale;
9. identificarea mediilor în care poate fi integrată persoana internată timp îndelungat.

Pentru realizarea serviciilor de îngrijire, medicale și sociale unitățile de asistență medico-socială încheie convenții de parteneriat sau contracte cu furnizorii publici ori privați care acordă astfel de servicii.

Serviciile sociale sunt asigurate de personal specializat, angajat al unităților de asistență medico-sociale sau al serviciilor publice locale de asistență socială.

Atribuțiile asistenților sociali angajați ai unităților de asistență medico-sociale sunt următoarele:

- a) elaborează proiecte de intervenție în scopul prevenirii și combaterii instituționalizării pentru fiecare persoană asistată;
- b) întocmesc documentația necesară pentru asistare în cămine pentru persoane vârstnice, centre de îngrijire și asistență și altele asemenea, în cazul persoanelor care se transferă în aceste unități;
- c) acordă sprijin, după caz, persoanelor asistate, în vederea obținerii unor ajutoare bănești, materiale și sociale, pensii și altele;
- d) efectuează investigațiile necesare în cazuri de abandon pentru identificarea aparținătorilor persoanelor abandonate și pregătesc reintegrarea acestora în propria familie sau asistarea în cămine pentru persoane vârstnice, centre de îngrijire și asistență și altele asemenea;
- e) participă la adoptarea deciziilor privind încadrarea în grupe de probleme a persoanelor care necesită protecție socială și la stabilirea modului de soluționare a problemelor identificate;
- f) furnizează persoanelor asistate sau aparținătorilor acestora informații privind drepturile de care beneficiază în conformitate cu legislația în vigoare, precum și asupra funcționării unităților de asistență medico-sociale;

- g) colaborează cu organizații neguvernamentale, fundații, asociații, la realizarea unor programe care se adresează grupurilor țintă de populație din care fac parte persoane internate în unități de asistență medico-sociale;
- h) cunosc și aplică reglementările legale în vigoare referitoare la abandon, protecție socială, acordare de ajutoare și altele asemenea;
- i) respectă și apără drepturile persoanelor asistate;
- j) respectă secretul profesional și codul de etică și deontologie profesională.

Conform H.G. nr.459/2010, în cadrul unităților de asistență medico-sociale trebuie să existe **personal medico-sanitar** și **auxiliar** care să asigure servicii de specialitate și anume:

- un medic la 25 de paturi;
- un cadru sanitar mediu la 15 de paturi pe tură;
- o infirmieră la 12 paturi pe tură;
- personal TESA (inclusiv personal de conducere) 10% din numărul total de posturi prevăzut în statul de funcții;
- muncitori și alt personal de deservire 10% din numărul total de posturi prevăzut în statul de funcții.

Unitățile de asistență medico-sociale pot funcționa și în **regim de spitalizare de zi**, furnizând atât servicii medicale, cât și servicii sociale.

Instrumentul metodologic în baza căruia se realizează internarea în unitățile de asistență medico-sociale este **Grila de evaluare medico-socială, aprobată prin H.G. nr. 412/2003**, care reprezintă o fișă standard structurată pe componenta medicală și componenta socială.

1.3. Finanțarea unităților de asistență medico-socială

Sumele necesare pentru **lucrările de reparații și reamenajări, în vederea punerii în funcțiune a unităților de asistență medico-sociale, se asigură din bugetul de stat**, prin bugetul Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale, în limita creditelor bugetare alocate cu aceasta destinație și potrivit obiectivelor aprobate pe baza proiectelor elaborate de către beneficiar - unități medico-sociale. Sumele se acordă în tranșe, pe baza documentelor

justificative întocmite de beneficiari, avizate și prezentate de direcțiile de muncă, solidaritate socială și familie județene la Ministerul Muncii, Solidarității Sociale și Familiei.

Nivelul standardului de cost /an /pat pentru serviciile acordate în unitățile medico-sociale este 29.865 lei și cuprinde următoarele categorii de cheltuieli:

a) cheltuieli de personal aferente medicilor și personalului medical, precum și cheltuielile cu medicamente și materiale sanitare. Aceste cheltuieli se suportă de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, din sume alocate prin transferuri către bugetele locale, în limita sumei de 8.804 lei /an /pat;

b) cheltuielile de personal pentru personalul nemedical, precum și cheltuielile pentru hrană și bunuri și servicii necesare întreținerii și funcționării unităților medico-sociale, reparații, consolidări, dotări. Cheltuielile se suportă de la bugetul local, în limita sumei de 21.061 lei /an /pat.

În situația în care, drept urmare a nevoilor specifice și situațiilor particulare ale persoanei internate, costurile necesare furnizării serviciului respectiv depășesc nivelul prevăzut de standardul de cost, consiliile județene, consiliile locale ale sectoarelor municipiului București și consiliile locale ale municipiilor, orașelor și comunelor alocă sumele necesare din veniturile proprii.

Veniturile proprii ale unităților de asistență medico-sociale se constituie din:

- *sume provenind de la bugetul consiliului local sau după caz județean* pentru cheltuielile de întreținere și funcționare necesare unității medico-sociale;
- *contribuții personale ale beneficiarilor* serviciilor prestate sau ale susținătorilor legali ai acestora, aprobate, în condițiile legii, prin hotărâre a consiliilor locale, județene și a Consiliului General al Municipiului București, după caz. În baza costului de întreținere, contribuția individuală a fiecărui asistat în parte se calculează din totalul costurilor luate în calcul minus salariile personalului angajat;
- *finanțări externe*, obținute pe baza unor aplicații și programe;
- *donății, sponsorizări* din partea persoanelor fizice sau juridice;
- *diverse alte venituri*.

CAPITOLUL 2

SITUAȚIA ÎNFIINȚĂRII UNITĂȚILOR MEDICO-SOCIALE

Potrivit datelor furnizate de Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale, în anul 2003 au fost identificate un număr de 106 unități sanitare, cu un număr de 4100 paturi, în 40 de județe ale țării, care au potențialul necesar pentru a fi transformate în unități de asistență medico-socială.

Situația unităților medico-sociale conform evaluării inițiale este prezentată în anexa 0.

Reorganizarea unităților sanitare s-a realizat în baza evaluărilor întocmite de direcțiile de sănătate publică județene și s-au înființat ca unități de asistență medico-sociale de consiliile județene și locale cu avizul Ministerului Sănătății și al Ministerului Administrației și Internelor. Finanțarea lucrărilor de reparații, amenajări și modernizări necesare a fost susținută de la bugetul de stat prin bugetul alocat de Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale, precum și de la bugetele locale.

Sumele pentru reparații și amenajări clădiri au fost alocate din Fondul național de solidaritate în perioada 2003 - 2006, în vederea punerii în funcțiune a unui număr de 69 unități medico-sociale, cuantumul ridicându-se la valoarea de 24.078.200 lei, după cum urmează:

- H.G. nr. 1.436 din 11 decembrie 2003 - 8 unități de asistență medico-socială în valoare de 1.388.500 lei;
- H.G.nr. 1.437 din 11 decembrie 2003 - 17 unități de asistență medico-socială în valoare de 4.717.800 lei;
- H.G. nr. 1684/2004 - 1 unitate de asistență medico-socială în valoare de 344.000 lei;
- H.G. nr. 781/2004 - 19 unități de asistență medico-socială în valoare de 5.356.700 lei;
- H.G. nr. 552/2005 - 5 unități de asistență medico-socială în valoare de 2.454.800 lei;

- H.G..nr. 623/2006 - 15 unități de asistență medico-socială în valoare de 6.127.400lei;
- H.G. nr. 1.226/2006 - 5 unități de asistență medico-socială în valoare de 3.689.000lei.

CAPITOLUL 3

PREZENTAREA CERCETĂRII PRIVIND ORGANIZAREA ȘI FUNCȚIONAREA UNITĂȚILOR DE ASISTENȚĂ MEDICO-SOCIALĂ

3.1. Aspecte de ordin metodologic

Pentru a avea o imagine clară asupra dinamicii punerii în funcțiune și a modului în care sunt organizate și funcționează unitățile de asistență medico-socială, ca instituții de tip rezidențial în care sunt asistate și persoane vârstnice, Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice a realizat o cercetare sociologică la nivel național cu sprijinul consiliilor județene ale persoanelor vârstnice.

Cercetarea s-a realizat în perioada noiembrie - decembrie 2011, chestionarele fiind completate de personalul din conducerea unităților medico-sociale și aplicate de către reprezentanții consiliilor județene ale persoanelor vârstnice, cu sprijinul autorităților locale cu atribuții în domeniul asistenței sociale.

Tehnica de cercetare folosită în realizarea studiului a fost ancheta directă prin chestionarea, de către reprezentanți ai consiliilor județene ale persoanelor vârstnice, a personalului din conducerea unităților de asistență medico-sociale.

Instrumentul de cercetare utilizat a fost chestionarul. În realizarea anchetei s-a utilizat un singur chestionar destinat persoanelor din conducerea instituțiilor de asistență socială care este prezentat în anexa 3.

Astfel s-au obținut informații legate de capacitatea instituției de asistență socială (numărul camerelor pentru asistați, numărul total de paturi, numărul de paturi din cameră, numărul cererilor în așteptare), vechimea construcției în care funcționează instituția și anii în care s-au făcut reparații capitale, proprietarul locației, structura personalului angajat în cadrul instituției și nevoia de personal, specialitatea medicilor care acordă asistență medicală asistaților și modul în care se acordă asistența medicală, structura persoanelor asistate în funcție de sex, vârstă și mediul de proveniență, dotarea instituției, principalele servicii ce se asigură asistaților în cadrul instituției (servicii sociale, socio-medicale, medicale), principalele boli de care suferă asistații, activitățile la care participă aceștia zilnic

și acțiunile concrete prin care angajații instituției contribuie la prevenirea marginalizării sociale și la integrarea socială a persoanelor vârstnice asistate.

Alte informații importante obținute cu ajutorul chestionarului au avut în vedere cine aprobă asistarea unei persoane vârstnice în unitatea de asistență medico-socială, cine realizează evaluarea socio-medicală a acestora, ce documente trebuie să cuprindă dosarul individual al unei persoane vârstnice pentru asistarea în instituție, care este costul mediu lunar de întreținere și care este cuantumul contribuției individuale lunare de întreținere stabilită pentru un asistat în anul 2011.

De asemenea, s-a încercat să se afle care sunt principalele greutăți și impedimente cu care se confruntă persoanele din conducerea unităților de asistență medico-sociale, în care sunt asistate persoane vârstnice, în desfășurarea activității și care sunt propunerile pe care le fac acestea pentru îmbunătățirea activității.

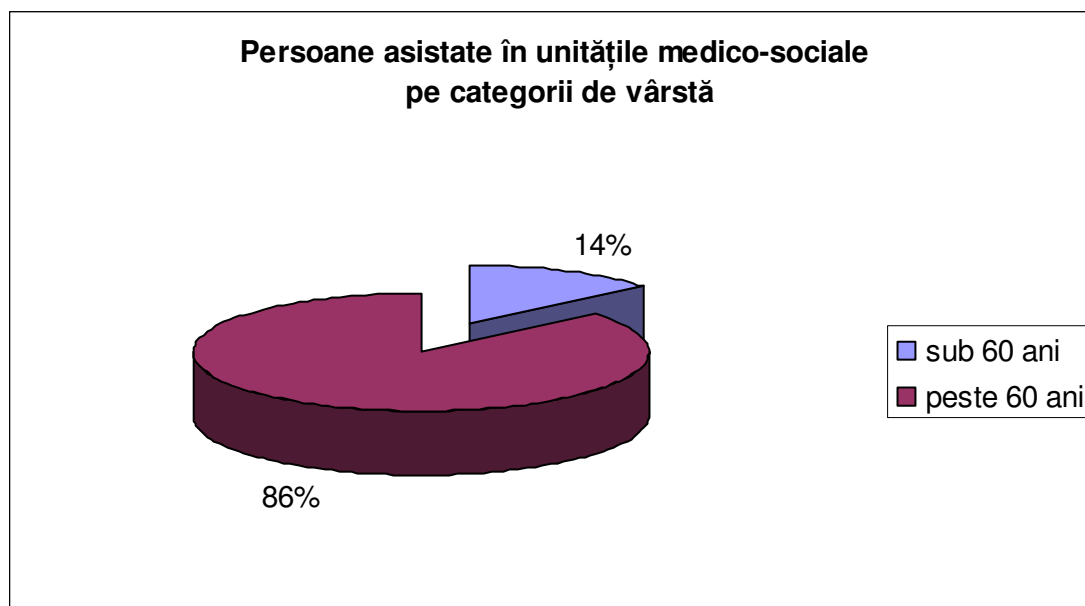
Chestionarul a fost aplicat personalului din conducerea a **30 unități de asistență medico-socială** după cum urmează:

Județul	Număr unități medico-sociale	Județul	Număr unități medico-sociale
Alba	1	Ilfov	1
Bihor	4	Mehedinți	2
Bistrița Năsăud	2	Mureș	3
Brașov	1	Sălaj	1
Dolj	7	Sibiu	4
Iași	2	Vaslui	2
Total	30		

3.2. Analiza și interpretarea datelor

După cum se observă în unitățile de asistență medico-socială cuprinse în cercetare proporția persoanelor cu vârsta peste 60 de ani este covârșitoare. Unitățile chestionate ne-au furnizat date cu privire la numărul total și la numărul pe categorii de vârstă și sex a persoanelor asistate. A rezultat astfel un număr total de 3544 asistați din care :

- **438 persoane cu vârsta sub 60 de ani**, respectiv 212 bărbați și 226 femei;
- **3106 persoane cu vârsta peste 60 de ani**, din care 1206 sunt de sex masculin și 1900 sunt de sex feminin.



Cu toate că aceste centre nu sunt instituții de asistență socială destinate exclusiv persoanelor vârstnice, ci persoanelor adulte cu probleme sociale și deopotrivă medicale, **vârstnicii predomină reprezentând 86% din totalul persoanelor asistate.**

Se constată că în rândul persoanelor de vârsta a treia, asistate în aceste unități, predomină cele cu vârsta cuprinsă între 75 și 79 ani. După vârsta de 60 de ani raportul dintre numărul total de femei și bărbați prezintă mici diferențe în favoarea persoanelor de sex feminin. Constatăm că numărul bărbaților este mai mic decât cel al femeilor diferență datorată în principal faptului că speranța de viață este mai mare la femei decât la bărbați. În consecință numărul persoanelor rămase singure care nu se mai pot autogospodări și care au nevoie de îngrijire de specialitate este mai mare în cazul femeilor.

Făcând o asociere între vârsta și sexul persoanelor intervievate se observă că, dacă până la vârsta de 70 ani numărul persoanelor de sex masculin asistate este mai mare (fenomen explicat de faptul că bărbații rămași singuri se autogospodăresc mai greu decât femeile singure), după vârsta de 70 ani, sub efectul speranței de viață diferite, crește semnificativ numărul persoanelor de sex feminin asistate, numărul bărbaților peste 85 ani asistați în unitățile de asistență medico-sociale scăzând la jumătate față de numărul femeilor cu aceeași vârstă.

De asemenea din datele demografice solicitate a rezultat că există diferențe majore între asistați din punct de vedere al mediului de proveniență,

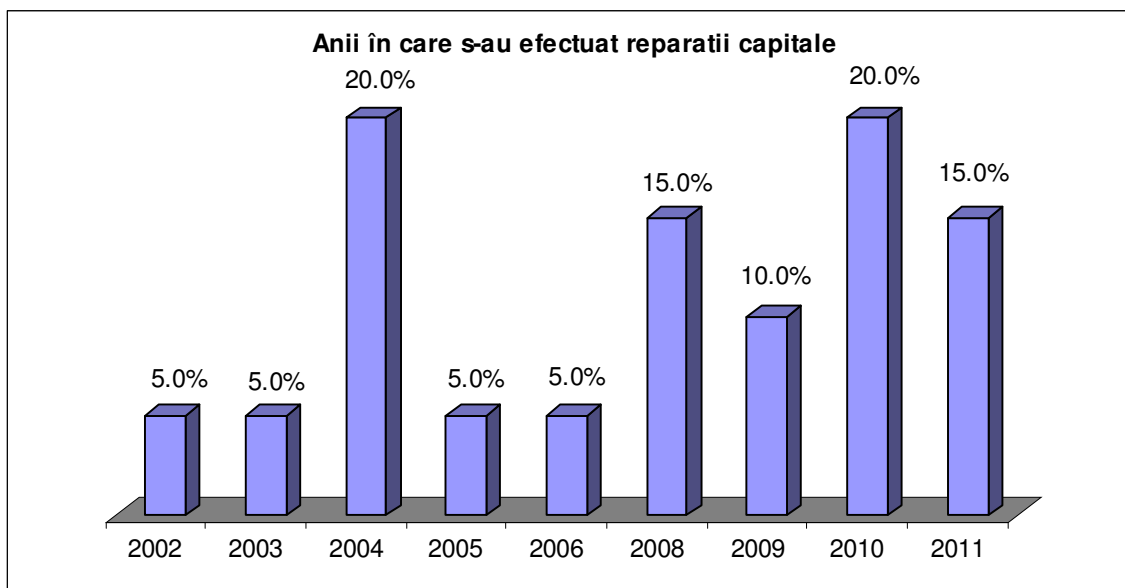
tendința fiind în favoarea persoanelor din mediul rural (2693 persoane față de 851 persoane din mediul urban). Aceasta se explică și prin faptul că localitățile în care sunt amplasate aceste unități se află în mediul rural sau în localități urbane mici.

În funcție de anul în care a fost finalizată construcția clădirii în care funcționează unitățile medico-sociale putem aprecia că 33,3% dintre acestea își au sediul în clădiri vechi, construite înainte de anul 1950 și numai 4,2% dintre acestea funcționează în clădiri construite între anii 2002 - 2006.

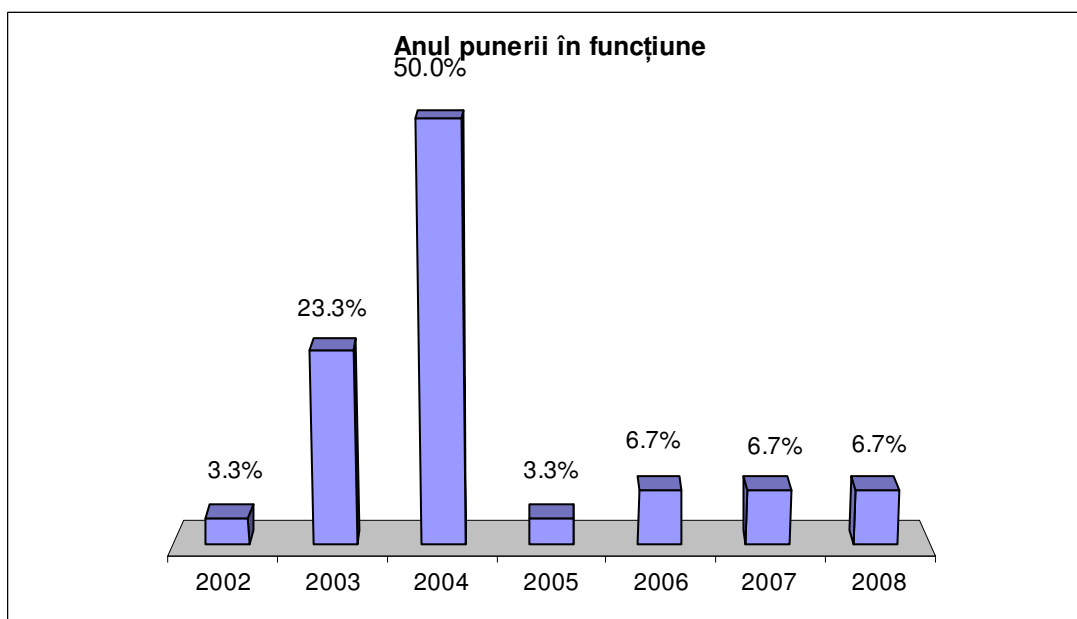
Deși în asemenea condiții, odată cu schimbarea destinației de funcționare, clădirile necesitau lucrări atât pentru reconstrucție, cât și pentru reabilitare și reamenajare, prin numărul ridicat de non-răspunsuri la această întrebare suntem înclinați să credem că reparațiile, respectiv reabilitările necesare nu s-au efectuat. În timp, **reparațiile capitale** au fost raportate astfel:

- 1 unitate a fost reamenajată în anul 2002,
- 1 unitate în anul 2003,
- 4 unități în anul 2004,
- 1 unitate în anul 2005,
- 1 unitate în anul 2006,
- 3 unități în anul 2008,
- 2 unități în 2009,
- 4 unități în 2010 și
- 3 unități în anul 2011.

Cele 10 non-răspunsuri ar putea fi interpretate ca unități pentru care nu s-au efectuat încă lucrări de reparații și /sau amenajări, deși aceste unități medico-sociale au fost înființate prin hotărâri ale consiliilor locale și județene pe măsura alocării de fonduri pentru reamenajare, alocate prin hotărâri de guvern.

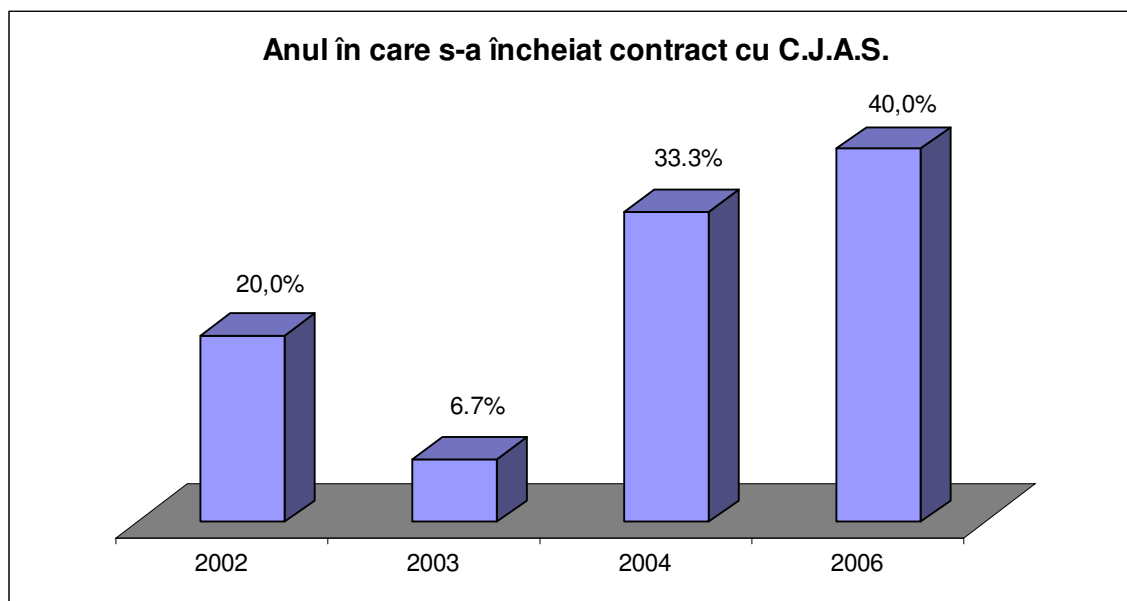


În ceea ce privește **anul în care au fost puse în funcțiune** unitățile de asistență medico-socială se constată că **cele mai multe unități** au fost puse în funcțiune în anul 2004 (50,0%), urmat de anul 2003 (23,3%).



Proprietarii clădirilor în care funcționează instituțiile ce fac obiectul analizei sunt **consiliile locale și consiliile județene**, valoarea de mijloc fix a locațiilor fiind evaluată în intervalul **251.400 lei - 5.953.537 lei**.

Din cele 30 de unități chestionate cu privire la încheierea contractului cu C.J.A.S. 15 unități nu au dat răspuns ceea ce conduce către concluzia că nu au relații contractuale cu case de sănătate la nivel județean, iar celelalte au încheiat contracte după cum urmează: în 2002 - 3 unități, în 2003 - 1 unitate, în 2004 un număr de 5 unități și 6 unități în 2006.



În ceea ce privește **capacitatea** unităților de asistență medico-socială se constată următoarele :

- în cele 30 de unități chestionate există în total 453 de camere de locuit și, în medie, 15 camere de locuit într-o instituție;
- numărul mediu de paturi per cameră a fost de 4,48, acesta variind între 2 și 12 paturi pe cameră. Trebuie făcută mențiunea că unitatea medico-socială cu 12 paturi într-o cameră ar trebui reamenajată pentru a corespunde actualelor standarde pentru instituțiile de tip rezidențial.
- există un număr total de 143 wc-uri și 85 băi comune cu dușuri (valoarea medie a acestora fiind de 5,5 wc-uri comune și 3,5 băi comune per instituție), rezultând un raport de 21,1 între numărul mediu de persoane asistate și numărul mediu de wc-uri comune. Menționăm că în cadrul unităților medico-sociale coexistă grupuri sanitare comune, cât și individualizate pe camere, deoarece structura clădirii este de tip „spital”.

- 22 de unități medico-sociale au raportat un număr total de 267 de camere cu grup sanitar propriu, iar un număr de 9 unități declarat că au 103 camere fără grup sanitar propriu, reprezentând aproape 30% din total camere observate, destul de mult dacă avem în vedere că este o condiție esențială în caracterizarea confortului persoanelor vârstnice asistate;
- majoritatea camerelor din aceste instituții sunt suprapopulate iar **numărul de cereri în așteptare** este foarte mare, acesta ridicându-se la un total de 666 de cereri în instituțiile analizate , cu o medie de 25,6 cereri în așteptare pe instituție). Menționăm ca există un raport de 1,95 între numărul de cereri în așteptare și numărul de paturi în unitățile medico-sociale. Numărul mare al persoanelor care solicită să fie asistate într-o unitate de tip rezidențial destinată persoanelor cu probleme medico-sociale conduce la ideea subdimensionării acestei rețele.

Majoritatea unităților medico-sociale păstrează aspectul fostelor unități sanitare cu paturi având atât camere cu un număr mare de paturi - saloane, cât și camere cu 2 - 3 paturi - rezerve, **numărul mediu de paturi** fiind de 43,3 pe unitate.

O altă caracteristică a acestor unități este dată de capacitatea relativ redusă de a asista persoanele cu probleme medico-sociale, comparativ cu instituțiile tradiționale de tip rezidențial, respectiv căminele de bătrâni sau centrele de îngrijire și asistență. Aceasta poate fi privită însă și ca un aspect pozitiv din perspectiva calității îngrijirii, nevoile persoanei asistate individualizându-se, așa cum este și recomandat la nivelul bunelor practici privind asistența socio-medicală.

Totodată, numărul redus de locuri este o caracteristică specifică unităților de tip rezidențial care acordă asistență de scurtă durată, așa cum au fost inițial concepute și unitățile medico-sociale. Totuși, analizând structura asistaților pe categorii de vârstă și problemele medicale pe care aceștia le prezintă putem concluziona că în marea lor majoritate asistații necesită o îngrijire de lungă durată.

Dotările camerelor de locuit pentru asistați sunt limitate. În cele 30 de unități a rezultat o medie de 26,1 paturi, 41,8 noptiere, 12,8 dulapuri, 11,6 mese,

19,3 scaune, 4,7 televizoare, 8,3 aparate de aer condiționat și 15,0 veioze. Se observă slaba dotare a camerelor de locuit, mobilierul nefiind individualizat cu excepția noptierelor, dulapurile utilizându-se în comun de către asistații unei încăperi. De asemenea, scaunele și veiozele sunt insuficiente, iar televizoarele sunt de obicei amplasate în spații pe care asistații le utilizează în comun, ceea ce dezavantajează persoanele care datorită stării de sănătate sunt imobilizate la pat.

Ca o concluzie se poate estima că nu s-au făcut investiții pentru reamenajarea spațiilor de locuit, unitățile medico-sociale continuând să utilizeze dotările moștenite de la fostele unități sanitare cu paturi.

Fiecare unitate de asistență medico-socială este dotată în afara camerelor de locuit pentru persoanele asistate și cu **încăperi și dependințe** care au în medie următoarele valori: 1 bucătărie cu instalație de preparare a hranei; 1 bucătărie de încălzire a hranei; 1,3 sală de mese; 2,0 camere pentru depozitarea alimentelor; 1 spălătorie; 1,8 cluburi și 3,5 birouri. Doar un număr de 14 unități medico-sociale dispun de săli destinate activităților de club în care se pot desfășura activități recreative și de socializare. Putem deci afirma că în majoritatea instituțiilor de acest tip predomină latura medicală a îngrijirii.

Pentru a ilustra **modul în care sunt dotate** unitățile de asistență medico-sociale cu aparatură electrocasnică s-a calculat valoarea medie pe unitate, aceasta fiind: 5,7 frigidere, 2,2 lăzi frigorifice, 8,9 televizoare color, 7,1 aparate radio, 4,0 PC-uri, 3,0 imprimante, 1,4 copiator, 5,5 aparate de aer condiționat, 1 automobil, 1,5 sistem de încălzire propriu.

În ceea ce privește **dotarea instituțiilor cu aparatură medicală** se constata că :

- nu toate unitățile au **aparatură medicală uzuală** obligatorie, cum ar fi: tensiometru (76,7%), stetoscop (20,0%), glucometru (66,7%), set de resuscitare (23,3%) și truse de mică chirurgie (9,3%);
- de **aparatura pentru investigații** se poate beneficia în proporții reduse și anume: 50,0% dispun de un electrocardiograf, oscilometru 3,3%, analizator trigliceride 3,3%, analizator biochimie 10,0%, aparat de radiologie 4,7% și numai 23,3% din unități sunt dotate cu un ecograf;

- **alte aparaturi** care se regăsesc în proporții reduse în dotarea unităților medico-sociale sunt: etuvă în 23,3% din cazuri, sterilizator 10,0%, aparat de fizioterapie 10,0%, nebulizator 6,7%, stative perfuzii 4,7%.

Remarcăm faptul că deși proporția persoanelor vârstnice în rândul persoanelor asistate în cadrul unităților medico-sociale ce fac obiectul analizei este predominantă, dotările de care acestea dispun nu sunt adaptate profilului asistaților astfel încât nu pot răspunde nevoilor lor socio-medicale. Ne referim în special la faptul că nu au în dotare aparate de fizioterapie necesare în multe afecțiuni specifice vârstei a treia și mai puțin de jumătate din unitățile chestionate au în dotare electrocardiograf deși este binecunoscută incidența majoră a bolilor cardiovasculare în rândul persoanelor vârstnice. De asemenea, unitățile nu au în structura lor un cabinet stomatologic, aceasta fiind o altă problemă de sănătate majoră cu implicații asupra bunei funcționări a organismului.

Deficiențele prezentate, cu implicații asupra calității asistenței acordate, sunt deosebit de importante deoarece unitățile medico-sociale se confruntă de multe ori cu pacienți care nu beneficiază de asigurare medicală și de multe ori și fără acte de identitate una din dificultățile majore semnalate fiind transferul acestora către alte unități sanitare de specialitate.

Principalele boli cu care sunt diagnosticate persoanele asistate în unitățile medico-sociale sunt: bolile cardiovasculare (1379 cazuri), urmate de bolile aparatului respirator (603 cazuri), bolile neurologice (415cazuri), bolile sistemului osteoarticular (368 cazuri), bolile psihice (308 cazuri), bolile digestive (293 cazuri), boli ale aparatului urogenital (193cazuri), boli endocrine (169 cazuri), demențe (157 cazuri), tumore (48 cazuri), accidente traumatice (41 cazuri).

În general, asistența medicală a persoanelor asistate din unitățile medico-sociale este asigurată de **medicii și asistentele medicale, angajați ai acestor instituții**. În foarte puține cazuri asistența medicală este asigurată de medicul de familie al pacientului. Se constată că în majoritatea cazurilor specialitatea medicilor angajați ca și aparatura medicală pe care o au în dotare reflectă profilul inițial al unității spitalicești care s-a reorganizat. Serviciile medicale și socio-medicale sunt asigurate 24 din 24 de ore de către personalul unității medico-

sociale, iar în cazurile care necesită intervenții de specialitate persoanele asistate sunt transferate către unitățile spitalicești.

Specialitatea medicilor care asigură asistența medicală este o informație relevantă referitor la calitatea îngrijirii medicale și socio-medicale. S-a constatat că în cele 30 de unități există :

- **24 medici generalişti - 19 unități** au angajat medici de medicină generală;
- **12 medici de familie - 10 unități** au în colectivul medical cadre cu specialitatea medicină de familie;
- **7 medici interniști - în 7 unități** cuprinse în eșantion.

Nu putem să nu remarcăm **lipsa medicilor geriatri** deși în aceste instituții sunt asistate și persoane vârstnice care au nevoie de îngrijire medicală de specialitate.

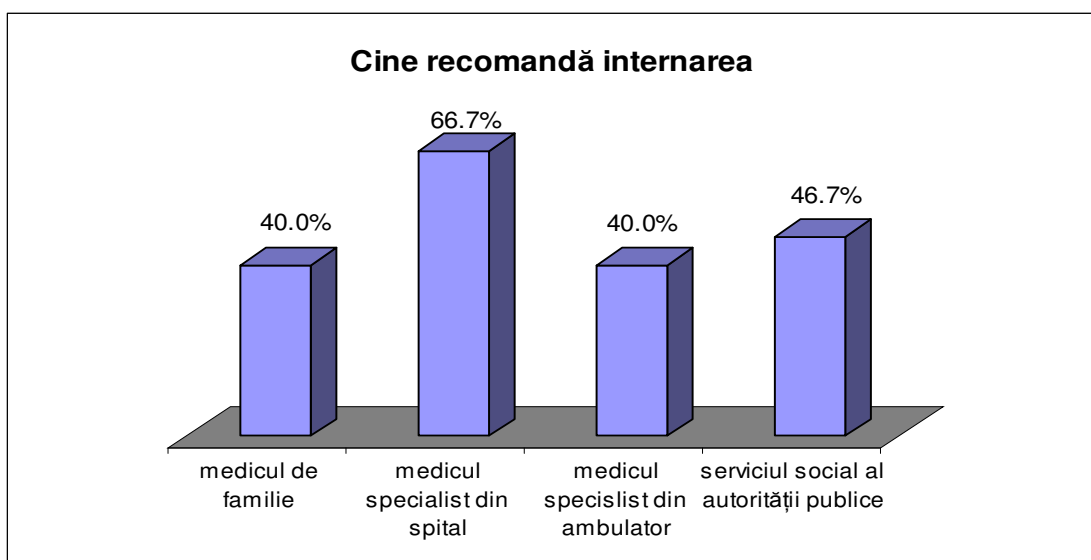
În general, în unitățile de asistență medico-socială care au făcut obiectul analizei este angajat personal medical suficient. Astfel, valoarea medie a numărului de medici din cele 30 de instituții supuse investigației noastre este de 1,35 medici /instituție, media asistenților medicali este de 8,11, iar a infirmierelor de 8,21. Pe lângă personalul medical în aceste instituții mai sunt angajați **asistenți sociali** (media fiind de 2,9 asistenți sociali într-o instituție) și **psihologi** (media fiind de 2,67 psihologi într-o instituție).

Aproape toate unitățile medico-sociale sunt conduse de un director, cu o singură excepție și au în componență, în medie: personal administrativ (3,80 persoane), îngrijitori (3,86), șoferi (2,11), muncitori (4,85), contabili (1,30). **Numărul total de angajați** ai unei unități medico-sociale este în medie de 35,5 persoane.

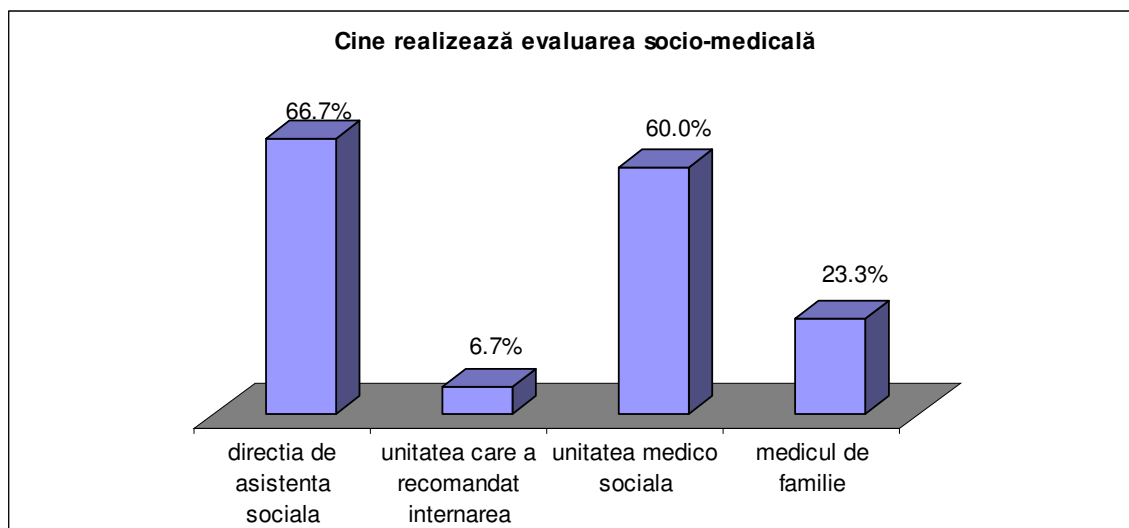
Personalul din conducerea acestor instituții consideră că pentru buna funcționare și acoperirea nevoilor sociale, socio-medicale și medicale unitatea mai are **nevoie de personal de specialitate** după cum urmează: infirmiere (53,6%), kinetoterapeuți (42,9%), personal administrativ (42,9%), psihologi (28,6%), asistenți medicali (21,4)%, medici (17,9%), asistenți sociali (17,8%) și farmaciști (3,6).

În cadrul analizei efectuate asupra unităților de asistență medico-sociale ne-am propus, de asemenea, să realizăm o evaluare a modului în care funcționează sistemul de acordare a asistenței medico-sociale. În acest scop am avut în vedere cine recomandă internarea, cine realizează evaluarea, cine aprobă asistarea unei persoane cu nevoi medico-sociale și am constatat următoarele :

- **recomandarea pentru internarea** într-o unitate medico-socială se face uneori de către mai mulți medici. Astfel regăsim în 66,7% din cazuri trimiteri provenind de la medicul specialist din spital, așa cum prevede legislația în domeniu, dar și situații diverse cum ar fi: medicul de familie (40,0%), serviciul social al autorităților publice locale (46,7%), medicul specialist din ambulatoriul de specialitate (40,0%);



- **evaluarea persoanei asistate** poate fi efectuată de asemenea de către mai mulți specialiști: de către direcția de asistență socială în proporție de 66,7%, de specialiștii unității medico-sociale în 60,0% din cazuri, de unitatea care a recomandat asistarea 6,7% și de medicul de familie într-o proporție de 23,3%. Așadar, serviciul public de asistență socială din cadrul primăriilor realizează cele mai multe anchete sociale completând fișele de evaluare socio-medicală ale persoanelor ce solicită să fie asistate într-una din unitățile de asistență medico-socială.



Pentru întocmirea dosarului unei persoane asistate este nevoie de o serie de documente care nu întotdeauna se regăsesc, acest fapt creând dificultăți în asigurarea unei asistențe adecvate persoanelor internate. Principalele acte necesare la întocmirea dosarului se regăsesc în proporții variabile în practica unităților medico-sociale :

- bilet de trimitere - 100%;
- act de identitate - 93,3%;
- acte doveditoare de venit (cupon de pensie) - 100%
- carnet de asigurat - 100%;
- cerere de internare - 70,0%;
- ancheta socială - 70,0%;
- grila de evaluare - 70,0%;
- declarația aparținătorilor legali - 43,3%.

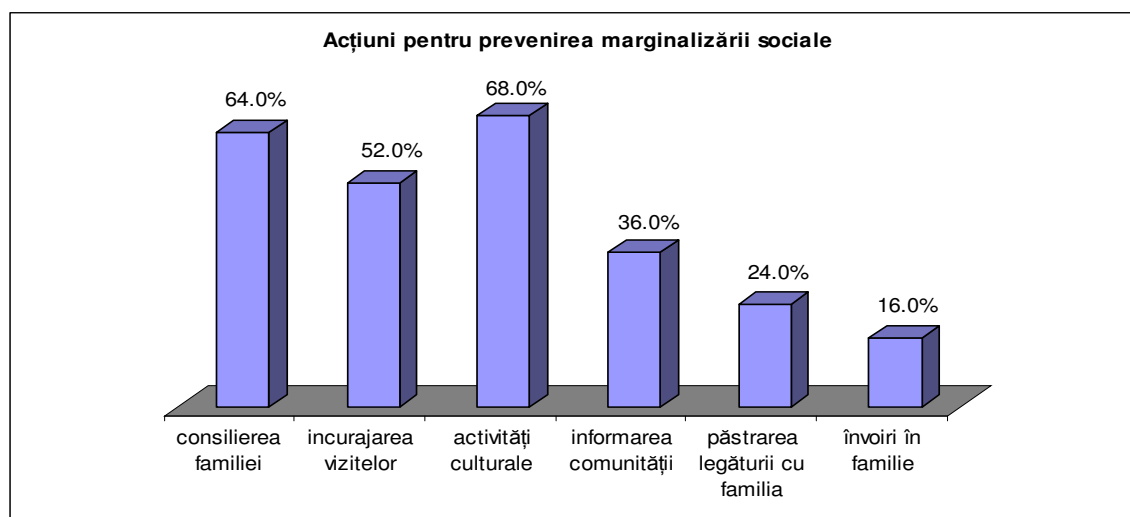
Pentru o corectă interpretare a cifrelor de mai sus menționăm că o serie de acte pot exista sau nu la dosar în funcție de situația de dificultate în care se află persoana asistată (exemplu: nu deține acte de identitate la momentul internării urmând a fi obținute pe parcursul perioadei de asistență, nu are venituri și nu are calitatea de asigurat etc.).

Conform legislației în vigoare unitățile medico-sociale adăpostesc persoane cu probleme medico-sociale pe o perioadă determinată de timp, până la remedierea problemelor individuale. Analiza pe baza chestionarului a condus la următoarele concluzii privind **durata asistării** unei persoane în unitățile medico-sociale: variază între mai puțin de 1 lună (27,6%), între 1 și 3 luni (6,9%),

între 4 și 6 luni (24,1%) și pe perioadă nedeterminată (41,4%). Conchidem că valorile cele mai mari sunt reprezentate de extreme, astfel încât dacă se depășește perioada de o lună de asistență există tendința de a se prelungi cât mai mult eventual pe o perioadă nedeterminată. Corelând cu faptul că majoritatea persoanelor asistate sunt vârstnici considerăm că **tendința ca aceste unități să devină centre de permanență pentru îngrijire de lungă durată este evidentă.**

Activitățile la care participă asistații în cadrul unității de asistență medico-socială sunt activități culturale și recreative, respectiv: vizionare spectacole (62,5%), vizionarea programelor tv (54,2%), lectură (50,0%), activități administrative (29,2%), participarea la servicii religioase (29%), jocuri de societate (29%), plimbări (29,2%), ergoterapie (20,8%), grădinarit (12,5%), lucru manual (8,3%). Se constată că majoritatea activităților sunt statice deoarece în aceste unități frecvența persoanelor imobilizate la pat este mare, motiv pentru care anumite activități nu se pot realiza decât în proporții reduse, cu persoanele deplasabile.

O altă preocupare importantă trebuie să o reprezinte **prevenirea marginalizării sociale** pentru persoanele asistate în unitățile medico sociale, iar aceste activități se desfășoară astfel:



Principalele servicii de care beneficiază persoanele vârstnice asistate în unitățile de asistență medico-socială luate în analiză sunt:

- **servicii sociale** cum ar fi: găzduire (93,1%), hrană (96,6%), prevenirea marginalizării sociale (96,6%), reintegrare socială (96,6%), tuns și coafat (69,0%), bibliotecă (65,5%), participarea la acțiuni culturale (55,2%), consiliere psihologică (51,7%) consiliere administrativă (55,2%), club de zi (48,3%). Există puține instituții care acordă consiliere juridică asistaților (17,2%).
- **servicii socio-medicale** cum ar fi: ajutor pentru menținerea și readaptarea capacităților fizice (93,1%), programe de ergoterapie (34,5%), sprijin pentru realizarea igienei corporale (100%), ajutor pentru îmbrăcare și dezbrăcare (100%), ajutor pentru deplasare (100%), monitorizarea parametrilor fiziologici (100%), toaleta persoanei asistate (100%), administrarea medicamentelor (100%), efectuarea de imunizări (100%), măsurarea glicemiei (86,2%), recoltarea de produse biologice (96,6%), clisma cu scop evacuator (89,7%), clisma cu scop terapeutic (89,7%), alimentație artificială (44,8%), spălătură vaginală (51,7%), masajul limfedemului (51,7%), mobilizare, masaj pentru prevenirea escarelor (65,5%), schimbarea poziției, tapotaj, fizioterapie respiratorie (100%), tratamente pentru evitarea complicațiilor la membrele inferioare (96,6%), îngrijirea plăgilor (100%), îngrijirea escarelor multiple (93,1%), îngrijirea tubului de dren (89,7%), îngrijirea canulei traheale (62,1%), îngrijirea ochilor, mucoasei nazale și traheale (55,2%), suprimarea fistulelor (96,6%), îngrijirea stomelor (86,2%), aplicare de pampers, ploscă, bazinet (65,5%), aplicarea de prișnițe și cataplasme (100%), calmarea și tratarea durerii (72,4%), kinetoterapie individuală (96,6%), examinare și evaluare psihologică (44,8%) ;
- **servicii medicale** cum ar fi: servicii de îngrijire-infirmerie în 100% din instituțiile cuprinse în eșantion, asigurarea medicamentelor prescrise de medic în 100% din cazuri și consultații și tratamente la cabinetul medical (96,6%). Numai **79,3% din instituții asigură dispozitive medicale asistaților, 51,7% consultații stomatologice și 31,0% programe de ergoterapie.**

Mentținerea legăturii persoanelor asistate cu propria rețea socială și cu familia este încurajată în majoritatea unităților medico-sociale, astfel încât **frecvența vizitelor** este zilnică în 58,3% din cazuri, săptămânală în 37,5% din cazuri și doar 4,2% din unități au precizat că vizitele se desfășoară lunar. Această cifră este influențată de mai mulți factori pentru că presupune atât disponibilitatea aparținătorilor de a-i vizita pe asistați după internarea în unitate, cât și activitățile desfășurate de personalul de specialitate. De cele mai multe ori vizitele se desfășoară la patul persoanei asistate (47,1%) fie pentru că persoana nu este deplasabilă din motive de sănătate, fie pentru că instituția nu a amenajat un spațiu dedicat primirii acestor vizite. Doar 47,1% din unități au declarat ca dețin o încăpere special amenajată pentru vizite, iar 5,9% folosesc sala de mese pentru primirea vizitelor.

În vederea **prevenirii marginalizării sociale a persoanelor asistate** directorii unităților medico-sociale au raportat desfășurarea de activități specifice pentru atingerea acestui obiectiv și anume: consilierea familiei (64,0%), încurajarea vizitelor (52,0%), organizarea și participarea la activități culturale (68,0%), păstrarea legăturii cu familia (52,0%), informarea și implicarea comunității (36,0%), învoiri în familie (16,0%).

Costul mediu lunar de întreținere pentru o persoană asistată într-o unitate medico-socială este de **2.757 lei**, valorile pe baza căruia a fost estimat acest cost variind de la minim 608,0 lei la maxim 25.757 lei.

Cuantumul contribuției lunare de întreținere diferă de la o instituție la alta, deoarece se stabilește la nivel local de către autoritățile publice care au înființat instituția. Așadar, făcând o **medie a contribuțiilor lunare** plătite în unitățile de asistență medico-socială chestionate (dintre care numai 18 au răspuns la această întrebare) a rezultat o valoare de **629 lei** /asistat, cuantumul acestei contribuții variind între 200 și 11.326 lei. Menționăm că în majoritatea cazurilor consiliile locale, respectiv județene au stabilit pentru persoanele vârstnice **un procent din pensie, cel mai frecvent 60%**, drept cuantum variabil al contribuției în funcție de venitul persoanei asistate în unitatea medico-socială.

De precizat că valoarea **costului efectiv de întreținere** al unei persoane asistate **este cu mult mai mare decât contribuția** pe care o plătește fiecare

asistat. În cazul persoanelor care nu au venituri, această contribuție este suportată de familie sau de la bugetul consiliilor locale /județene.

Pentru asigurarea funcționării unităților de asistență medico-socială se utilizează fonduri provenind din mai multe surse de finanțare: bugetul de stat, bugetul local, fonduri de la casa județeană de asigurări de sănătate, fonduri externe, donații și sponsorizări. Pentru lucrarea de față au fost solicitate date cu privire la fondurile alocate în anul 2011 și a rezultat că la nivelul unităților medico-sociale chestionate :

- **fondurile provenind de la bugetul de stat** însumează 8.774.114 lei, revenind în medie suma de 417.815 lei pe unitate medico-socială. În anul 2011 doar 21 unități medico-sociale au declarat că au primit fonduri de la bugetul de stat;
- **fondurile provenind de la bugetul local** însumează 15.868.473 lei, revenind în medie 689.934 lei pe unitate. În anul 2011 un număr de 23 de unități au raportat că au primit fonduri de la bugetul local;
- **fondurile provenind de la asigurările de sănătate** se ridică la suma totală de 481.100 lei, respectiv 240.550 lei media pe unitate. În anul 2011 un număr de 2 de unități, din cele chestionate au raportat că au primit fonduri de la bugetul asigurărilor de sănătate;
- **din donații și sponsorizări** au rezultat fonduri în valoare totală de 28.9471 lei în anul 2011 (aproximativ 48245 lei în medie pe unitate și au raportat 6 unități);
- **fondurile externe** nu au fost alocate unităților de asistență medico-sociale chestionate;
- **alte surse de finanțare**, în care se includ și contribuțiile asistaților au însumat 2.333.200 lei în anul 2011 (în medie 155.547 lei per unitate, valorile fiind raportate de către 15 de unități).

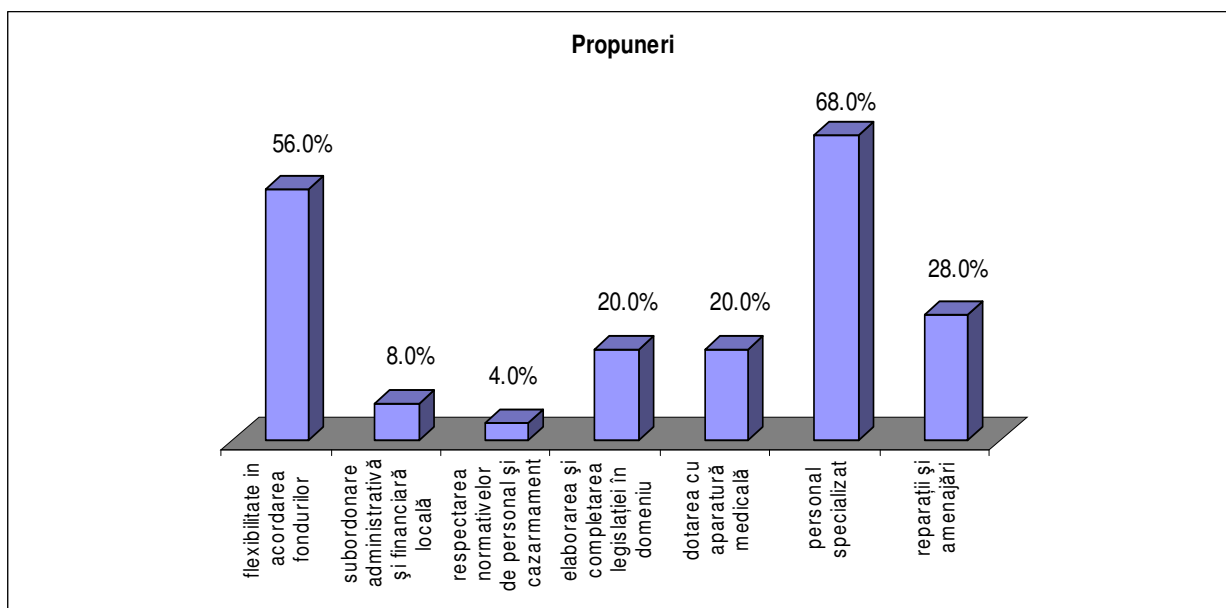
Cea mai importantă parte a acestei cercetări a fost alocată **problemelor, greutăților și impedimentelor** cu care se confruntă personalul din conducerea instituțiilor de asistență socială în desfășurarea activității și propunerile pe care aceștia le au formulat în vederea îmbunătățirii activității acestor instituții.

Astfel, principalele **probleme** semnalate de aceștia sunt:

- pentru **65,4%** dintre intervievați **lipsa personalului specializat** este principalul impediment în desfășurarea activității;
- **lipsa fondurilor** - **53,8%** din cei chestionați afirmând că aceasta este problema cea mai importantă cu care se confruntă;
- **slaba dotare cu aparatură medicală** a instituției afectează activitatea curentă în cazul a **19,2%** dintre instituții;
- **spațiul insuficient** a fost sesizat în proporție de **15,4%**;
- o problemă ce afectează **3,8%** din directorii unităților de asistență medico-socială se referă la **sistem de încălzire deficitar** în cazul în care unitatea nu are încălzire centrală și nu poate asigura confortul termic pe timp de iarnă pentru asistați. **Lipsa suportului din partea familiilor** celor asistați (**3,8%**), fenomen care îngreunează procesul de asistență prin blocarea locurilor în unitate de către persoane care nu pot fi dezinstituționalizate. **Legislația** de funcționare a unităților de asistență medico-socială **nu este clară**, aspect semnalat la **3,8%** din unități. Prevederile legale nu se aplică sau sunt greu de aplicat datorită confuziilor create între partenerii sociali implicați.

Principalele propuneri, formulate de persoanele din conducerea unităților medico-sociale intervievate, au fost:

- angajarea de **personal specializat** în unitățile de asistență medico-socială - **68,0%**;
- **flexibilitate în acordarea fondurilor** - **56,0%**;
- **reparații și amenajări** - **28,0%**;
- **dotarea instituției** cu aparatură medicală, electrocasnică și mobilier - **20,0%**;
- **completarea cadrului legislativ existent** - **20,0%**;
- elaborarea și aplicarea **normativelor de personal și cazarmament** - **20,0%**;



Așadar, lipsa fondurilor, care atrage lipsa personalului specializat și slaba dotare a instituției, sunt principalele probleme cu care se confruntă personalul din conducerea unităților de asistență medico-socială supuse investigației. La acestea se adaugă lacunele legislative care determină capacitatea redusă a instituției de a colabora cu autoritățile publice locale ducând la imposibilitatea realizării unor achiziții de medicamente, aparatură medicală, electrocasnică sau de mobilier; precum și la restricționarea alegerii persoanelor ce urmează a fi asistate în aceste instituții.

Aceste probleme ar putea fi rezolvate, în opinia persoanelor din conducerea acestor instituții, prin suplimentarea fondurilor care ar asigura dotarea corespunzătoare a instituțiilor de asistență medico-sociale și la extinderea capacității acestora prin mărirea numărului de camere și a numărului de paturi. Transformarea unor unități de asistență medico-socială în cămine pentru persoane vârstnice ar fi o urmare firească a faptului că practica a demonstrat încă odată că cererea majoră de asistență de tip rezidențial se cantonează la nivelul acestei categorii de populație. Această reglementare ar rezolva într-o oarecare măsură problema legată de numărul insuficient de locuri în căminele de bătrâni existente și separarea vârstnicilor de alte categorii de persoane adulte cu nevoi specifice (persoane bolnave psihic, persoane fără adăpost etc.).

CAPITOLUL 4

CONCLUZII

Inițial au fost propuse un număr de 106 unități sanitare cu paturi în vederea reorganizării ca unități de asistență medico-socială. Până în 2006 dintre acestea numai un număr de 69 de unități au beneficiat de fonduri de la bugetul de stat în vederea efectuării lucrărilor de reamenajare. Menționăm că dintre acestea nu toate au finalizat lucrările și nu au fost puse în funcțiune.

Din evaluarea inițială în județele Bacău și Caraș-Severin nu au fost identificate clădiri cu potențial de a fi transformate în unități medico-sociale. Situația actuală ne arată că până în prezent nu au fost înființate unități medico-sociale într-un număr de 10 județe ale țării, după cum urmează : Bacău, Caraș-Severin, Cluj, Constanța, Covasna, Gorj, Harghita, Mehedinți, Neamț, Prahova, Sălaj, Teleorman și Timiș.

Cauzele care au generat întârzieri în punerea în funcțiune a unităților medico-sociale au fost evaluate de către Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale după cum urmează :

- **greșeli sau omisiuni de proiectare**, constatate pe parcursul executării lucrărilor, proiectul inițial, care a stat la baza propunerilor de finanțare, fiind incomplet sau a prevăzut sume subevaluate, execuția lucrărilor relevând ca strict necesare lucrări suplimentare pentru a oferi condiții de găzduire și acordare de servicii sociale persoanelor asistate;
- **lipsa resurselor financiare la beneficiari**, respectiv consiliile locale sau județene, **pentru cofinanțarea lucrărilor**, lucrărilor suplimentare sau a dotărilor pentru punerea în funcțiune a unităților medico-sociale;
- **lipsa resurselor necesare finanțării** de către consiliile locale a **cheltuielilor de funcționare**, deși în susținerea cererii acestea s-au angajat că asigură fondurile necesare;
- **lipsa personalului specializat în documentații și elaborare de proiecte de construcții**;

■ constructorii nu au respectat termenele din graficele de lucrări.

Neconcordanța dintre evaluările inițiale și solicitările ulterioare de finanțare al căror nivel total depășește posibilitățile actuale de finanțare ale Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale a condus la stagnarea lucrărilor și, în timp, la degradarea construcțiilor și la neatingerea scopului pentru care au fost alocate fondurile respective.

Numărul unităților funcționale nu acoperă nevoile reale de asistență medico-socială a persoanelor vârstnice, fiind necesară continuarea procesului de reamenajare și punere în funcțiune a locațiilor spitalicești dezafectate, identificate din anul 2003.

x
x x

Din analiza efectuată a rezultat că aceste instituții sunt tributare condiției lor anterioare de unități medicale, latura socială și socio-medicală fiind mai slab dezvoltată, excluzând serviciile de îngrijire.

Majoritatea nu au condiții pentru asigurarea serviciilor sociale de prevenire a marginalizării sociale și reinsertie socială a asistaților din lipsă de personal de specialitate în domeniu (asistent social, psiholog, ergoterapeut, kinetoterapeut etc.) și pentru că nu sunt amenajate corespunzător: nu există o cameră destinată vizitelor pentru persoanele asistate care sunt deplasabile, nu există cluburi în care să se organizeze activități recreative sau culturale, nu există o relație constantă cu comunitatea și cu aparținătorii persoanelor asistate.

De asemenea, în componența colectivului de angajați ai unităților medico-sociale nu sunt incluși medici cu specialitatea geriatrie și din acest motiv în aceste unități **nu se pot efectua terapii specifice persoanelor vârstnice și nici terapii recuperatorii pentru bolile cronice.**

Toate aceste disfuncționalități conduc la prelungirea perioadei de staționare a asistaților blocând accesul celor care ar putea beneficia de serviciile medico-sociale. Consecința este eficiența scăzută a unităților medico-sociale în raport cu scopul pentru care s-au constituit: găzduirea pe o perioadă determinată a persoanelor cu probleme sociale și medicale.

Înființarea unităților medico-sociale a fost gândită pentru decongestionarea unităților mari spitalicești și asigurarea continuității asistenței medicale în cazul bolilor cronice. Totodată, numărul preponderent al persoanelor vârstnice (peste 60 de ani) sugerează că unitățile medico-sociale sunt pe cale să se transforme în cămine pentru persoane vârstnice, cunoscut fiind faptul că sistemul instituțional este deficitar în acest domeniu.

Din analiza răspunsurilor primite se desprind următoarele probleme semnalate de conducătorii unităților medico-sociale:

■ *Rețeaua geriatrică insuficient dezvoltată la nivel național se reflectă și are consecințe și asupra funcționării unităților medico-sociale.* Platforma gerontologică preconizată a se implementa nu se regăsește în practica acestor unități. *Lipsa medicilor geriatri*, atât din echipa care realizează evaluarea, cât și din cea care asigură asistența persoanelor vârstnice asistate în unitățile medico-sociale are un efect negativ asupra implementării unui plan individual de intervenție. În compensare ar putea fi implicați medicii de familie sau cu specialitatea medicină internă care cunosc polipatologia pacienților de vârstă a treia pe care îi au sub observație și care pot colabora cu instituția în care pacienții au fost internați pentru activitățile de îngrijire medicală.

■ *Echipa multidisciplinară nu funcționează* deoarece predomină personalul medical, iar personalul în domeniul social (în mod deosebit asistent social, psiholog, ergoterapeut, kinetoterapeut) lipsește în cele mai multe din cazuri.

■ *Serviciile sociale, socio-medicale și medicale* oferite în prezent persoanelor vârstnice cuprind un *pachet de bază care ar putea fi extins* în funcție de nevoile individuale identificate în rândul populației vârstnice.

■ *Repartizarea teritorială a unităților medico-sociale la nivel național este inegală* oferta de servicii fiind mult mai redusă pentru anumite zone ale țării și la nivelul județelor (există județe în care s-au înființat până la 7 unități - Dolj - și județe în care nu există nicio astfel de unitate). Această discrepanță trebuie avută în vedere la elaborarea strategiilor de politică socială, la evaluarea clădirilor și distribuirea fondurilor de la bugetul de stat și local.

■ *Insuficiența fondurilor alocate* pentru întreținerea locațiilor și asigurarea funcționării acestora este una dintre problemele semnalate de majoritatea unităților medico-sociale și în mod deosebit de cele care se află în subordinea

consiliilor locale. La baza acestei insuficiențe stă faptul că unitățile medico-sociale au fost înființate în localități rurale sau localități urbane mici ale căror bugete locale sărace nu pot susține finanțarea cheltuielilor de funcționare.

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

■ Colaborarea dificilă cu persoanele asistate și cu aparținătorii lor îngreunează procesul de dezinstituționalizare și reintegrare socială a acestora.

■ *Legislația actuală nu acoperă întreaga problematică a unităților medico-sociale* și nu se adresează specificului vârstei a treia care prezintă pondere în rândul persoanelor asistate.

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

CAPITOLUL 5

PROPUNERI

Propunerile pentru îmbunătățirea activității așa cum rezultă din practica unităților medico-sociale, pe domenii, sunt următoarele:

✚ **În plan financiar:**

- Susținerea costurilor pentru unitățile medico-sociale prin **subvenții de la bugetul de stat** deoarece descentralizarea a avut efecte negative asupra asistenței medico-sociale mai ales în mediul rural și în zonele defavorizate ale țării unde bugetul local este redus;
- Identificarea de **noi surse de finanțare**;
- Atragerea de **fonduri din sectorul privat** prin încheierea de parteneriate pentru realizarea unor servicii asistaților;
- **Încurajarea sponsorizărilor** oferite de persoane juridice ori fizice pentru sprijinirea activităților de îngrijire la domiciliu a persoanelor vârstnice prin modificarea Legii nr. 32/1994 privind sponsorizarea;

✚ **Resurse umane:**

- **Implicarea medicilor geriatrii în identificarea și tratarea stării de sănătate a persoanelor vârstnice** care necesită asistare în unitățile medico-sociale;
- Organizarea unei **rețele comunitare de medici geriatri** prin dubla specializare a medicilor de medicină internă sau a medicilor de familie, această specialitate fiind necesară în componența echipei multidisciplinare din cadrul unităților medico-sociale;
- **Încadrarea de specialiști în domeniul social**, respectiv: psiholog, asistent social, ergoterapeut, pentru activitățile de reintegrare și prevenirea marginalizării sociale;
- Organizarea de **schimburi de experiență** între unitățile medico-sociale și formare continuă a personalului acestor unități;

- **Definirea profesiilor sociale în domeniul îngrijirii medico-sociale a persoanelor vârstnice** prin implicarea mai multor autorități respectiv: Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale, Ministerul Sănătății și Ministerul Educației, Cercetării, Tineretului și Sportului;

✚ **Servicii și infrastructură:**

- **Extinderea unităților medico-sociale la nivelul întregii țări;**
- **Reabilitarea unităților** care nu au beneficiat de lucrări de reparații sau care funcționează în clădiri vechi;
- **Reamenajarea spațiului de locuit pentru persoanele asistate** și asigurarea de mobilier și cazarmament individualizat pentru creșterea confortului fizic și psihic al persoanei asistate în mediul instituțional;
- **Dotarea camerelor de locuit** cu televizoare și alte aparate destinate persoanelor nedeplasabile în vederea organizării de activități adaptate nevoilor acestei categorii de asistați;
- **Înființarea de cluburi pentru persoanele asistate** în cadrul unităților medico-sociale;
- **Organizarea de spații special amenajate pentru primirea de vizite** din parte rudelor și prietenilor persoanelor asistate;
- **Stabilirea unui grafic și monitorizarea procesului de reamenajare și punere în funcțiune** a locațiilor destinate unităților medico-sociale în toate județele și municipiul București;
- **Reconsiderarea criteriilor de selecție și eligibilitate a proiectelor** de finanțare a unităților medico-sociale prin implicarea specialiștilor Ministerului Finanțelor Publice, ai Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale și ai Ministerului Sănătății;
- **Acordarea de noi spații de către autoritățile publice locale** prin redirectionarea scopului unor clădiri nefuncționale sau dezafectate (exemplu: preluarea unor clădiri aflate în proprietatea armatei - foste cazărmi) în vederea extinderii rețelei de unități medico-sociale;
- **Îmbunătățirea și extinderea tipurilor de servicii** ce le sunt asigurate vârstnicilor asistați în unitățile medico-sociale, respectiv programe de terapie ocupațională, recuperare, activități cultural - artistice etc.;

- **Dotarea unităților medico-sociale cu echipamente și aparatură medicală de bază** care să acopere o cazuistică mai largă în conformitate cu principalele afecțiuni cu care sunt diagnosticate persoanele vârstnice asistate;
- **Îmbunătățirea colaborării cu casele de sănătate și celelalte instituții medicale** (spitale, centre de diagnostic etc.);
- **Monitorizarea centralizată a numărului de cazuri sociale** (persoane vârstnice), pentru o evaluare a cererii și ofertei de servicii, utilă în elaborarea unei strategii naționale de dezvoltare a rețelei de servicii sociale în funcție de nevoile identificate;
- **Dezvoltarea unui sistem complex de servicii socio-medicale** pentru vârstnici;
- Reglementarea la nivel național a unei **autorități care să monitorizeze sistemul de îngrijire socio-medicală în regim rezidențial**, de zi sau la domiciliu;
- **Implementarea unui sistem de îngrijiri de lungă durată** ca o componentă importantă pentru dezvoltarea pilonului III al strategiei în domeniul persoanelor vârstnice, realizabil prin redirecționarea scopului unităților medico-sociale care găzduiesc cu preponderență persoane vârstnice.

🚩 **Implicarea comunității în acțiunile sociale:**

- **Intensificarea propagandei de sensibilizare a opiniei publice** vis-a-vis de problematica vârstei a treia;
- **Atragerea comunității pentru sprijinirea integrării sociale** a rezidenților, inclusiv persoane vârstnice, din aceste instituții prin organizarea în comun a activităților culturale și de socializare;
- **Diversificarea formelor de informare** a comunității cu privire la nevoile specifice persoanelor cu probleme de natură socio-medicală, inclusiv persoane vârstnice;
- **Implicarea mai intensă a factorilor sociali** pe plan local pentru apărarea drepturilor persoanelor vârstnice;
- **Promovarea voluntariatului și a culturii filantropice** în acțiunile de sprijin adresate persoanelor vârstnice aflate în dificultate.

✚ **În plan legislativ:**

- **Elaborarea unor ordine comune** ale Ministerului Sănătății și Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale care să reglementeze acordarea asistenței medicale și socio-medicele în unitățile medico-sociale, cu precizarea responsabilităților și a modului de cooperare între cele două domenii;
- **Elaborarea și implementarea unei metodologii** de lucru pentru derularea programelor de servicii sociale în regim de urgență - intervenție în caz de criză - la nivelul unităților medico-sociale;
- **Elaborarea de standarde minimale de calitate a serviciilor medico-sociale** asigurate în cadrul unităților medico-sociale și urmărirea permanentă a respectării lor de către Inspekția Socială;
- **Elaborarea de normative de cazarmament** pentru unitățile de asistență medico-sociale;
- **Corelarea actelor normative în domeniul social cu cele din domeniul medical** pentru o coordonare și finanțare comună a acțiunilor desfășurate în acest domeniu.

x
x x

În prezent, din datele Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale, există 130 de cămine pentru persoane vârstnice, unele susținute de autorități locale, altele de ONG-uri sau societăți private, în cadrul cărora sunt 7.154 de locuri. 4.180 de persoane sunt înregistrate pe listele de așteptare.

Având în vedere ponderea covârșitoare a persoanelor vârstnice în rândul asistaților din unitățile medico-sociale considerăm că ar fi oportun transformarea lor în cămine pentru persoane vârstnice. În urma elaborării acestei lucrări constatăm că ulterior anului 2006 proiectul înființării unităților medico-sociale a fost abandonat, nemaialocându-se fonduri în acest scop.

Pe de altă parte, în anul 2011 Guvernul a aprobat **Programul de interes național „Dezvoltarea rețelei de cămine pentru persoane vârstnice”**, inițiat de Ministerul Sănătății și Ministerul Muncii, care se va derula din fonduri puse la dispoziția Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale. Programul se adresează, autorităților administrației publice județene și locale care decid **înființarea de cămine pentru persoane vârstnice, prin transformarea a 67 de spitale** pe care le au în subordine. Acestea sunt menționate în HG nr. 212/2011 pentru aprobarea Programului de interes național "Dezvoltarea rețelei naționale de cămine pentru persoanele vârstnice". **Programul se derulează** pe o perioadă de aproximativ 3 ani, **începând cu prima zi a lunii aprilie 2011** și până în data de 31 decembrie 2013 și are ca scop asigurarea unei îngrijiri de lungă durată și de calitate pentru persoanele vârstnice care și-au pierdut autonomia funcțională și nu-și mai pot continua viața în condiții de siguranță la propriul domiciliu. Timp de 33 de luni, căminele nou înființate în acest program vor fi finanțate de la bugetul de stat, prin Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale. Bugetul total este de 200.000 000 lei, iar pentru anul acesta va fi alocată suma de 55.000 000 lei.

Corelarea celor două acțiuni, respectiv înființarea unităților medico-sociale și a căminelor pentru persoane vârstnice, ambele având la origine schimbarea destinației unor unități sanitare, considerăm că este utilă pentru o judicioasă gestionare a resurselor materiale și de personal și pentru o cât mai bună acoperire a cererii de servicii rezidențiale pentru persoanele vârstnice, fără a afecta solicitările de servicii medicale ale tuturor categoriilor sociale inclusiv a celor de vârstă a treia.

De asemenea, în vederea materializării în condiții de eficiență maximă a acestor propuneri, considerăm necesar **să se înființeze o autoritate națională care să fie abilitată cu coordonarea acțiunilor și cu monitorizarea sistemului de îngrijire socio-medicală** în regim rezidențial, de zi și la domiciliu a persoanelor vârstnice.

Mai mult **aceste propuneri trebuie să se regăsească în proiectul Legii privind protecția drepturilor persoanelor vârstnice**, act normativ a cărui inițiere intră în atribuțiile Ministerului Muncii, Familiei și Protecției

Sociale și care se impune a fi realizat în contextul actualei Legii a asistenței sociale recent adoptate (L. Nr. 292/2011).

Director general

Marius Augustin Pop

Realizator

șef birou „Analize și studii” Alina Matei

OPIS

- **Legea nr. 270/2000**, legea spitalelor;
- **H.G. nr. 412/2003**, pentru aprobarea Normelor privind organizarea, funcționarea și finanțarea unităților de asistență medico-sociale;
- **Instrucțiunile nr. 1/507/2003** de aplicare a normelor privind organizarea, funcționarea și finanțarea unităților de asistență medico-sociale;
- **H.G. nr. 1.436/2003** privind aprobarea finanțării unor cheltuieli pentru reparația și amenajarea unor unități de asistență medico-socială;
- **H.G. nr. 1.437/2003** privind aprobarea finanțării unor cheltuieli pentru reparația și amenajarea unor unități de asistență medico-socială;
- **H.G. nr. 1684/2004** privind aprobarea finanțării unor cheltuieli pentru reparația și amenajarea unei unități de asistență medico-socială;
- **H.G. nr. 781/2004** privind aprobarea finanțării unor cheltuieli pentru reparația și amenajarea unor unități de asistență medico-socială;
- **H.G. nr. 552/2005** privind aprobarea finanțării unor cheltuieli pentru reparația și amenajarea unor unități de asistență medico-socială;
- **Legii nr. 95/2006** privind reforma în domeniul sănătății;
- **H.G. nr. 623/2006** privind aprobarea finanțării unor cheltuieli pentru reparația și amenajarea unor unități de asistență medico-socială;
- **H.G. nr. 1.226/2006** privind aprobarea finanțării unor cheltuieli pentru reparația și amenajarea unor unități de asistență medico-socială;
- **H.G. nr. 459/2010** pentru aprobarea standardului de cost /an pentru servicii acordate în unitățile medico sociale și a unor normative privind personalul din unitățile de asistență medico-socială și personalul care desfășoară activități de asistență medicală comunitară.

Anexa nr. 0**Situația unităților medico-sociale conform evaluării**

Nr. Crt.	Județul	Nr. unități	Unitatea medico - socială	Nr. paturi	Avizat/ neavizat	Contract CASJ
1	Alba	1	Ocna Mureș	30	da	da
2	Arad	5	Ghioroc	50	da	nu
			Lipova	40	da	da
			Gurahonț	30	da	da
			Ineu	50	da	da
			Savârșin	30	da	da
3	Argeș	4	Dedulești	25	da	da
			Călinești	50	da	da
			Suici	80	da	da
			Izvor	80	nu	
4	Brăila	3	Dudești	15	nu	
			Viziru	15	nu	
			Ianca	20	da	nu
5	Bistrița	4	Suseni	10	da	nu
			Bârgăului			
			Rodna	10	da	nu
			Teaca	14	da	nu
6	Brașov	2	Rupea	35	da	nu
			Sânpetru	75	da	da
			N. Bălcescu	45	da	da
			Sulița	15	da	da
			Suharău	10	da	da
			Mihăileni	15	da	da
			Stefănești	25	da	da
Săveni	45	da	da			
7	Botoșani	7	Vf. Câmpului	20	da	nu
			Pogoanele	50	da	da
			Gherghie	55	nu	
			Popești	50	da	da
			Salonta	20	da	da
			Nucet	178	da	da
			Săcuieni	40	da	da
Valea lui Mihai	20	da	da			
10	Călărași	3	Călărași	25	da	nu
			Budești	25	da	nu

Nr. Crt.	Județul	Nr. unități	Unitatea medico - socială	Nr. paturi	Avizat/ neavizat	Contract CASJ
11	Cluj	3	Oltenița	20	da	nu
			Gilău	15	da	nu
			Huedin	45	da	nu
			Mociu	35	nu	
12	Constanța	3	Băneasa	50	da	nu
			Agigea	50	da	nu
			Hârșova	30	nu	
13	Dâmbovița	3	Răcari	40	da	nu
			Bucșani	60	da	da
			Niculești	30	da	da
14	Dolj	7	Sadova	25	da	da
			Amărăștii de Jos	20	da	da
			Brabova	20	da	da
			Cetate	20	da	da
			Plenița	50	da	da
			Bechet	45	da	da
			Melinesti	45	da	da
15	Galați	4	Ganești	141	da	da
			Pechea	50	da	nu
			Invești	50	da	nu
			Nicorești	50	da	nu
16	Giurgiu	2	Mogoșești	60	da	da
			Florești	70	da	nu
17	Gorj	1	Turceni	40	nu	
18	Harghita	3	Bălan	30	da	nu
			Cristuru Secuiesc	30	da	nu
			Vlăhița	30	da	nu
19	Hunedoara	2	Uricani	30	da	nu
			Baia de Criș	35	da	da
20	Iași	4	Podul Iloaiei	45	da	da
			Bivolari	25	da	da
			Sculeni	30	da	da
			Răducăneni	55	da	da
21	Ialomița	1	Fierbinți Târg	35	da	nu
22	Maramureș	4	Șomcuta Mare	30	da	nu
			Sighetu	50	da	nu

Nr. Crt.	Județul	Nr. unități	Unitatea medico - socială	Nr. paturi	Avizat/ neavizat	Contract CASJ
			Marmație			
			Dragomirești	20	da	nu
			Târgu Lăpuș	40	da	nu
23	Mehedinți	4	Balta	30	da	nu
			Cujmir	35	da	da
			Băcleș	35	da	nu
			Gura Văii	75	nu	
24	Mureș	2	Deda	15	da	da
			Iernut	15	da	da
25	Neamț	1	Bicaz	50	da	nu
26	Olt	3	Corabia	50	da	da
			Drgănești Olt	55	da	nu
			Caracal	50	da	da
27	Prahova	1	Boldești Scăieni	30	da	da
28	Satu Mare	1	Turt	50	da	nu
29	Sălaj	1	Ileanda	30	da	da
30	Sibiu	2	Medias	35	da	da
			Agnita	25	da	nu
31	Suceava	5	Dumbrăveni	25	da	da
			Malini	20	da	nu
			Vicovu de Sus	15	da	da
			Broșteni	40	da	da
			Zvoriștea	15	da	da
32	Timiș	3	Gătaia	100	nu	
			Făget	10	da	da
			Lovrin	40		nu
33	Tulcea	1	Babadag	40	nu	
34	Vaslui	3	Codăiești	40	da	da
			Băcești	45	da	nu
			Ghermănești	55	da	nu
35	Vâlcea	2	Sinești	30	da	nu
			Ladești	30	da	nu
36	Vrancea	1	Odobești	50	da	nu
37	Ilfov	1	Domnești	50	da	da
38	București	2	Sect. 4 „Sf. Luca”	80	da	nu
			Sect. 1 „Caraiman”	10	da	nu
TOTA		106	4138 paturi			

Anexa nr. 1

**ALOCAREA FONDURILOR DE LA BUGETUL DE STAT PENTRU
REPARAREA ȘI AMENAJAREA UNITĂȚILOR MEDICO-SOCIALE
(2003-2006)**

ACT NORMATIV	CONSILIUL JUDEȚEAN/LOCAL	UNITATEA MEDICO-SOCIALA	DESTINATIE FONDURI	SUMA ALOCATA (lei)
H.G.nr. 1.436 din 11 decembrie 2003	Consiliul județean Arad	Unitatea de asistență medico-socială, Com.Ghioroc nr.90	Reparații și amenajări	256.300
	Consiliul local al comunei Codaesti, jud.Vaslui	Centru de asistență medico-socială Codaesti jud. Vaslui	Reparații și amenajări cladiri	286.000
	Consiliul local al orasului Boldesti- Scaeni, jud. Prahova	Unitatea de asistență medico-social Oras Boldesti-Scaeni, str.Calea Unirii nr.57	Reparații și amenajări cladiri	150.000
	Consiliul județean Giurgiu	Centrul de asistență medico-socială Com.Adunatii Copaceni	Reparații și amenajări cladiri	310.000
	Consiliul local al comunei Com. Sadova, jud. Dolj	Unitatea medico- socială Sadova, jud. Dolj	Reparații și amenajări cladiri	125.500
	Consiliul local al comunei Cetate,jud. Dolj	Unitatea de asistență medico-socială Cetate jud. Dolj	Reparații și amenajări cladiri	113.500
	Consiliul local al comunei Brabova, jud. Dolj	Unitatea de asistență medico-socială Com. Brabova, jud. Dolj	Reparații și amenajări cladiri	62.700
	Consiliul local al comunei Melinesti, jud. Dolj	Unitatea de asistență medico-socială Melinesti, jud. Dolj	Reparații și amenajări cladiri	84.500 TOTAL : 1.388.500
	Consiliul local al comunei Savarsin, jud.Arad	Centru de asistență medico-socială Savarsin, jud. Arad	Reparații și amenajări cladiri	290.000
	Consiliul local al orasului Ineu, jud. Arad	Unitatea de asistență medico-socială Ineu nr.2, Ineu, jud. Arad	Reparații și amenajări cladiri	216.500
	Consiliul local al orasului Lipova, jud. Arad	Unitatea de asistență medico-socială Lipova Lipova,	Reparații și amenajări cladiri	129.100

ACT NORMATIV	CONSILIUL JUDETEAN/LOCAL	UNITATEA MEDICO-SOCIALA	DESTINATIE FONDURI	SUMA ALOCATA (lei)
H.G.nr. 1.437 din 11 decembrie 2003		Str.Aurel Vlaicu nr.11, jud.Arad		
	Consiliul local al comunei Popesti, jud.Bihor	Centrul de asistenta medico-sociala Popesti jud. Bihor	Reparatii si amenajari cladiri	261.700
	Consiliul local al Mun.Salonta, jud.Bihor	Centrul de asistenta medico-sociala Salonta jud. Bihor	Reparatii si amenajari cladiri	388.000
	Consiliul local al orasului Nucet, jud.Bihor	Centrul de asistenta medico-sociala Str.Republicii nr.4, Nucet, jud. Bihor	Reparatii si amenajari cladiri	390.300
	Consiliul local al comunei Flamanzi, jud.Botosani	Unitatea de asistenta medico-sociala Flamanzi jud. Botosani	Reparatii si amenajari cladiri	84.500
	Consiliul local al comunei Racari, jud.Dambovita	Centrul de asistenta medico-sociala	Reparatii si amenajari cladiri	418.200
	Consiliul local al comunei Bechet, jud.Dolj	Unitatea de asistenta medico-sociala Bechet jud. Dolj	Reparatii si amenajari cladiri	15.200
	Consiliul local al comunei Plenita, jud.Dolj	Unitatea de asistenta medico-sociala Plenita jud. Dolj	Reparatii si amenajari cladiri	138.000
	Consiliul local al comunei Amarastii de Jos, jud.Dolj	Unitatea de asistenta medico-sociala Amarastii de Jos jud. Dolj	Reparatii si amenajari cladiri	116.600
	Consiliul local al orasului Targu Lapus, jud. Maramures	Unitate rezidentiala de asistenta medico-sociala Str.Tineretului, Targu Lapus, jud. Maramures	Reparatii si amenajari cladiri	493.500
	Consiliul local al comunei Somcuta Mare, jud. Maramures	Unitatea de asistenta medico-sociala Somcuta jud. Maramures	Reparatii si amenajari cladiri	350.000
	Consiliul local al comunei Turt, jud.Satu Mare	Unitatea de asistenta medico-sociala Turt jud. Satu Mare	Reparatii si amenajari cladiri	145.200
	Consiliul local al orasului Agnita, jud. Sibiu	Unitatea de asistenta medico-sociala Agnita, Str.Spitalului	Reparatii si amenajari cladiri	209.600

ACT NORMATIV	CONSILIUL JUDETEAN/LOCAL	UNITATEA MEDICO-SOCIALA	DESTINATIE FONDURI	SUMA ALOCATA (lei)
		nr.10 jud.Sibiu		
	Consiliul local al orasului Medias, jud. Sibiu	Unitatea de asistenta medico-sociala, Medias, Str.Acad.I.Morar nr.7, jud.Sibiu	Reparatii si amenajari cladiri	526.700
	Consiliul judetean Vaslui	Centrul de asistenta medico-sociala Com.Balcesti	Reparatii si amenajari cladiri	544.700 TOTAL: 4.717.800
H.G.nr.1684 din 14 octombrie 2004	Consiliul judetean Prahova.	Unitatea de asistenta medico-sociala Boldesti-Scaeni, judetul Prahova.	Reparatii si amenajari cladiri	TOTAL: 344.000
H.G.nr.781 din 19 mai 2004	Consiliul local al comunei Ocna Mures, jud. Alba	Unitatea de asistenta medico-sociala - Ocna Mures	Reparatii si amenajari cladiri	350.000
	Consiliul local al orasului Gurahont, jud. Arad	Unitatea de asistenta medico-sociala- Gurahont	Reparatii si amenajari cladiri	198.000
	Consiliul judetean Arges	Unitatea de asistenta medico-sociala-Suici	Reparatii si amenajari cladiri	30.800
	Consiliul judetean Arges	Unitatea de asistenta medico-sociala- Moraresti Dedulesti	Reparatii si amenajari cladiri	17.400
	Consiliul judetean Arges	Unitatea de asistenta medico-sociala- Calinesti	Reparatii si amenajari cladiri	33.200
	Consiliul local al comuniei Susenii Bargaului, jud Botosani	Unitatea de asistenta medico-sociala- Susenii Bargaului	Reparatii si amenajari cladiri	280.000
	Consiliul local al comunei Suharau, jud. Botosani	Unitatea de asistenta medico-sociala- Suharau	Reparatii si amenajari cladiri	174.000
	Consiliul local al orasului Budesti, jud. Calarasi	Unitatea de asistenta medico-sociala- Budesti	Reparatii si amenajari cladiri	496.000
	Consiliul local al orasului Oltenita, jud Calarasi	Unitatea de asistenta medico-sociala- Oltenita	Reparatii si amenajari cladiri	310.000
	Consiliul judetean Calarasi.	Unitatea de asistenta medico-sociala- Calarasi	Reparatii si amenajari cladiri	600.000
	Consiliul local al comunei Niculesti, jud. Dambovita	Unitatea de asistenta medico-sociala- Niculesti	Reparatii si amenajari cladiri	398.900

ACT NORMATIV	CONSILIUL JUDETEAN/LOCAL	UNITATEA MEDICO-SOCIALA	DESTINATIE FONDURI	SUMA ALOCATA (lei)
	Consiliul local al orasului Dragomiresti, jud Maramures	Unitatea de asistenta medico-sociala-Dragomiresti	Reparatii si amenajari cladiri	490.000
	Consiliul local al comunei Sighetul Marmatiei, jud Muramures	Unitatea de asistenta medico-sociala-Sighetul Marmatiei	Reparatii si amenajari cladiri	321.000
	Consiliul local al orasului Bicz, jud. Neamt	Unitatea de asistenta medico-sociala-Bicz	Reparatii si amenajari cladiri	336.000
	Consiliul local al orasului Malini, jud Suceava	Unitatea de asistenta medico-sociala-Malini	Reparatii si amenajari cladiri	167.000
	Consiliul local al comunei Brosteni, jud Suceava	Unitatea de asistenta medico-sociala-Brosteni	Reparatii si amenajari cladiri	176.600
	Consiliul local al orasului Vicova de sus, jud. Suceava	Unitatea de asistenta medico-sociala-Vicovu de sus	Reparatii si amenajari cladiri	176.600
	Consiliul local al comunei Dumbraveni, jud Suceava	Unitatea de asistenta medico-sociala-Dumbraveni	Reparatii si amenajari cladiri	107.800
	Consiliul local al comunei Zvoristea, jud Suceava	Unitatea de asistenta medico-sociala-Zvoristea	Reparatii si amenajari cladiri	100.000
	Consiliul local al orasului Odobesti, jud Vrancea	Unitatea de asistenta medico-sociala-Odobesti	Reparatii si amenajari cladiri	137.000
				TOTAL : 5.356.700
H.G.nr. 552 din 15 iunie 2005	Consiliul Local al Comunei Sulita, judetul Botosani	Unitatea de asistenta medico-sociala Sulita	Reparatii si amenajari cladiri	380.600
	Consiliul Local al Orasului Pogoanele, judetul Buzau	Unitatea de asistenta medico-sociala Pogoanele	Reparatii si amenajari cladiri	412.100
	Consiliul Local al Orasului Uricani, judetul Hunedoara	Unitatea de asistenta medico-sociala Uricani	Reparatii si amenajari cladiri	519.100
	Consiliul Local al Comunei Baia de Cris, judetul	Unitatea de asistenta medico-sociala Baia de Cris	Reparatii si amenajari cladiri	312.900

ACT NORMATIV	CONSILIUL JUDETEAN/LOCAL	UNITATEA MEDICO-SOCIALA	DESTINATIE FONDURI	SUMA ALOCATA (lei)
	Hunedoara*)			
	Consiliul Judetean Ialomita	Centrul medico-social Fierbinti	Reparatii si amenajari cladiri	830.100
				TOTAL: 2.454.800
H.G.nr. 623 din 18 mai 2006	Consiliul local al comunei Savarsin, jud. Arad	Unitatea de asistenta medico-sociala - Savarsin	Reparatii si amenajari cladiri	252.900
	Consiliul local al orasului Sacueni, jud. Bihor	Centrul medico-social -Sacueni	Reparatii si amenajari cladiri	265.400
	Consiliul local al municipiului Salonta, jud. Bihor	Centrul medico-social -Salonta	Reparatii si amenajari cladiri	313.700
	Consiliul local al comunei Rodna, jud. Bistrita-Nasaud	Unitatea de asistenta medico-sociala Rodna	Reparatii si amenajari cladiri	350.000
	Consiliul judetean Brasov	Unitatea de asistenta medico-sociala - Sanpetru	Reparatii si amenajari cladiri	783.800
	Consiliul local al orasului Ianca, jud. Braila	Unitatea de asistenta medico-sociala - Ianca	Reparatii si amenajari cladiri	665.100
	Consiliul local al comunei Racari, jud. Dambovita	Centrul de asistenta medico-social - Racari	Reparatii si amenajari cladiri	357.100
	Consiliul local al comunei Bucsani, jud. Dambovita	Centrul de asistenta medico-social - Bucsani	Reparatii si amenajari cladiri	734.500
	Consiliul local al municipiului Galati, jud. Galati	Centrul medico-social -Pechea	Reparatii si amenajari cladiri	260.000
	Consiliul local al orasului Vlahita, jud. Harghita	Unitatea de asistenta medico-sociala - Vlahita	Reparatii si amenajari cladiri	365.000
	Consiliul local al comunei Raducaneni, jud. Iasi	Unitatea de asistenta medico-sociala - Raducaneni	Reparatii si amenajari cladiri	387.400
	Consiliul judetean Mehedinti	Centrul medico-social -Cujmi	Reparatii si amenajari cladiri	347.900
	Consiliul local al orasului Caracal, jud. Olt	Unitatea de asistenta medico-sociala - Caracal	Reparatii si amenajari cladiri	223.100
	Consiliul local al orasului Corabia, jud. Olt	Unitatea de asistenta medico-sociala - Corabia	Reparatii si amenajari cladiri	330.000
	Consiliul judetean Valcea	Centrul medico-social -Ladesti	Reparatii si amenajari cladiri	491.500

ACT NORMATIV	CONSILIUL JUDETEAN/LOCAL	UNITATEA MEDICO-SOCIALA	DESTINATIE FONDURI	SUMA ALOCATA (lei)
				6.127.400
H.G.nr. 1.226 din 13 septembrie 2006.	Consiliul Local al Orasului Valea lui Mihai, judetul Bihor	Centrul medico- social - Valea lui Mihai	Reparatii si amenajari cladiri	1.298.000
	Consiliul Local al Comunei Teaca, judetul Bistrita- Nasaud	Unitatea de asistenta medico- sociala - Teaca	Reparatii si amenajari cladiri	350.000
	Consiliul Local al Orasului Dragomiresti, judetul Maramures	Centrul medico- social - Dragomiresti	Reparatii si amenajari cladiri	591.000
	Consiliul Local al Orasului Brosteni, judetul Suceava	Spitalul medico- social "Carmen Silva" -	Reparatii si amenajari cladiri	780.000
	Consiliul Judetean Vrancea	Unitatea de asistenta medico-sociala - Odobesti	Reparatii si amenajari cladiri	670.000 TOTAL: 3.689.000

TOTAL SUMA ALOCATA : 24.078.200 lei

Anexa nr. 2**UNITĂȚILE DE ASISTENȚĂ MEDICO-SOCIALE ÎNFIINȚATE**

Nr crt	Judetul	Nr. unit.	UNITATI DE ASISTENTA MEDICO- SOCIALA
1.	ALBA	1	<i>Consiliul local</i> al comunei Ocna Mures - Unitatea de asistenta medico-sociala -Ocna Mures
2.	ARAD	1	<i>Consiliul judetean</i> - Unitatea de asistenta medico-sociala, Com.Ghioroc nr.90
		2	<i>Consiliul local</i> al orasului Ineu - Unitatea de asistenta medico-sociala Ineu nr.2, Ineu, jud. Arad
		3	<i>Consiliul local</i> al orasului Lipova -Unitatea de asistenta medico-sociala Lipova Lipova, Str.Aurel Vlaicu nr.11, jud.Arad
		4	<i>Consiliul local</i> al orasului Gurahont - Unitatea de asistenta medico-sociala-Gurahont
		5	<i>Consiliul local</i> al comunei Savarsin - Unitatea de asistenta medico-sociala-Savarsin
3.	ARGES	1	<i>Consiliul judetean</i> Arges - Unitatea de asistenta medico-sociala-Suici
		2	- Unitatea de asistenta medico-sociala-Moraresti Dedulesti
		3	Unitatea de asistenta medico-sociala-Calinesti
4.	BIHOR	1	<i>Consiliul local</i> al comunei Popesti - Centrul de asistenta medico-sociala Popesti
		2	<i>Consiliul local</i> al Mun.Salonta - Centrul de asistenta medico-sociala Salonta
		3	<i>Consiliul local</i> al orasului Nucet - Centrul de asistenta medico-sociala Str.Republicii nr.4, Nucet, jud. Bihor
		4	<i>Consiliul local</i> al orasului Sacueni - Centrul medico-social –Sacueni
		5	<i>Consiliul local</i> al municipiului Salonta - Centrul medico-social -Salonta
		6	<i>Consiliul Local</i> al Orasului Valea lui Mihai - Centrul medico-social - Valea lui Mihai
5.	BISTRITA-NASAUD	1	<i>Consiliul local</i> al comunei Rodna - Unitatea de asistenta medico-sociala Rodna
		2	<i>Consiliul Local</i> al Comunei Teaca - Unitatea de asistenta medico-sociala - Teaca
6.	BOTOSANI	1	<i>Consiliul local</i> al comunei Flamanzi - Unitatea de asistenta medico-sociala Flamanzi
		2	<i>Consiliul local</i> al comunei Susenii Bargaului - Unitatea de asistenta medico-sociala-Susenii Bargaului
		3	<i>Consiliul local</i> al comunei Suharau - Unitatea de asistenta medico-sociala-Suharau
		4	<i>Consiliul Local</i> al Comunei Sulita - Unitatea de asistenta medico-sociala Sulita
7.	BRASOV	1	<i>Consiliul judetean</i> Brasov - Unitatea de asistenta medico-sociala - Sanpetru
8.	BUZAU	1	<i>Consiliul Local</i> al Orasului Pogoanele - Unitatea de asistenta medico-sociala Pogoanele
9.	BRAILA	1	<i>Consiliul local</i> al orasului Ianca - Unitatea de asistenta medico-sociala - Ianca

Nr crt	Judetul	Nr. unit.	UNITATI DE ASISTENTA MEDICO- SOCIALA
10.	CALARASI	1	<i>Consiliul local</i> al orasului Budesti - Unitatea de asistenta medico-sociala-Budesti
		2	<i>Consiliul local</i> al orasului Oltenita - Unitatea de asistenta medico-sociala-Oltenita
		3	<i>Consiliul judetean</i> Calarasi - Unitatea de asistenta medico-sociala-Calarasi
11.	DAMBOVITA	1	<i>Consiliul local</i> al comunei Racari - Centrul de asistenta medico-sociala
		2	<i>Consiliul local</i> al comunei Niculesti - Unitatea de asistenta medico-sociala-Niculesti
		3	<i>Consiliul local</i> al comunei Racari - Centrul de asistenta medico-social - Racari
		4	<i>Consiliul local</i> al comunei Bucsani - Centrul de asistenta medico-social - Bucsani
12.	DOLJ	1	<i>Consiliul local</i> al comunei Com. Sadova - Unitatea medico-sociala Sadova
		2	<i>Consiliul local</i> al comunei Cetate - Unitatea de asistenta medico-sociala Cetate
		3	<i>Consiliul local</i> al comunei Brabova - Unitatea de asistenta medico-sociala Com. Brabova
		4	<i>Consiliul local</i> al comunei Melinesti - Unitatea de asistenta medico-sociala Melinesti
		5	<i>Consiliul local</i> al comunei Bechet - Unitatea de asistenta medico-sociala Bechet
		6	<i>Consiliul local</i> al comunei Plenita - Unitatea de asistenta medico-sociala Plenita
		7	<i>Consiliul local</i> al comunei Amarastii de Jos - Unitatea de asistenta medico-sociala Amarastii de Jos
13.	GALATI	1	<i>Consiliul local</i> al municipiului Galati - Centrul medico-social -Pechea
14. 15.	GIURGIU	1	<i>Consiliul judetean</i> Giurgiu - Centrul de asistenta medico-sociala , Com.Adunatii Copaceni
16.	HARGHITA	1	<i>Consiliul local</i> al orasului Vlahita - Unitatea de asistenta medico-sociala - Vlahita
17.	HUNEDOARA	1	<i>Consiliul Local</i> al Orasului Uricani - Unitatea de asistenta medico-sociala Uricani
		2	<i>Consiliul Local</i> al Comunei Baia de Cris - Unitatea de asistenta medico-sociala Baia de Cris
18.	IALOMITA	1	<i>Consiliul Judetean</i> Ialomita - Centrul medico-social Fierbinti
19.	IASI	1	<i>Consiliul local</i> al comunei Raducaneni - Unitatea de asistenta medico-sociala - Raducaneni
20.	MARAMURES	1	<i>Consiliul local</i> al orasuluiTargu Lapus - Unitate rezidentiala de asistenta medico-sociala Str.Tineretului, Targu Lapus, jud. Maramures
		2	<i>Consiliul local</i> al comunei Somcuta Mare - Unitatea de asistenta medico-sociala Somcuta
		3	<i>Consiliul local</i> al orasului Dragomiresti - Unitatea de asistenta medico-sociala-Dragomiresti
		4	<i>Consiliul local</i> al comunei Sighetul Marmatiei - Unitatea de asistenta medico-sociala-Sighetul Marmatiei
		5	<i>Consiliul Local</i> al Orasului Dragomiresti - Centrul medico-social - Dragomiresti
21.	MEHEDINTI	1	<i>Consiliul judetean</i> Mehedinti Centrul medico-social -Cujmi
22.	NEAMT	1	<i>Consiliul local</i> al orasului Bicz - Unitatea de asistenta medico-sociala-Bicz

Nr crt	Judetul	Nr. unit.	UNITATI DE ASISTENTA MEDICO- SOCIALA
23.	PRAHOVA	1	<i>Consiliul local</i> al orasului Boldesti-Scaeni - Unitatea de asistenta medico-social Oras Boldesti-Scaeni, str.Calea Unirii nr.57
24.	SATU-MARE	1	<i>Consiliul local</i> al comunei Turt - Unitatea de asistenta medico-sociala Turt
25.	OLT	1	<i>Consiliul local</i> al orasului Caracal - Unitatea de asistenta medico-sociala-Caracal
		2	<i>Consiliul local</i> al orasului Corabia, jud. Olt
26.	SUCEAVA	1	<i>Consiliul local</i> al orasului Malini - Unitatea de asistenta medico-sociala-Malini
		2	<i>Consiliul local</i> al comunei Brosteni - Unitatea de asistenta medico-sociala-Brosteni
		3	<i>Consiliul local</i> al orasului Vicova de sus - Unitatea de asistenta medico-sociala-Vicovu de sus
		4	<i>Consiliul local</i> al comunei Dumbraveni - Unitatea de asistenta medico-sociala-Dumbraveni
		5	<i>Consiliul local</i> al comunei Zvoristea - Unitatea de asistenta medico-sociala-Zvoristea
		6	<i>Consiliul Local</i> al Orasului Brosteni - Spitalul medico-social "Carmen Silva"
27.	SIBIU	1	<i>Consiliul local</i> al orasului Agnita - Unitatea de asistenta medico-sociala Agnita, Str.Spitalului nr.10 jud.Sibiu
		2	<i>Consiliul local</i> al orasului Medias - Unitatea de asistenta medico-sociala, Medias, Str.Acad.I.Morar nr.7, jud.Sibiu
28.	VASLUI	1	<i>Consiliul local</i> al comunei Codaesti - Centru de asistenta medico-sociala Codaesti
		2	<i>Consiliul judetean</i> Vaslui - Centrul de asistenta medico-sociala Com.Balcesti
29.	VALCEA	1	<i>Consiliul judetean</i> Valcea Centrul medico - social -Ladesti
30.	VRANCEA	1	<i>Consiliul local</i> al orasului Odobesti - Unitatea de asistenta medico-sociala-Odobesti <i>Consiliul Judetean</i> Vrancea - Unitatea de asistenta medico-sociala -
		2	Odobesti

Anexa nr. 3

Chestionarul se va completa de către **colectivul de conducere** al unității de asistență medico-socială

CHESTIONAR

În vederea realizării analizei "**Stadiul implementării standardelor de calitate pentru serviciile sociale și eficiența asistenței persoanelor vârstnice în unitățile medico-sociale**", Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice vă adresează rugămintea, să completați următorul chestionar.

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

Denumirea instituției _____

Coordonate de contact (adresă, nr.telefon) _____

1. Precizați principalele informații care privesc unitatea de asistență medico-socială :

1	Anul punerii în funcțiune a unității de asistență medico-socială	
2	Anul când a fost finalizată construcția locației	
3	Anii în care s-au efectuat reparații capitale la locație	
4	Valoarea de mijloc fix a locației	
5	Proprietarul locației	
6	Anul în care s-a încheiat contract cu casa județeană de sănătate	

2. Care este structura personalului unității de asistență medico-socială?

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

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

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

4. Care sunt categoriile de personal de care mai are nevoie unitatea de asistență medico-socială în desfășurarea activităților?

5. Precizați care este capacitatea de asistare a unității de asistență medico-socială?

1	Număr camere	
2	Număr total de paturi	
3	Număr de paturi în cameră	
4	Număr cereri în așteptare	

6. Care este structura persoanelor asistate în cadrul unității medico-sociale, în funcție de sex și vârstă?

		Număr persoane asistate							Total
		Vârsta (ani)							
		Sub 60	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 și peste	
Sex	Masculin								
	Feminin								
Total									

7. Care este structura asistaților după mediul de proveniență?

	Mediul de proveniență	
	Urban	Rural
Numărul persoanelor asistate		

8. Cine recomandă internarea unei persoane vârstnice în unitatea de asistență medico-socială?

9. Cine aprobă asistarea unei persoane vârstnice în unitatea de asistență medico-socială?

10. Cine realizează evaluarea socio-medicală a persoanei vârstnice care urmează să fie internată în unitatea de asistență medico-socială?

11. Ce documente trebuie să cuprindă dosarul individual al unei persoane vârstnice pentru asistarea în unitatea de asistență medico-socială?

12. Care este durata medie de staționare a persoanelor asistate în unitatea de asistență medico-socială?

13. Cu ce aparatură medicală este dotată unitatea de asistență medico-socială?

14. Cum se asigură asistența medicală a asistaților?

15. Cum este organizată și dotată unitatea de asistență socială pentru asigurarea principalelor servicii sociale și socio-medicale? (precizați numărul acestora)-(răspuns multiplu)

		Număr
1	Bucătărie cu instalații de preparare a hranei	
2	Bucătărie pentru încălzirea hranei	
3	Sală de mese	
4	Cămară pentru depozitarea alimentelor	

5	Spălătorie	
6	Club	
7	Camere de locuit pentru asistați	fără grup sanitar propriu cu grup sanitar propriu
8	WC-uri comune	
9	Baie comună cu dușuri	
10	Birouri	
11	Frigider	
12	Ladă frigorifică	
13	Televizor alb - negru	
14	Televizor color	
15	Spălătorie	
16	Radio	
17	Computer personal (PC)	
18	Imprimantă	
19	Copiator	
20	Aer condiționat	
21	Automobil	
22	Sistem de încălzire propriu (centrală termică)	
23.	Altele (precizați) :	

16. Care este dotarea camerelor de locuit pentru asistați?-(răspuns multiplu)

		Număr
1	Pat	
2	Noptieră	
3	Dulap	
4	Masă	
5	Scaune	
6	Veioză	
7	Televizor	
8	Aer condiționat	
9	Altele _____ _____ _____	

17. Care este costul mediu lunar de întreținere înregistrat de către unitatea de asistență medico-socială pentru un asistat în anul 2011? (cheltuielile totale din darea de seamă anuală pe anul 2011 se împart la 12 luni și la numărul mediu de asistați lunar)

_____ lei

18. Care este cuantumul contribuției lunare de întreținere stabilită pentru un asistat în anul 2011?

_____ lei

**19. Precizați sursele de finanțate ale unității de asistență medico-socială?
(răspuns multiplu)**

	Anul 2011
--	-----------

BUGETUL DE STAT	
Bugetul local	
Fonduri c.j.a.s.	
Finanțare externă	
Donații și sponsorizări	
Alte surse	

20. Care sunt serviciile ce se asigură asistaților în cadrul unității de asistență medico-socială? (răspuns multiplu)

a) Servicii sociale

1	Consiliere juridică	
2	Consiliere administrativă	
3	Consiliere psihologică	
4	Prevenirea marginalizării sociale	
5	Reintegrare socială	
6	Găzduire	
7	Hrană	
8	Excursii	
9	Participare la acțiuni cultural-sportive	
10	Biblioteca	
11	Club de zi	
12	Tuns și coafură	
13	Altele _____	

b) Servicii socio-medicale

1	Ajutor pentru menținerea sau readaptarea capacităților fizice ori intelectuale	
2	Asigurarea unor programe de ergoterapie	
3	Sprijin pentru realizarea igienei corporale	
4	Ajutor pentru îmbrăcare și dezbrăcare	
5	Ajutor pentru deplasare	
6	Monitorizarea parametrilor fiziologici: temperatura, respirație, puls, tensiune arterială, diureză, scaun;	
7	Toaleta persoanei internate: parțială, totală la pat, totală la baie, cu ajutorul dispozitivelor de susținere;	
8	Administrarea medicamentelor per os, intravenos, intramuscular, subcutanat, intradermic, prin perfuzie endovenoasă, pe suprafața tegumentelor și a mucoaselor, prin seringă automată;	
9	Efectuarea de imunizări;	
10	Măsurarea glicemiei cu glucometrul	
11	Recoltarea de produse biologice	
12	Clismă cu scop evacuator	
13	Clismă cu scop terapeutic	
14	Alimentare artificială pe sonda gastrică sau nazogastrică și pe gastrostomă	

15	Spălătură vaginală	
16	Masajul limfedemului	
17	Mobilizare, masaj, aplicații medicamentoase locale, utilizarea colacilor de cauciuc și a rulourilor pentru evitarea escarelor de decubit	
18	Schimbarea poziției, tapotaj, fizioterapie respiratorie pentru evitarea complicațiilor pulmonare	
19	Mobilizare, masaj, bandaj compresiv, aplicații medicamentoase locale pentru evitarea complicațiilor vasculare la membrele inferioare	
20	Îngrijirea plăgilor simple și suprainfectate	
21	Îngrijirea escarelor multiple	
22	Îngrijirea tubului de dren	
23	Îngrijirea canulei traheale	
24	Îngrijirea ochilor, mucoasei nazale și a mucoasei bucale;	
25	Suprimarea firelor de sutură	
26	Îngrijirea stomelor și fistulelor	
27	Aplicarea de pampers, ploscă, bazineț	
28	Aplicarea de prișnite și cataplasme	
29	Calmarea și tratarea durerii	
30	Kinetoterapie individuală	
31	Examinare și evaluare psihologică	
32		
33		
34	Altele _____	

c) Servicii medicale

1	Consultații și tratamente la cabinetul medical	
2	Servicii de îngrijire - infirmerie	
3	A cordarea medicamentelor prescrise de medic	
4	Asigurarea cu dispozitive medicale	
5	Consultații și îngrijiri stomatologice	
6	Asigurarea unor programe de kinetoterapie	
7	Altele _____ –	

21. Cum se desfășoară vizitele efectuate de rude și prieteni la asistații din unitatea de asistență medico-socială (timp, loc, periodicitate, etc)?

22. Care sunt principalele boli de care suferă persoanele asistate în unitatea de asistență medico-socială?

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

23. La ce activități participă asistații din cadrul unității de asistență medico-socială?

24. Care sunt acțiunile concrete prin care unitatea de asistență medico-socială contribuie la prevenirea marginalizării sociale și la integrarea socială a persoanelor vârstnice asistate?

25. Precizați principalele greutăți și impedimente în activitatea desfășurată de unitatea de asistență medico-socială:

26. Ce propuneri aveți pentru îmbunătățirea activității unității de asistență medico-socială?

Vă mulțumim pentru colaborare!