



EUROPA ÎMĂTRÂNEȘTE... ROMÂNIA ESTE PREGATITĂ ?

ANALIZĂ PRIVIND SITUAȚIA ACHIZIȚIILOR
DE SERVICII SOCIALE DEDICATE
PERSOANELOR VÂRSTNICE

REZUMAT

Europa îmbătrânește rapid. Câți tineri cu vârste de până în 30 ani, va mai avea România în 2025? Cum adaptăm politicile publice la această realitate?

Cuprins

1. Introducere	Pag. 3
2. Context European și național - proces de îmbătrânire	Pag. 4
3. Servicii sociale și socio-medicale pentru persoane vârstnice: îngrijire la domiciliu, centre de zi, cantine, centre rezidențiale - situația la nivel național	Pag. 12
4. Metodologia utilizată	Pag. 25
5. Rezultatele analizei chestionarelor, interviurilor și focus grupurilor	Pag. 27
6. Situația achizițiilor de servicii sociale pentru persoanele vârstnice în România	Pag. 50
7. Modele europene de servicii pentru persoanele vârstnice	Pag. 53
8. Propunere politică publică privind achizițiile de servicii socio-medicale pentru persoanele vârstnice	Pag. 70

1. INTRODUCERE

Europa are cel mai înalt grad de îmbătrânire demografică față de celelalte continente, atingând deja un stadiu critic. Conform Eurostat în 2017, 19% din populația UE avea vârsta de peste 65 de ani, cu 2,4% mai mult comparativ cu 10 ani în urmă. La nivelul UE rata de dependență a persoanelor vârstnice a crescut cu 4,7 % în ultimul deceniu (de la 25,2 % în 2007 la 29,9 % în 2017).

România se confruntă cu aceeași problemă demografică specifică UE (declinul populației totale, creșterea ponderii populației vârstnice și a duratei medii a vieții, „îmbătrânirea demografică a bătrânilor”, feminizarea îmbătrânirii), însă nivelul mai scăzut al performanțelor economiei face ca resursele să fie mai reduse și impactul social estimat să fie mai mare. Prognozele demografice arată că vom asista în deceniile următoare la o expansiune rapidă și masivă a populației vârstnice, populația de 60 de ani și peste urmând să crească de la 4,2(2005) la 6,5 milioane(2050)(Declinul demografic și viitorul populației României, Ghetau, 2007).

În 2012 pentru prima dată în România ponderea populației vârstnice, 65 de ani și peste (16,1%) a depășit ponderea populației tinere, 0-14 ani (15,8%) (CNPV, 2014). În 2015 INS anunță că în România trăiesc peste 5,3 mil. de pensionari. În martie 2010, peste 2 mil. de pensionari din România se aflau sub nivelul minim de trai decent (38.4%), la fel 100% din pensionarii agricultori (CNPV, 2011). În 2015 situația vârstnicilor este similară - analiza CNPV arată că 38% din vârstnici au venituri sub medie sau mult sub medie.

Dintre românii de 65 de ani și peste, sub 1% trăiesc în instituții, iar restul trăiesc în familie. Peste 26% locuiesc singuri, 28% locuiesc în gospodării cu alte persoane în vârstă (majoritatea acestora reprezintă cupluri de pensionari) și 45% trăiesc cu familia extinsă. Persoanele cu vârste cuprinse între 65 și 74 de ani reprezintă 55% dintre bătrâni, iar femeile ating un procent de aproape 60%. Potrivit Recensământului populației și locuințelor din 2011, 14% dintre persoanele vârstnice au declarat că activitatea lor zilnică este limitată din cauza unei sau mai multor probleme de sănătate ce le afectează vederea, auzul, mersul sau urcatul scârilor, memoria sau concentrarea, îngrijirea personală sau comunicarea. Aproximativ 212.000 de bătrâni (sau 6,5% dintre persoanele de 65 de ani și peste) se confruntă cu limitări serioase sau totale, dar nu beneficiază de ajutorul familiei și, prin urmare, au nevoie de sprijin pentru realizarea activităților lor zilnice. Dintre aceste persoane, 68.200 locuiesc singure, 127.000 au 75 de ani și peste și 47.300 sunt persoane singure de 75 de ani și peste. Deși avem aprobate două strategii naționale care se referă la persoanele vârstnice, respectiv, Strategia Națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei și Strategia Națională privind persoanele vârstnice și îmbătrânirea activă, nu există obiective clare privind dezvoltarea continuă și coordonată a serviciilor socio-medicale și nici decizii concrete de alocare bugetară pe termen lung, în raport cu nevoile identificate.

La nivelul comunităților, mai ales cele rurale nu există echipe multi-disciplinare de profesioniști care să abordeze într-o manieră integrată nevoile persoanei asistate (asistent social, personal medical, asistenți personali, psihologi, îngrijitori la domiciliu, etc. De aceea este nevoie de o politică publică pentru a facilita accesul la finanțare atât a ONG-urilor cât și a APL-urilor în vederea unei dezvoltări unitare și pe tot teritoriul țării a unor servicii profesionale pentru persoanele vârstnice.

În acest context, partenerii din acest proiect, **Fundatia de Sprijin Comunitar, Asociatia Four Change si Universitatea Danubius din Galati** isi propun prin activitatile derulate sa creasca capacitatea ONG-urilor furnizoare de servicii ptr. varstnici pentru ca acestea sa contribuie activ si participativ la accelerarea CONTRACTARII SOCIALE a serviciilor dedicate varstnicilor prin formularea si promovarea la nivel local/regional/national a legislatiei tertiale in sfera achizitiilor de servicii sociale. Prin caracterul ei juridic si aplicabilitatea la nivel local/regional/national, legislatia tertiala reprezinta o politica publica esentiala in procesul de implementare a legii achizitiilor publice adoptata de Guvernul Romaniei.

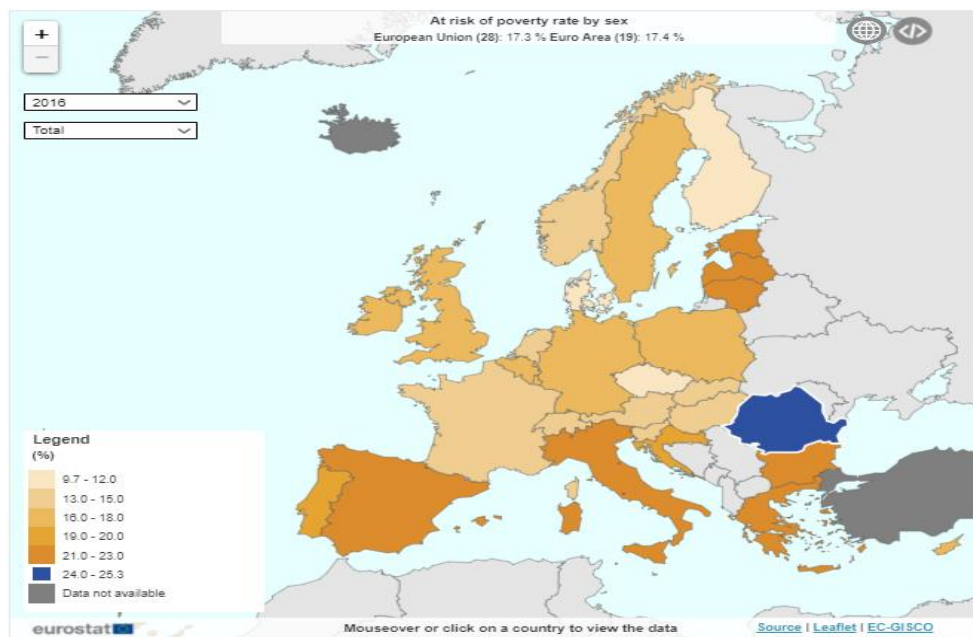
2. CONTEXT EUROPEAN SI NATIONAL- PROCESUL DE IMBATRANIRE

5,3 milioane de oameni au murit anul trecut în UE, România având una dintre cele mai mari rate a mortalității. Declinul demografic de la noi e agravat de natalitatea scăzută și de migrație. România înregistrează un declin demografic accentuat, raportat la media Uniunii Europene, pe de o parte din cauza migrării masive a românilor plecați la muncă în străinătate și a mortalității crescute, iar pe de alta a natalității scăzute. Acest fenomen a fost semnalat inclusiv de statisticile Eurostat, potrivit căreia, anul trecut în România rata mortalității a fost de 13,3 la mie de locuitori, în timp ce rata natalității a fost de 9,7 la mie, rezultând un declin demografic de 3,6 la mie într-un singur an. Țara noastră are unul dintre cele mai ridicate niveluri de inegalitate a veniturilor din UE și această inegalitate este în creștere, parțial din cauza reducerii efectelor de redistribuire ale sistemelor fiscale și de transferuri.

Așa cum ne oferă Eurostat informația, **România este țară cu riscul cel mai ridicat de sărăcie din Europa**, cu un procent de 25,3 %, urmată de Bulgaria (22,9%) și de Spania (22,3%), la capătul celălalt aflându-se Cehia (9,7%), Finlanda (11,6%) și Danemarca (11,9%, cu ratele cele mai scăzute.

Evoluțiile demografice, modificările structurale și de volum ale resurselor de muncă din România din ultimii 10 ani, au generat un context general mai puțin favorabil pentru implementarea cu succes a cadrului strategic care are ca principal obiectiv realizarea unei ocupări depline, de calitate, durabile și inclusive.

Figura. 1. Riscul de sărăcie în Europa



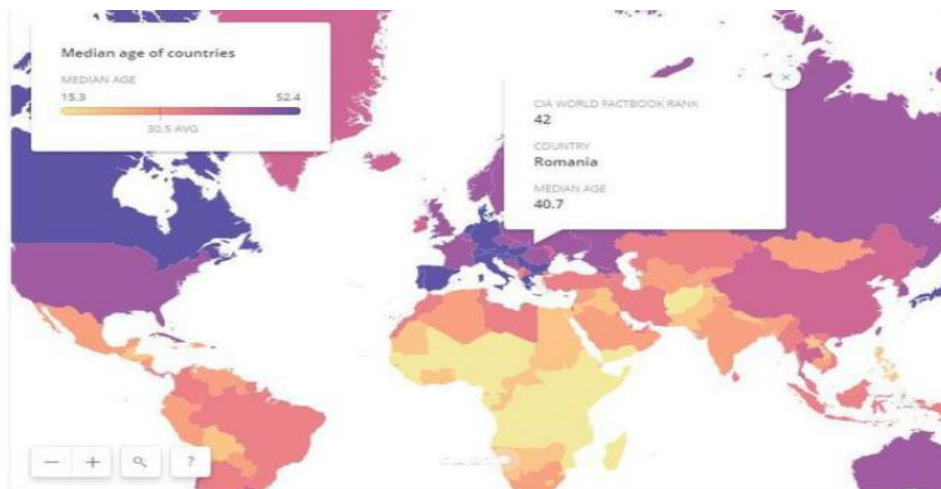
Sursa: Eurostat, disponibil la adresa <http://ec.europa.eu/eurostat/web/employment-and-social-inclusion-indicators/statistics-illustrated>, accesat la data de 8.10.2018

România este o țară destul de bătrână, cu o vârstă medie de 41,1 ani¹. La nivel European, România se încadrează în context, Europa fiind cel mai bătrân continent, comparativ cu Africa sau sud-estul Asiei. Astfel, această hartă (Img.2) arată drumul spre care se îndreaptă continentul nostru, și anume o îmbătrânire acută a populației în următorii ani.

¹ INS, disponibil la adresa: <http://www.insse.ro/cms/>, accesat la data de 30.01.2018

Indicele de îmbătrânire demografică a crescut de la 105,8 la 1 ianuarie 2016 la 108,2 persoane vârstnice la 100 persoane tinere la 1 ianuarie 2017.

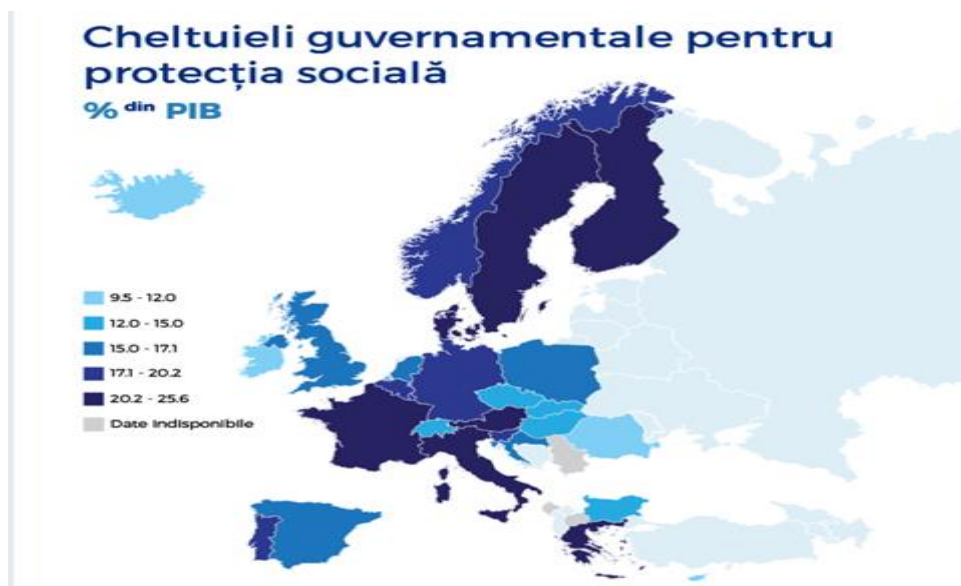
Figura. 2. Vârsta medie a populației în România



Sursa: Gândul, disponibil la adresa <http://www.gandul.info/mağazin/harta-varstei-medii-a-populatiei-din-tarile-lumii-ce-loc-ocupa-romania-16487274>, accesat la data de 10.02.2018

Segmentul populației vârstnice are, pe zi ce trece, o pondere tot mai mare, cauzele fiind progresele din medicină, care au făcut posibilă reducerea mortalității infantile prin eradicarea aproape integrală a bolilor infecțioase și prelungirea speranței de viață. Diferențierile între indivizi în ceea ce privește procesul de îmbătrânire, pot fi foarte mari deoarece vârsta cronologică diferă de cea funcțională, unii oameni pot fi productivi până la vârste înaintate de aproape 80 de ani, iar alții devin neproductivi la 60 de ani. Speranța de viață influențează și încadrarea în categorii de persoane vârstnice ale populației unei țări, o persoană de 45 de ani în Zambia poate fi considerată bătrână, deoarece aici speranța de viață la 15 ani este de 59 de ani, comparativ cu Japonia unde speranța de viață este de 89 de ani, o persoană de 45 de ani aici fiind considerată tânără. („Preîntâmpinarea crizei vârstei a treia” raport al Băncii Mondiale de cercetare politică). Societatea ne oferă o realitate crudă în care cei mai mulți dintre membrii ei trăiesc în sărăcie la limita acesteia, iar nevoile de bază nu sunt satisfăcute. Într-o societate sănătoasă, rețeaua de securitate socială se accesează în momentele cele mai stringente. Aceasta „facilitează accesul la servicii de sănătate și educație, ajută indivizii să gestioneze mai bine de risc, și încurajează oamenii cei mai săraci să se simtă mai încrezători în asumarea unor riscuri care ar putea duce la venituri mai mari².

²Banca Mondială, disponibil la: <http://www.worldbank.org/en/topic/safetynets/overview#1>



După cum se poate observa în imaginea de mai sus, **România ocupă un loc codaș în distribuirea cheltuielilor pentru protecția socială.** Cele mai multe dintre problemele cu care se confruntă indivizii în ziua de azi „depășesc capacitatea unui singur actor - public, privat sau societate civilă - de a le rezolva într-un mod eficient și, de aceea, este acceptată ideea că guvernele nu mai pot rezolva singure problemele sociale care apar, că sectorul de afaceri trebuie să își asume și responsabilități sociale și că societatea civilă trebuie să aibă un rol mai important.”³

Contextul teritorial național, regional și județean

Populația României este în declin încă din 1990, natalitatea a început să scadă (în prezent: 1,3 copii la o femeie, în loc de 2,1, care ar asigura înlocuirea populației) din cauza unor factori multipli precum migrația, schimbarea modelelor de viață profesională, liberalizarea avorturilor, problemele sociale și economice, etc. Populația României se va reduce cu 2,3 milioane de persoane până în anul 2025, iar ponderea locuitorilor cu vârste de peste 65 de ani va crește continuu, se arată într-un studiu al Băncii Mondiale (BM) privind situația demografică din Europa de Est și fosta Uniune Sovietică.

O problemă destul de apăsătoare a României este situația demografică. **România se află în cel de-al 26-lea an consecutiv de declin demografic⁴** este concluzia pe care o prezintă prof. Vasile Ghețau⁵, într-un interviu acordat AGERPRES la începutul anului 2015. Tot el a explicat „că reducerea populației cu aproximativ 3,2 milioane locuitori își are originea în scăderea naturală - 600.000 de persoane, emigrația definitivă - circa 300.000 de persoane și în imensă emigrație cu schimbare doar a reședinței în alte țări - aproape 2,4 milioane de locuitori.”⁶

La fenomenele enunțate mai sus, se adaugă rata fertilității, „care indirect a devenit o amenințare la adresa sistemului public de pensii, acest indicator se află în jurul valorii de 1,3 copii/femeie începând cu anul 2000, comparativ cu aproximativ 3,7 în anii '70.”⁷

³ Gabriela Dima, „Serviciile Sociale în România- Rolul actorilor economiei sociale”, Institutul de Economie Socială, București, 2013, disponibil la adresa http://www.ies.org.ro/library/files/raport_serviciile_sociale_in_romania_rolul_actorilor_economiei_sociale.pdf

⁴ <http://www.agerpres.ro/economie/2015/01/19/vasile-ghetau-romania-se-afla-in-al-26-lea-an-consecutiv-de-declin-demografic-13-06-40>

⁵ profesorul Vasile Ghețau, director al Centrului de Cercetări Demografice al Academiei Române

⁶ Idem 1

⁷ Idem 1

Îmbătrânirea populației este una dintre cele mai importante provocări sociale și economice cu care se confruntă societățile europene în secolul al XXI-lea. Fenomenul va afecta toate statele membre și va avea un impact asupra majorității domeniilor de acțiune.

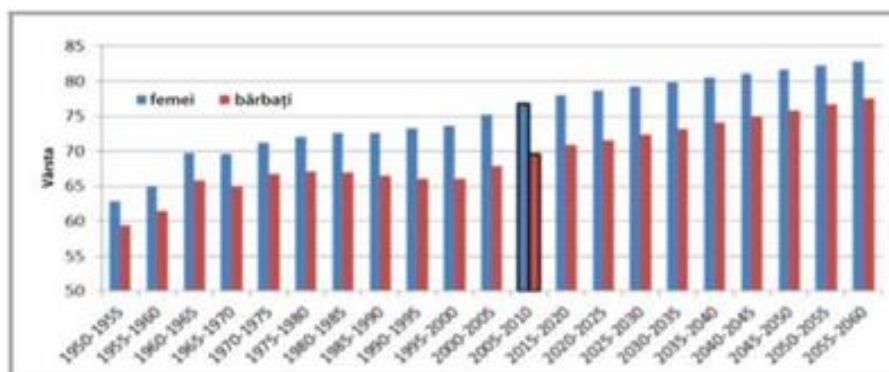
Până în 2025, peste 20% din europeni vor avea cel puțin 65 de ani. De asemenea, se va produce o creștere rapidă a numărului celor de peste 80 de ani. Deoarece persoanele vârstnice au nevoie de îngrijiri medicale speciale, sistemele sanitare vor trebuie să se adapteze în așa fel încât să ofere asistența medicală corespunzătoare și să rămână viabile din punct de vedere financiar. Îmbătrânirea este o problemă de actualitate a societății contemporane. Contextul anului 2016 este sub influența scăderii natalității coroborat cu o creștere a migrației de după 1989 face ca situația să fie una unică: datele INS arată că numărul persoanelor sub 15 ani este mai scăzut decât numărul persoanelor peste 65 ani.⁸ Pentru următorii ani, Banca Mondială a făcut următoarele previziuni:

Tabel 1. Principalele modificări demografice 2014-2020 (în mii de persoane)

Grupe de vârstă	An/Modificare							
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2014-2020
0-14	3.133	3.127	3.117	3.116	3.117	3.113	3.110	-24
15-19	1.093	1.088	1.092	1.090	1.081	1.071	1.061	-32
20-64	12.464	12.368	12.270	12.174	12.083	12.002	11.907	-557
65+	3.297	3.381	3.457	3.524	3.592	3.656	3.733	436
Total	19.987	19.964	19.935	19.904	19.873	19.842	19.810	-177

Potrivit Strategiei Naționale pentru promovarea îmbătrânirii active și protecția persoanelor vârstnice 2015-2020⁹, „îmbătrânirea populației este determinată de trei fenomene separate, respectiv: creșterea speranței de viață, scăderea ratelor de fertilitate și emigrația, care sunt prezentate în cazul României în figura 3, figura 4 și figura 5. În România, durata medie de viață a crescut semnificativ în ultimii 60 de ani, speranța de viață la naștere crescând cu aproximativ 14 ani pentru femei și 10 ani pentru bărbați.”

Figura 3. Evoluția speranței de viață în România

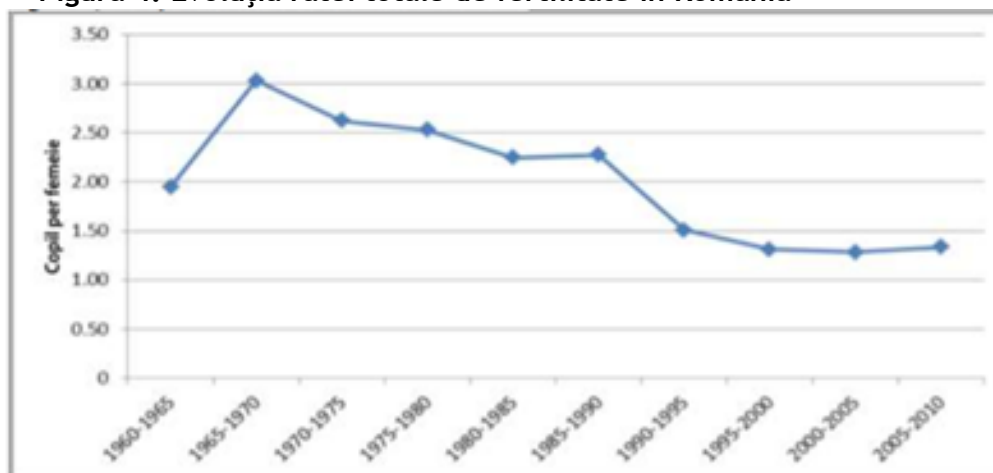


Sursa: Statisticile Națiunilor Unite privind populația

⁸ ActivNews, disponibil la adresa http://activnews.ro/in-doar-23-de-ani-romania-s-a-prabusit-demografic-urmeaza-un-dezastru-pentru-economie-si-sistemul-de-pensii_1898540.html, accesat la data de 15. 04. 2015

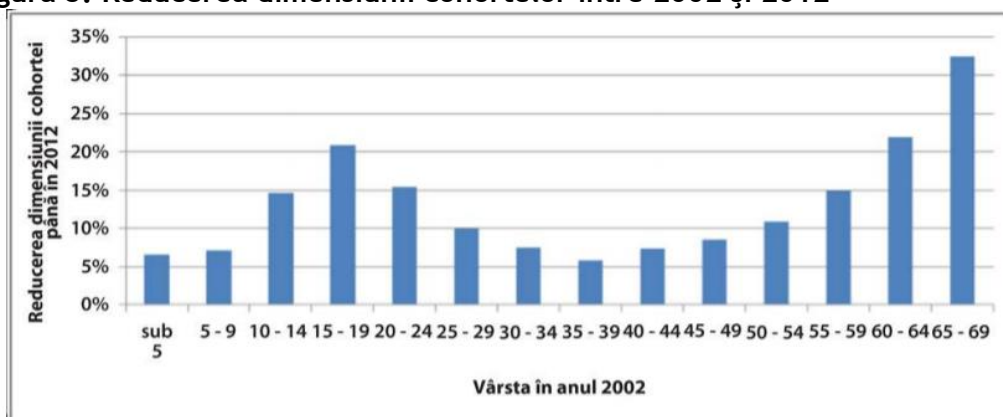
⁹ Strategia națională pentru promovarea îmbătrânirii active și protecția persoanelor vârstnice 2015-2020, disponibil la adresa http://www.mmuncii.ro/j33/images/Documente/Transparența/Dezbateri_publice/2015-07-15_Anexa1_ProiectHG_SIA.pdf, accesat la data de 18.11.2018

Figura 4. Evoluția ratei totale de fertilitate în România



Sursa: Statisticile Națiunilor Unite privind populația

Figura 5. Reducerea dimensiunii cohortelor între 2002 și 2012



Sursa: Date Eurostat, în baza recensământului din 2001 și 2011

În calitate de stat membru al UE, România face permanent demersuri pentru a se apropia de nivelul veniturilor și al standardului de viață din celelalte state membre UE, deși recenta criză economică a încetinit acest proces, iar situație economică actuală nu ajută foarte mult. Pentru a merge pe calea unei creșteri economice mai mari, România și-a propus ca obiectiv *atingerea unei ponderi de 70% a ratei de ocupare a forței de muncă în cadrul populației cu vârsta cuprinsă între 20-64 de ani până în anul 2020, comparativ cu valoarea actuală de 64%*¹⁰.

Un alt obiectiv constă în reducerea numărului de persoane care prezintă risc de sărăcie sau excluziune socială cu 580.000, în aceeași perioadă, raportat la anul de referință 2008. Aceste obiective naționale sunt asumate de către România prin Strategia Europa 2020 și prin Programul Național de Reformă (PNR) și sunt sprijinite de UE, care consideră conceptul de îmbătrânire activă un element esențial pentru atingerea obiectivelor strategice ale programului Europa 2020.

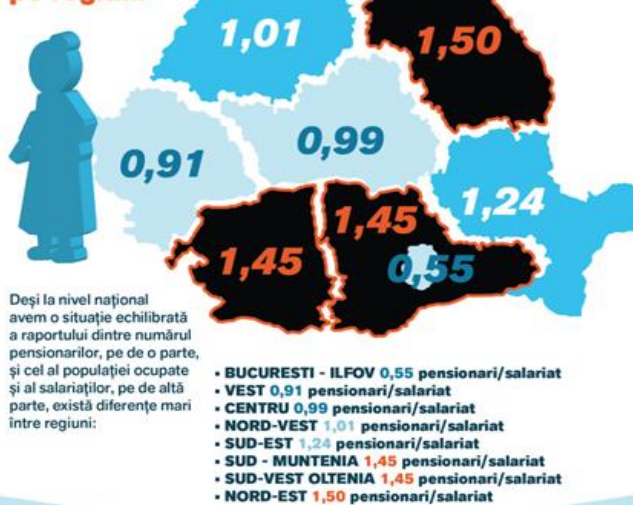
Un indicator relevant în studierea situației persoanelor vârstnice este raportul de dependență demografică. Acesta reprezintă, conform Eurostat, numărul persoanelor tinere (0-14

¹⁰ Strategia națională pentru promovarea îmbătrânirii active și protecția persoanelor vârstnice 2015-2020, disponibil la adresa http://www.mmuncii.ro/j33/images/Documente/Transparenta/Dezbateri_publice/2015-07-15_Anexa1_ProiectHG_SIA.pdf, accesat la data de 18.11.2018

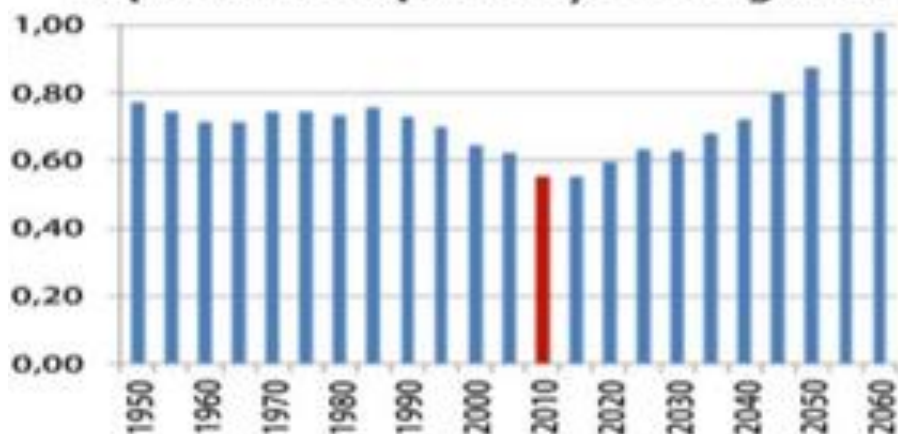
ani) și vârstnice (65 ani și peste) care revin la 100 persoane în vârstă de muncă (15-64 ani); acesta a fost relativ stabil și s-a situat la o medie de aproximativ 75 între 1950 și 1990. Între 1990 și 2010, acest raport a scăzut la 55, datorită populației numeroase născute după anii 1960, care a intrat în rândul persoanelor în vârstă de muncă.

Această evoluție a reprezentat un important pas înainte pentru economia României. Cu toate acestea, tendința în ceea ce privește raportul de dependență demografică se inversează drastic și se preconizează că va ajunge la 100 până în anul 2055, după cum se prezintă în Figura 6 de mai jos. Acest fenomen este cauzat de scăderea continuă a ratei de fertilitate începând cu anii 1970, care s-a accelerat în anii 1990, a fluxurilor puternice de migrație în ultima decadă, precum și a unei tendințe pozitive de mai multe decenii de creștere a speranței de viață.

Raport pensionari/salariați, populație ocupată pe regiuni



Raportul de dependență demografică



Sursa: UN World Populations Prospects (Perspectivele populației mondiale ONU): Ediția revizuită din anul 2012 (date din 1950 până în 2010, bazate pe estimările ONU, proiecții bazate pe variante medii de fertilitate).

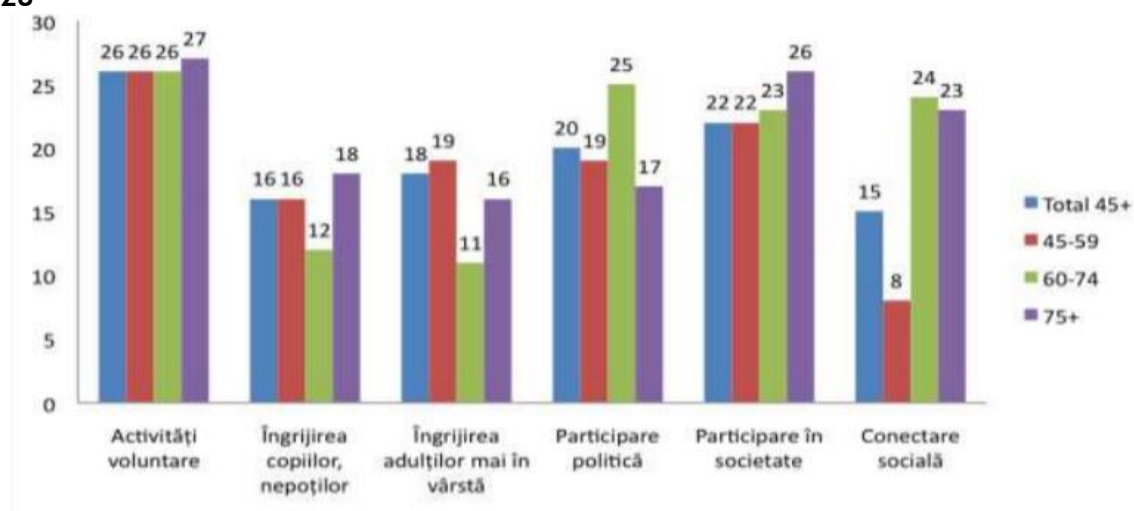
Un element important în stabilirea **Strategiei Naționale pentru promovarea îmbătrânirii active și protecția persoanelor vârstnice 2015-2020**, îl reprezintă: „Participarea socială”. Acest lucru „se referă în acest capitol la activitățile în care oamenii se angajează prin intermediul rețelelor lor sociale formale și informale”¹¹.

În ciuda tuturor aspectelor negative, îmbătrânirea populației oferă, de asemenea, o oportunitate de dezvoltare societății românești, și aici ne referim la toate plusurile pe care acest aspect le aduce domeniul sănătății și educației, precum și **un număr mai mare de persoane care dispun de timp după pensionare**. Această categorie numeroasă de persoane va contribui semnificativ la dezvoltarea societății românești prin **participarea lor socială**.

„S-a observat că există o legătură între implicarea civică, atât prin rețele sociale formale, cât și informale și îmbunătățirile aduse printr-o varietate de măsuri de creștere a nivelului de bunăstare, inclusiv a nivelului de fericire, a satisfacției cu privire la viață, a stimei de sine, a sentimentului de control, a sănătății fizice, precum și a duratei de viață”¹².

Participarea socială sub formă de implicare civică activă și voluntariat contribuie și la bunăstarea destinatarilor acestor eforturi; de exemplu, în cadrul activităților educative, copiii pot beneficia foarte mult de prezența/experiența vârstnicilor. De asemenea, implicarea civică prin intermediul oferirii serviciilor sociale bazate pe voluntariat oferă un beneficiu economic substanțial comunităților care funcționează cu un buget restrâns și care au nevoi sociale crescute. Gradul actual de participare socială în rândul populației vârstnice în România, comparativ cu statele UE28, utilizând componentele aferente participării sociale din Indicele privind îmbătrânirea activă, reprezintă o resursă a cărei valori este supusă procesului de îmbunătățire continuă.

Figura 7. Locul României în ceea ce privește participarea socială în rândul țărilor din UE-28



Sursa: EQLS 2011-2012

După cum se poate remarca, indicatorul de participare socială are mai multe componente, iar activitățile voluntare, indiferent de categoria de vârstă, poziționează țara noastră pe un loc codaș. O altă componentă nemulțumitoare, la care este nevoie de efort este „participarea socială”, unde din nou România ocupă ultimele locuri în UE 28.

¹¹ Strategia națională pentru promovarea îmbătrânirii active și protecția persoanelor vârstnice 2015-2020, disponibil la adresa http://www.mmuncii.ro/j33/images/Documente/Transparenta/Dezbateri_publice/2015-07-15_Anexa1_ProiectHG_SIA.pdf, accesat la data de 18.11.2018

¹² Idem, ibidem

Toți indicatorii enunțați mai sus, și anume, populația în curs de îmbătrânire cu speranță de viață mai mare și rate de fertilitate în scădere **necesită regândirea actualelor politici privind îmbătrânirea și dezvoltarea unei strategii care să fie mai aproape de nevoile persoanelor vârstnice.**

Îmbătrânirea vine de cele mai multe ori și cu numeroase modificări, de ordin psihologic, medical, social. Intervențiile care pot fi realizate pentru creșterea bunăstării acestei categorii aparțin de persoane, pot fi multiple. Serviciile de asistență socială de care pot beneficia aceste persoane pot fi pe mai multe paliere, iar reducerea presiunii care cade de cele mai multe ori pe umerii familiei se poate realiza pe aceste nivele.

Potrivit prevederilor Legii nr.17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, accesul în căminele pentru persoane vârstnice se realizează pentru persoana care nu are familie sau nu se află în întreținerea unei sau unor persoane obligate la aceasta, potrivit dispozițiilor legale în vigoare, nu are locuință și nici posibilitatea de a-și asigura condițiile de locuit pe baza resurselor proprii, nu realizează venituri proprii sau acestea nu sunt suficiente pentru asigurarea îngrijirii necesare, nu se poate gospodări singură sau necesită îngrijire specializată, se află în imposibilitatea de a-și asigura nevoile sociomedicale.

Prin urmare, îngrijirea la domiciliu a persoanelor vârstnice dependente este prima măsură de sprijin acordată acestora. Principiul menținerii persoanei vârstnice în mediul său de viață, presupune faptul că centrul rezidențial este alternativă la îngrijire la domiciliu și nu invers. Admiterea în centrul rezidențial ar trebui să fie o măsură cu titlu de excepție.

Astfel, serviciile de îngrijire la domiciliu destinate persoanelor vârstnice ar trebui să aibă o pondere mai mare în categoria de servicii destinate persoanelor vârstnice, iar instituțiile implicate în furnizarea acestor servicii o coordonare mai mare.

3. SERVICIILE SOCIALE SI SOCIO-MEDICALE PENTRU PERSOANELE VARSTINICE: INGRIJIRE LA DOMICILIU, CENTRE DE ZI, CANTINE, CENTRE REZIDENTIALE - SITUATIA LA NIVEL NATIONAL

Măsurile de protecție socială destinate persoanelor vârstnice din România au cunoscut o evoluție constantă. Necesitatea acestor măsuri au apărut în contextul în care a „crescut dezechilibrul dintre numărul salariaților și numărul pensionarilor, în sensul că, datorită, în primul rând, politicii de stimulare a pensionării timpurii de după 1990, a crescut rapid numărul de pensionari, în timp ce numărul salariaților a scăzut, mai ales prin emigrarea tinerilor în afara granițelor țării. În acest context, îmbătrânirea populației accentuează o problemă resimțită deja în societatea românească: persoanele vârstnice au nevoie de îngrijire medicală și asistență personală cu mult peste resursele de care dispun atât ei înșiși, cât și sistemul de asigurări și de asistență socială”¹³

Asistența socială, ca parte esențială a protecției sociale, reprezintă un „mod operativ de punere în aplicare a programelor de protecție socială pentru categoriile defavorizate, printre care se numără și persoanele vârstnice”¹⁴. Ea încearcă, prin serviciile sale specifice, atenuarea parțială sau totală a inegalităților existente, ajutând categoriile defavorizate să se integreze în mediul familial, sau în comunități, și mai presus decât orice să își păstreze autonomia, acolo unde se poate și demnitatea acestor categorii.

Preocupările UE legate de problematicile sociale, în contextul crizelor economice care au existat este tot mai mare deoarece, așa cu precizează Elena Zamfir, „segmente mari ale populației au fost scoase din echilibrul lor tradițional și împinse în situații de sărăcie și disperare fără speranță de ieșire”¹⁵.

Problematica persoanelor vârstnice din România este cu atât mai apăsătoare cu cât serviciile destinate acestor categorii au fost lăsate pe un loc secundar.

Cel mai important act legislativ, care stă la baza oferirii de servicii sociale persoanelor vârstnice în România este Legea 17/ 2000. Aceasta, împreună cu întreg cadrul legal din acest domeniu încearcă să țină cont de cadrul legal european și să promoveze „măsuri care să permită persoanelor vârstnice să ducă o existență independentă în mediul lor obișnuit, atât timp cât doresc și cât este posibil, măsuri privitoare în primul rând la îngrijirea sănătății persoanelor vârstnice și la serviciile de sănătate de care acestea au nevoie”¹⁶

Necesitatea existenței serviciilor sociale și socio- medicale se poate înțelege ca urmare a unei înțelegeri profunde a situației socio- economice și demografice a României. Numărul persoanelor vârstnice, este în continuă creștere. Dacă analizăm de exemplu persoanele de peste 80 de ani previziunile pentru anii 2025, respectiv 2050, la nivel mondial, numărul de persoane din această categorie de vârstă va ajunge la 1,2 miliarde, respectiv 2 miliarde, cu 241,0%, respectiv 462,8% mai mult decât în 1975, reprezentând 15,1%, respectiv 21,7% în totalul populației, față de 8,6% în 1975.

La aspectele prezentate mai sus, se adaugă și potențialul de susținere între generații (raportul dintre persoanele care pot acorda îngrijire și persoanele care o necesită, adică potențialul de îngrijire în familie), datorat natalității scăzute, în raport cu creșterea numărului persoanelor vârstnice. Mai mult, acest aspect se răsfrânge și asupra identificării personalului calificat pe piața forței de muncă.

¹³ Nicole Roș- „PROTECȚIA SOCIALĂ ACORDATĂ PERSOANELOR VÂRSTNICE DIN ROMÂNIA”, disponibil la adresa <http://oaji.net/articles/2015/2064-1432808111.pdf>,

¹⁴ Elena Zamfir, „ASISTENȚA SOCIALĂ FAȚĂ ÎN FAȚĂ CU SOCIETATEA RISCURILOR, DIN PERSPECTIVA POLITICILOR SOCIALE EUROPENE” în Revista CALITATEA VIETII, XXIII, nr. 2, 2012, p. 123-160

¹⁵ Idem, ibidem

¹⁶ *Carta Socială Europeană*, varianta revizuită, 1996, disponibil la adresa <https://lege5.ro/Gratuit/ge3dqjw/carta-sociala-europeana-revizuita-din-03051996>,

Deasemenea, situația socio- economică face ca persoanele vârstnice să trăiască singure pentru că membrii familiei lor s-au mutat în altă parte sau pentru că au rămas văduve. Încurajată în alte domenii ale politicii europene sau naționale, mobilitatea, inclusiv cea transfrontalieră, reprezintă o provocare suplimentară pentru îngrijirea de lungă durată.

Potrivit documentelor legislație care sunt în vigoare în România, persoanele vârstnice au dreptul la asistență socială realizată prin servicii și prestații sociale, în cazul în care se afla în una dintre următoarele situații:

- nu au familie sau nu se afla în întreținerea unei sau unor persoane obligate la aceasta, potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
- nu au locuință și nici posibilitatea de a-și asigura condițiile de locuit pe baza resurselor proprii;
- nu realizează venituri proprii sau acestea nu sunt suficiente pentru asigurarea îngrijirii necesare;
- nu se pot gospodări singure sau necesită îngrijire specializată;
- se afla în imposibilitatea de a-și asigura nevoile socio-medicale, datorita bolii ori stării fizice sau psihice.¹⁷

Principalele categorii de servicii pe care persoanele vârstnice le pot accesa sunt:

- îngrijirea temporară sau permanentă la domiciliu;
- îngrijirea temporară sau permanentă într-un camin pentru persoane vârstnice;
- îngrijirea în centre de zi, cluburi pentru vârstnici, case de îngrijire temporară, apartamente și locuințe sociale, precum și altele asemenea.¹⁸

Toate aceste servicii au rolul de a limita excluziunea socială pe care această categorie de vârstă o poate întâmpina.

Legea 17/2000 stabilește principalele categorii de servicii comunitare care pot fi acordate persoanelor vârstnice la domiciliu. Acestea sunt:

a) **servicii sociale** privind, în principal, îngrijirea persoanei, prevenirea marginalizării sociale și sprijinirea pentru reintegrarea socială, consiliere juridică și administrativă, sprijin pentru plata unor servicii și obligații curente, îngrijirea locuinței și gospodăriei, ajutor pentru menaj, prepararea hranei;

b) **servicii socio-medicale** privind, în principal, ajutorul pentru realizarea igienei personale, readaptarea capacităților fizice și psihice, adaptarea locuinței la nevoile persoanei vârstnice și antrenarea la activități economice, sociale și culturale, precum și îngrijirea temporară în centre de zi, aziluri de noapte sau alte centre specializate;

c) **servicii medicale**, sub forma consultațiilor și îngrijirilor medicale la domiciliu sau în instituții de sănătate, consultații și îngrijiri stomatologice, administrarea de medicamente, acordarea de materiale sanitare și de dispozitive medicale.

Potrivit datelor Ministerului Muncii și Justiției Sociale în România, în decembrie 2018 erau licențiate 1162 de servicii sociale destinate tuturor categoriilor de persoane, după cum se poate remarcă în figura de mai jos:

¹⁷ Legea 17/ 2000, disponibil la adresa

http://www.mmuncii.ro/pub/imagemanager/images/file/Legislatie/LEGI/L%2017_2000_rep%20%20mai%202010.pdf,

¹⁸ Legea 17/2000, disponibil la adresa

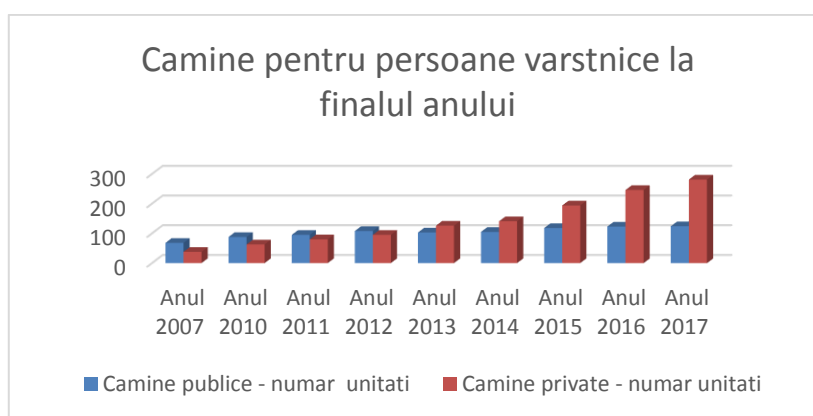
http://www.mmuncii.ro/pub/imagemanager/images/file/Legislatie/LEGI/L%2017_2000_rep%20%20mai%202010.pdf,

Tabel 1. Servicii social cu și fără cazare

Nr. Crt.	SERVICIILE SOCIALE* CU CAZARE ȘI FĂRĂ CAZARE	
1.	Centre rezidențiale de îngrijire și asistență pentru persoane vârstnice	371
2.	Servicii de îngrijire la domiciliu pentru persoane vârstnice, persoane cu dizabilități, persoane aflate în situație de dependență	213
3.	Centre de zi pentru asistență și suport pentru alte persoane aflate în situații de nevoie	133
4.	Centre de zi pentru persoane vârstnice	111
5.	Centre de preparare și distribuire a hranei pentru persoane în risc de sărăcie	110
6.	Centre rezidențiale de îngrijire și asistență pentru persoanele fără adăpos	60
7.	Centre rezidențiale de îngrijire și asistență medico-socială pentru persoane vârstnice, bolnavi cronici în fază terminală	56
8.	Centre rezidențiale pentru tineri în dificultate	46
9.	Centre de zi pentru persoane toxico-dependente pentru persoane cu diferite adicții: droguri, alcool, alte substanțe toxice, etc	38
10.	Centre rezidențiale de îngrijire și asistență pentru persoane victime ale traficului de persoane	6
11.	Centre rezidențiale de îngrijire și asistență pentru alte categorii de persoane în situație de dependență	5
12.	Centre de zi pentru persoanele fără adăpost	5
13.	Centre de zi pentru victimele traficului de persoane	4
14.	Centre rezidențiale de recuperare/reabilitare socială și dezintoxicare - pentru persoane cu diferite adicții: droguri, alcool, alte substanțe toxice	3
15.	Servicii de intervenție în stradă pentru persoane fără adăpost, persoane cu diferite adicții, victime ale violenței în familie, victime ale dezastrelor naturale, etc	1
16.	Centre de primire și cazare pentru solicitanții de azil și persoane care au primit o formă protecție în România	0

Evoluția serviciilor sociale în România este vizibilă după 30 de ani, în care s-a încercat alinierea legislației naționale la cea a UE.

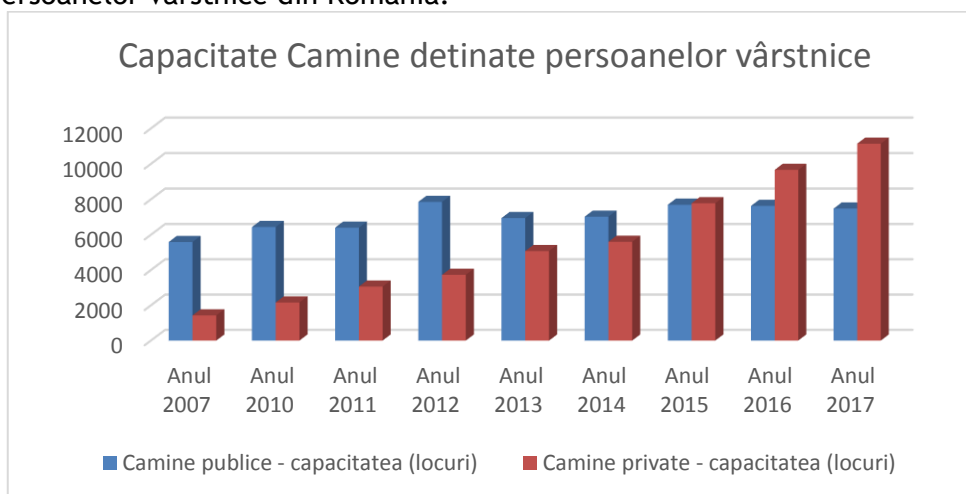
Situația căminelor destinate persoanelor vârstnice în România a variat destul de mult din anul 2007, pâna în prezent, și așa cum se poate vedea în imaginea de mai jos. Creșterea numărului de unități în cazul căminilor private, mult mai rapid decât cele publice este cât se poate de evidentă.



Sursa: Tempo On line¹⁹

¹⁹ Tempo On line, disponibil la adresa: <http://statistici.insse.ro/shop/?lang=ro>,

De asemenea, așa cum se poate reamrca din imaginea de mai jos, capacitatea Caminelor publice, la finalul anului 2017 a întrecut, începând cu anul 2015 capacitatea căminelor publice destinate persoanelor vârstnice din România.

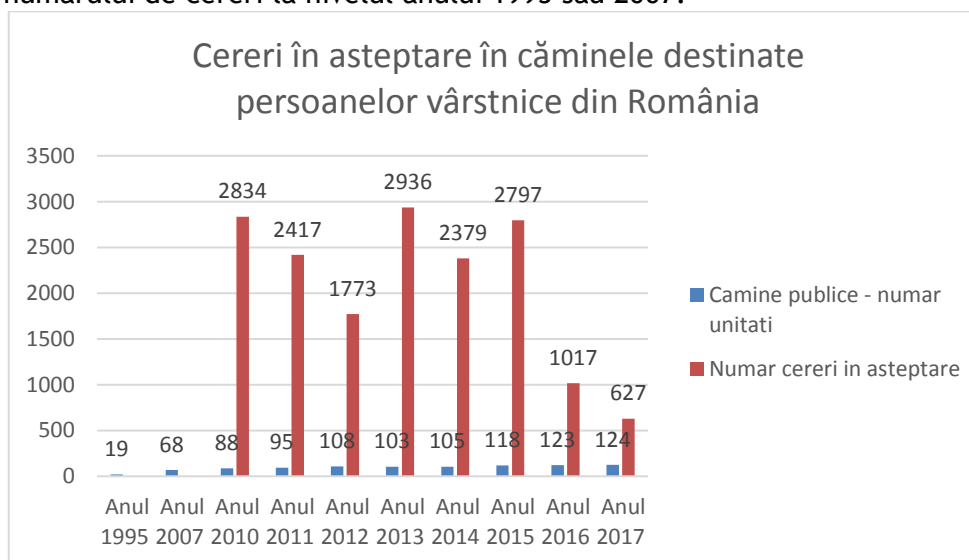


Sursa: Tempo On line²⁰

Evoluția capacității căminelor destinate persoanelor vârstnice a cunoscut o tendință ascendentă, acest lucru fiind și în concordanță cu numărul de cereri pe care aceste centre rezidențiale le au lunar.

Așa cum se poate reamrca în figura de mai jos, cererile sunt evident mult mai multe decat capacitatea pe care Centrele rezidențiale/ căminele destinate persoanelor vârstnice din România le pot oferi.

Din păcate, datele au putut fi analizate doar la nivelor căminelor publice, si nu a existat o evidență a numărului de cereri la nivelul anului 1995 sau 2007.



Sursa: Tempo On line²¹

²⁰ Tempo On line, disponibil la adresa: <http://statistici.insse.ro/shop/?lang=ro> ,

²¹ Tempo On line, disponibil la adresa: <http://statistici.insse.ro/shop/?lang=ro> ,

Astfel, numărul de locuri disponibile din căminele publice au asigurat un procent scăzut al cererii existente în mod real, de aici și evoluția ascendentă a numărului și capacității căminelor private în România.

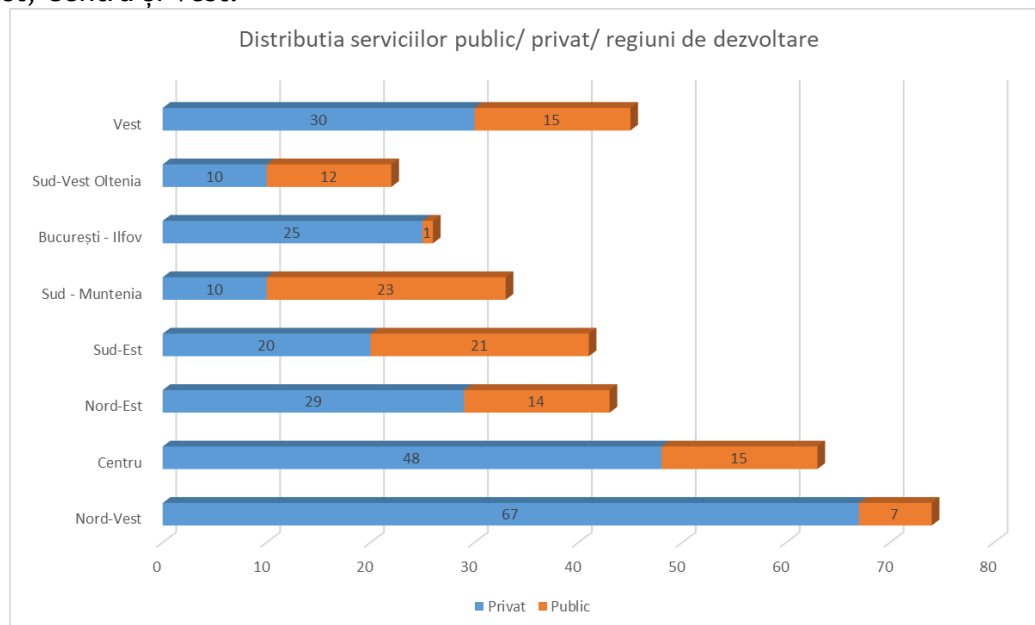
După cum putea remarca din tabelul 2 de mai jos, procentul asigurat de căminele publice a cunoscut o evoluție ascendentă, lucru care arată interesul statului pentru asigurarea de servicii pentru cât mai multe persoane vârstnice, însă este departe de a cuprinde întreaga categorie.

Tabel 2. Situația locurilor disponibile din căminele publice în raport cu cererea

ANUL	CAPACITATE	NUMĂR CERERI ÎN AȘTEPTARE	PROCENT ASIGURAT
Anul 1995	19		
Anul 2007	68		
Anul 2010	88	2834	3.11
Anul 2011	95	2417	3.93
Anul 2012	108	1773	6.09
Anul 2013	103	2936	3.51
Anul 2014	105	2379	4.41
Anul 2015	118	2797	4.22
Anul 2016	123	1017	11.60
Anul 2017	124	627	19.78

Sursa: Tempo On line²²

Situația căminelor destinate persoanelor vârstnice, pe regiuni de dezvoltare se poate observa în figura de mai jos. Astfel, numărul de servicii licențiate este mai crescut în regiunea Nord- Vest, Centru și Vest.

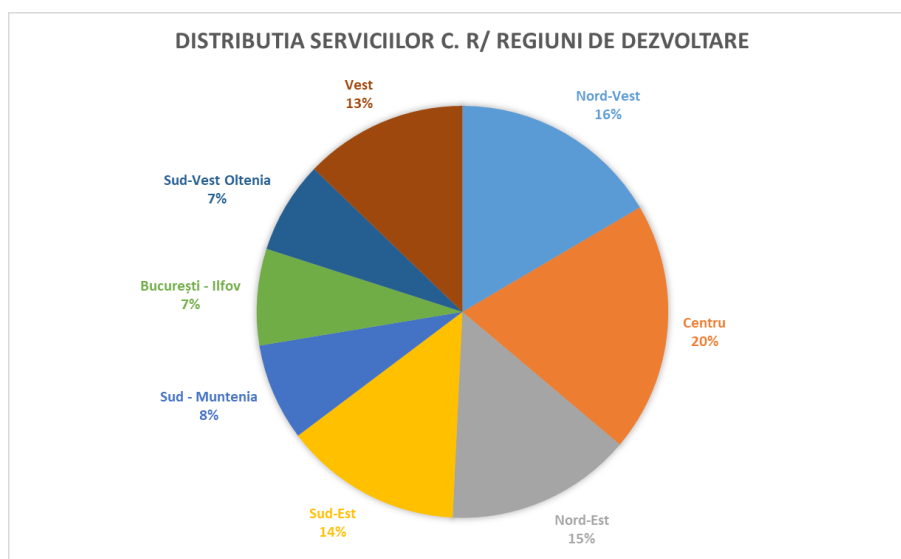


Sursa: Ministerul Muncii și Justiției Sociale²³

²² Tempo On line, disponibil la adresa: <http://statistici.inse.ro/shop/?lang=ro> ,

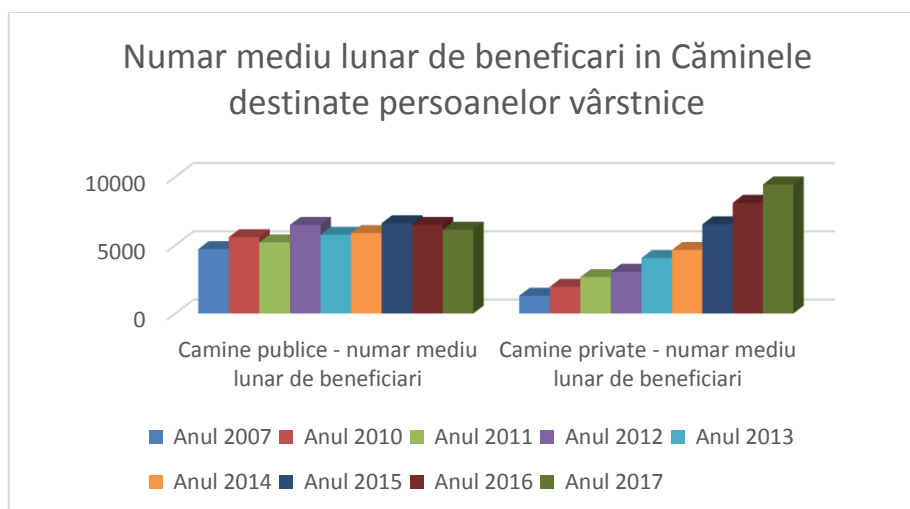
²³ Ministerul Muncii și Justiției Sociale, disponibil la adresa <http://www.mmuncii.ro/j33/index.php/ro/2014-domenii/familie/politici-familiale-incluziune-si-asistenta-sociala/4848>, accesat la data de 05.09.2018

Din punct de vedere al capacității acestor servicii, lucrurile stau relativ apropiat, pe primul loc fiind regiunea Centru, Nord- Vest, Nord- Est.



Sursa: Ministerul Muncii și Justiției Sociale²⁴

Numărul mediu lunar de beneficiari în căminele destinate persoanelor vârstnice, a crescut constant, din anul 2007 pana la finalul anului 2017, în privat iar în cazul celor publice a avut o evoluție relativ constantă.

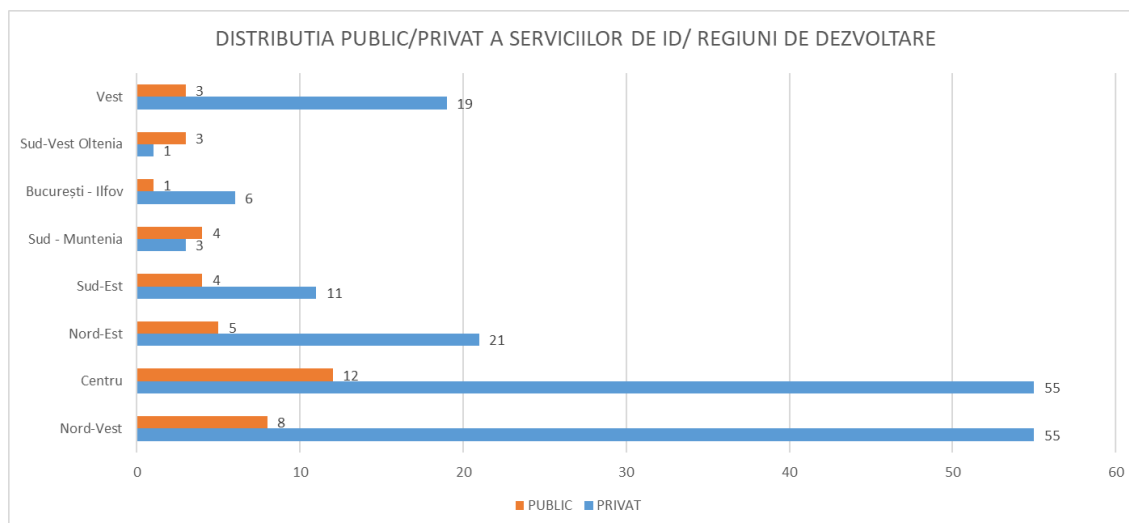


Sursa: Tempo On line²⁵

²⁴ Ministerul Muncii și Justiției Sociale, disponibil la adresa <http://www.mmuncii.ro/j33/index.php/ro/2014-domenii/familie/politici-familiale-incluziune-si-asistenta-sociala/4848>, accesat la data de 05.09.2018

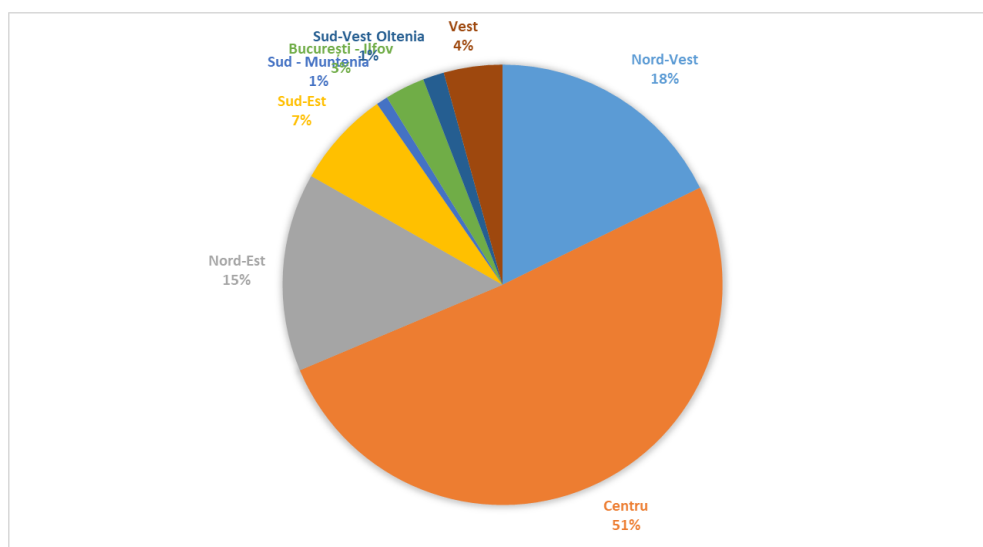
²⁵ Tempo On line, disponibil la adresa: <http://statistici.insse.ro/shop/?lang=ro> ,

În cazul serviciilor de îngrijire la domiciliu a persoanelor vârstnice, diparitățile dintre public/ privat sunt mai mari. Din totalul de licențe acordate serviciilor sociale de îngrijire la domiciliu circa 81% sunt acordate furnizorilor privați.



Sursa: Ministerul Muncii și Justiției Sociale²⁶

În privința capacității, regiunea Centru acoperă mai mult de jumătate din persoanele pentru care s-a acorda licența.



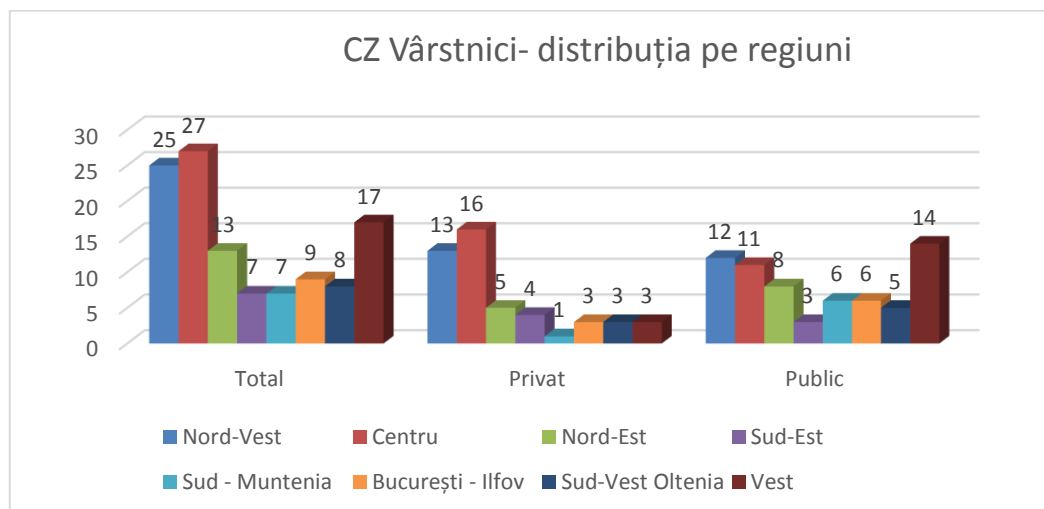
Sursa: Ministerul Muncii și Justiției Sociale²⁷

²⁶ Ministerul Muncii și Justiției Sociale, disponibil la adresa <http://www.mmuncii.ro/j33/index.php/ro/2014-domenii/familie/politici-familiale-incluziune-si-asistenta-sociala/4848>, accesat la data de 05.09.2018

²⁷ Ministerul Muncii și Justiției Sociale, disponibil la adresa <http://www.mmuncii.ro/j33/index.php/ro/2014-domenii/familie/politici-familiale-incluziune-si-asistenta-sociala/4848>, accesat la data de 05.09.2018

Centrele de zi destinate persoanelor vârstnice sunt o altă categorie de servicii pe care persoanele vârstnice le pot accesa.

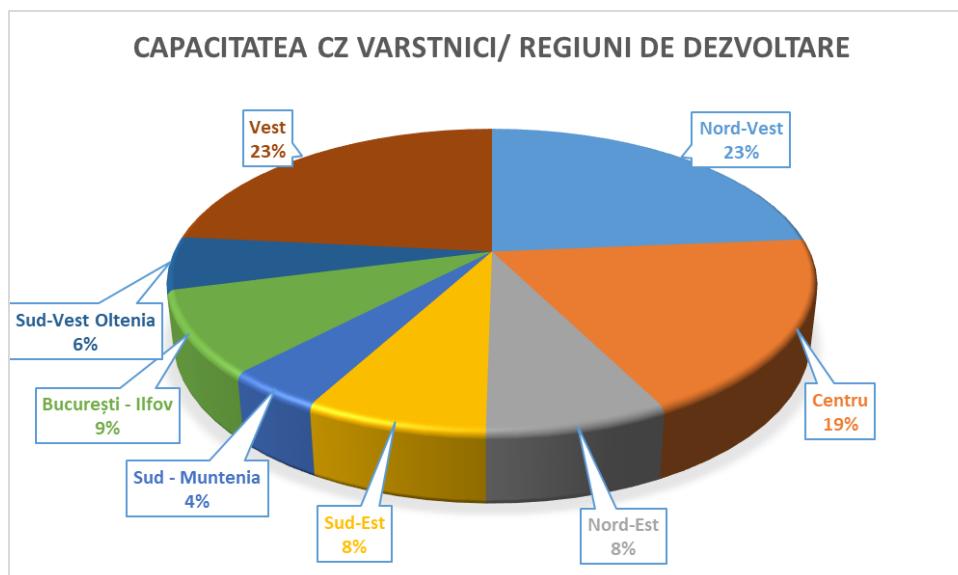
La nivel național, distribuția pe regiuni de dezvoltare este, așa cum se poate remarca în figura de mai jos.



Sursa: Ministerul Muncii și Justiției Sociale²⁸

Regiunile Centru, Nord- Vest și Vest sunt pe loc frumtaș și în cazul acestor servicii.

Din punct de vedere al capacității acestor servicii, regiunile Vest și Nord- Vest acoperă aproape jumătatea din capacități pentru care aceste servicii au primit licență.

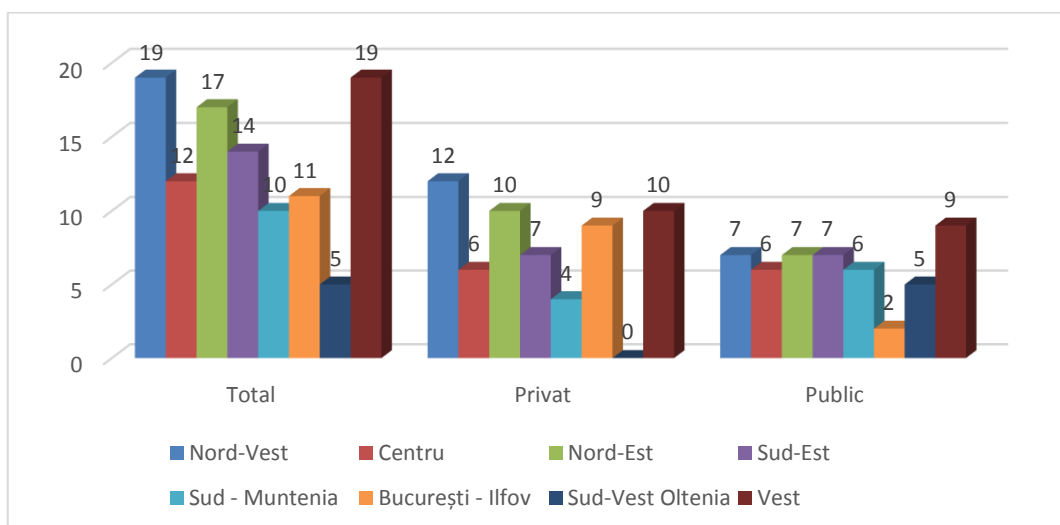


Sursa: Ministerul Muncii și Justiției Sociale²⁹

²⁸ Ministerul Muncii și Justiției Sociale, disponibil la adresa <http://www.mmuncii.ro/j33/index.php/ro/2014-domenii/familie/politici-familiale-incluziune-si-asistenta-sociala/4848>, accesat la data de 05.09.2018

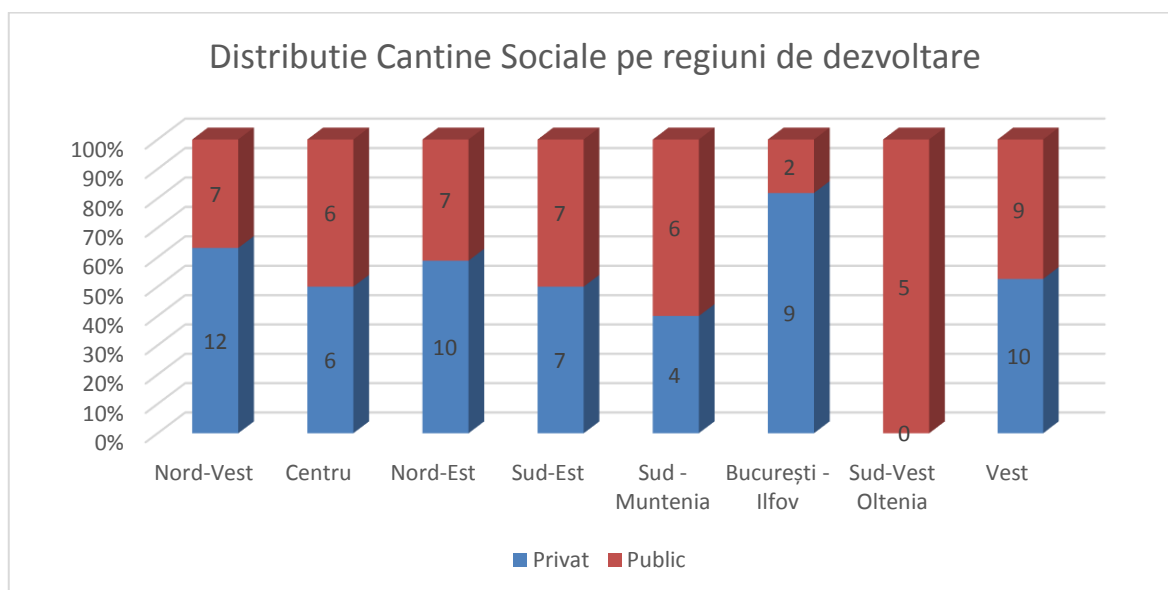
²⁹ Ministerul Muncii și Justiției Sociale, disponibil la adresa <http://www.mmuncii.ro/j33/index.php/ro/2014-domenii/familie/politici-familiale-incluziune-si-asistenta-sociala/4848>, accesat la data de 05.09.2018

O ultimă categorie se servicii pe care persoanele vârstnice din România le pot accesa sunt Cantinele sociale. După cum se poate reamrca, pe loc fruntaș sunt iar regiunile Vest și Nord- Vest, urmat de Nord- Est.



Sursa: Ministerul Muncii și Justiției Sociale³⁰

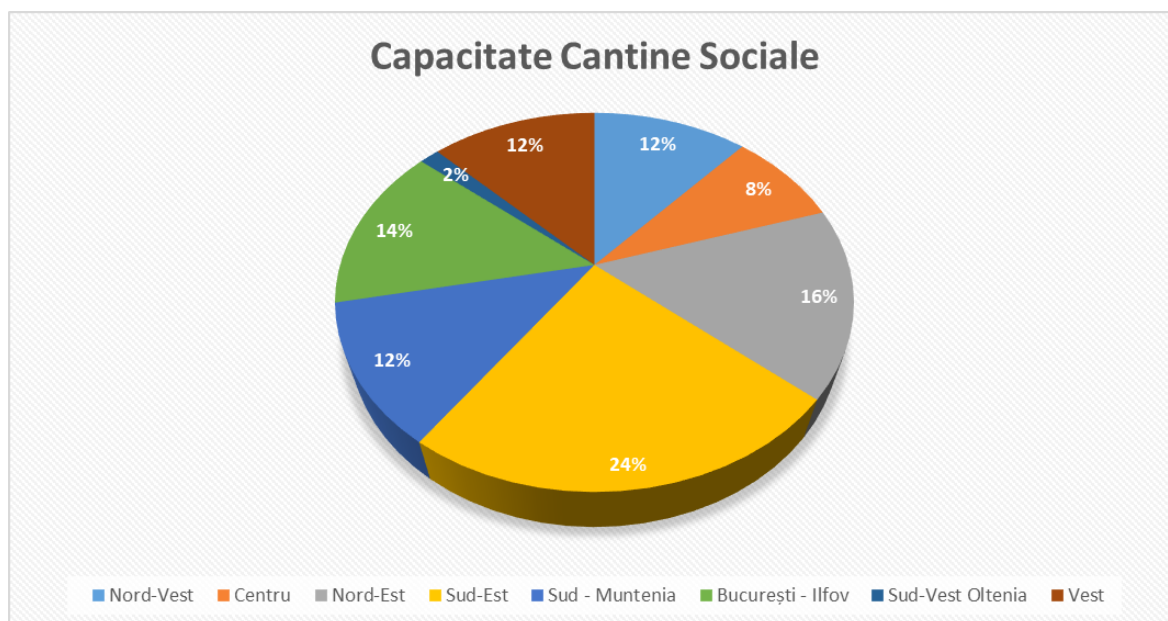
Din punctul de vedere a tipului de furnizor, distribuția este relativ uniformă, numărul mai mare de furnizori privați, notă discordantă făcând regiunea Sud- Vest, unde nu există nici un furnizor privat licențiat.



Sursa: Ministerul Muncii și Justiției Sociale³¹

³⁰ Ministerul Muncii și Justiției Sociale, disponibil la adresa <http://www.mmuncii.ro/j33/index.php/ro/2014-domenii/familie/politici-familiale-incluziune-si-asistenta-sociala/4848>, accesat la data de 05.09.2018

³¹ Ministerul Muncii și Justiției Sociale, disponibil la adresa <http://www.mmuncii.ro/j33/index.php/ro/2014-domenii/familie/politici-familiale-incluziune-si-asistenta-sociala/4848>, accesat la data de 05.09.2018



Sursa: Ministerul Muncii și Justiției Sociale³²

Aproximativ 6-7% din populația în vârstă a României are nevoie de servicii de îngrijire la domiciliu, însă doar 0,23% beneficiază efectiv de astfel de servicii!

Persoanele vârstnice fără sprijin din partea familiei sunt expuse unui risc mai mare al sărăciei și excluziunii sociale, în special femeile în vârstă. Numărul persoanelor vârstnice fără sprijin familial se așteaptă să crească pe viitor, mai ales din cauza migrației în masă peste hotare a populației active. Studiile arată ca speranța de viață este semnificativ mai mare pentru varstnicii cu un grad ridicat de independență. În majoritatea țărilor vestice ale UE, îngrijirea asistată la domiciliul varstnicului este utilizată pe scară largă, cu scopul de a reduce pe termen lung costurile de îngrijire medicală și socială, și include servicii ca monitorizarea medicală și asistența socială în diferite situații (CNPV, *Îngrijirea de lungă durată a persoanelor vârstnice*, 2018). Deși asistența socială s-a dezvoltat semnificativ în România, există o slabă dezvoltare a serviciilor pentru varstnici, în special din mediul rural, comparativ cu alte categorii defavorizate de populație (*Calitatea vieții persoanelor vârstnice din România*, 2014). Prin urmare, în contextul îmbătrânirii accelerate a populației, asigurarea unui spectru larg de servicii adaptate nevoilor specifice varstnicilor trebuie să constituie o prioritate pentru orice politică de dezvoltare durabilă. În prezent, în România, gama serviciilor sociale de proximitate, acordate în comunitate și mai ales serviciile de îngrijire la domiciliu, precum și numărul profesioniștilor în domeniu sunt insuficiente și cu o distribuție inechitabilă sau inadecvată în raport cu resursele disponibile.

Pentru a reduce presiunea pe familie, pe sistemul de sănătate și pe cel de îngrijire în regim rezidențial, este necesară crearea, atât în mediul urban, cât și în rural, a unei rețele ample de servicii sociale și socio-medicale destinate persoanelor vârstnice aflate în situații de dificultate, servicii care, prin inovare și o mai mare flexibilitate să permită o permanentă revizuire și adaptare la nevoile comunității, în raport cu resursele materiale și umane disponibile.

Îmbătrânirea demografică presupune o serie de provocări: pentru piața muncii, pentru sistemele de asigurări sociale și de sănătate, dar și pentru calitatea vieții după pensionare. În acest context, o soluție posibilă este promovarea unui mediu de viață în care „a îmbătrâni” nu

³² Ministerul Muncii și Justiției Sociale, disponibil la adresa <http://www.mmuncii.ro/j33/index.php/ro/2014-domenii/familie/politici-familiale-incluziune-si-asistenta-sociala/4848>, accesat la data de 05.09.2018

este sinonim cu „a fi dependent de ceilalți” - ceea ce ar defini, pe scurt, conceptul de „îmbătrânire activă”.

Îmbătrânirea activă înseamnă înaintarea în vârstă în condiții optime de sănătate, un rol activ în societate și împlinirea pe plan profesional, dar și autonomie în viața de zi cu zi și implicare în activități civice, provocarea constând în folosirea la maxim a potențialului de care dispun vârstnicii. Una din formele de susținere a rolului activ în societate al unei persoane vârstnice este reprezentată de implicarea în acțiuni de voluntariat. Ieșirea la pensie nu trebuie să însemne lipsă de activitate. Contribuția vârstnicilor la dezvoltarea societății, jucând rolul de îngrijitori pentru ceilalți - părinți, soți sau nepoți, sau pe cel de voluntar, este adesea trecută cu vederea. Dar dacă s-ar cuantifica beneficiile acestor activități, atât pentru familie, comunitate și societate în general, cât și pentru persoana vârstnică în sine, s-ar putea evidenția și impactul economic și financiar pozitiv rezultat.

Dacă mișcarea de voluntariat în rândul tinerilor și copiilor a înregistrat o dezvoltare importantă la nivel național, numărul persoanelor vârstnice implicate în astfel de acțiuni este redus. Astfel, persoanele de 75 de ani și peste, sunt pe locul al 27-lea la activități cu participare voluntară, comparativ cu persoanele de aceeași vârstă din celelalte țări ale UE-28 (*Sursa: Eurobarometru*).

Această stare de fapt nu se datorează neapărat interesului scăzut din partea vârstnicilor, ci mai ales lipsei acelor relee (puncte de întâlnire, puncte de apelare) care să faciliteze contactul direct între potențialii voluntari și o organizație gazdă sau/și să încurajeze crearea de organizații ale voluntarilor seniori, astfel încât aceștia să poată să decidă sau să poată alege activitățile în care doresc să se implice la nivelul comunității în care trăiesc. S-a observat că există o legătură între implicarea civică, atât prin rețele sociale formale, cât și informale și îmbunătățirile aduse printr-o varietate de măsuri de creștere a nivelului de bunăstare, inclusiv a nivelului de fericire, a satisfacției cu privire la viață, a stimei de sine, a sentimentului de control, a sănătății fizice, precum și a duratei de viață. Participarea socială sub formă de implicare civică activă și voluntariat contribuie și la bunăstarea destinatarilor acestor eforturi și oferă un beneficiu economic substantial, comunităților care funcționează cu un buget restrâns și care au nevoi sociale crescute.

Studiul Consiliului Național al Persoanelor Vârstnice (CNPV_ 20172) formulează următoarele propuneri pentru a îmbunătăți percepția socială a persoanelor vârstnice de către tineri și adulți:

- promovarea pe scară largă a atitudinii pozitive față de vârstnici și formarea unei imagini noi a acestora, definindu-i ca parte activă a populației care concentrează o proporție semnificativă a potențialului socioeconomic și cultural; perceperea vârstnicilor ca parteneri egali, capabili să participe în rezolvarea problemelor care îi privesc;
- implicarea largă a tuturor actorilor sociali (instituțiile de învățământ, mass-media, societatea civilă etc.) în promovarea tradițiilor și a atmosferei de respect față de generația vârstnicilor, canalizarea energiei și a experienței acesteia într-o direcție constructivă;
- dezvoltarea programelor școlare și activităților de voluntariat (de exemplu, din experiența pozitivă a altor țări din Uniunea Europeană instituirea în curriculumul școlar a unor subiecte precum: imagini ale bătrâneții, o societate pentru toate vârstele, societatea în proces de îmbătrânire), care au drept scop facilitarea comunicării intergeneraționale și sprijinirea tinerei generații pentru a înțelege situația altor generații și a propriului lor viitor. Acest lucru presupune învățarea reciprocă, angajamentul și participarea la mai multe niveluri în școli, familii și comunitate;
- facilitarea schimbului inter-generațional de resurse și idei pentru sporirea solidarității, înțelegerii și cooperării între generații. Pentru consolidarea stereotipurilor pozitive ale bătrâneții și ale persoanelor vârstnice trebuie promovat și aplicat dialogul social bazat pe programe comunitare (în școli de-a lungul vieții educative, prin campanii publice, în colaborare cu

societatea civilă și cu mass-media ș.a.) cu o viziune echilibrată asupra diferitelor categorii de vârstă ale populației și cu o conștientizare mai profundă a diferențelor de experiență avute de-a lungul vieții;

- asigurarea accesului la servicii sociale al persoanelor vârstnice expuse riscului de excluziune socială; dezvoltarea serviciilor de îngrijire la domiciliu și a altor servicii alternative;
- introducerea unor facilități în vederea promovării și stimulării îngrijirii la domiciliu a persoanelor vârstnice;
- dezvoltarea rețelei naționale de medici geriatri care să realizeze, alături de asistentul social, evaluarea socio-medicală a persoanelor vârstnice;
- motivarea organizațiilor neguvernamentale să dezvolte unități de asistență socială pentru persoanele vârstnice, cu fonduri proprii sau în parteneriat public-privat;
- dezvoltarea centrelor de voluntariat pentru persoanele vârstnice la nivel comunitar, încurajarea activității de voluntariat prin diferite recompense și facilități.

Prin dezvoltarea și inovarea serviciilor sociale adecvate nevoilor specifice ale persoanelor vârstnice, se susțin o parte din măsurile prevăzute în Planul strategic de acțiuni al Strategiei Naționale pentru Promovarea Îmbătrânirii Active și Protecția Persoanelor Vârstnice, pentru perioada 2015-2020, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 566/2015, care asumă următoarele obiective generale:

- 1) prelungirea și îmbunătățirea calității vieții persoanelor vârstnice (<http://cnpv.ro/pdf/analize2017/Percep%C8%9Bia-b%C4%83tr%C3%A2ne%C8%9Bii-%C8%99i-a-persoanelor-v%C3%A2rstnice-de-c%C4%83tre-persoanele-tinere-%C8%99i-adulte-MP.pdf>);
- 2) promovarea participării sociale active și demne a persoanelor vârstnice;
- 3) obținerea unei independențe și a unei siguranțe mai mari pentru persoanele cu necesități de îngrijire de lungă durată;
- 4) obiective transversale pentru o viață mai lungă în condiții bune de sănătate.

De asemenea, Strategia Națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei 2015-2020 prevede necesitatea dezvoltării și finanțării unei game de servicii personalizate care să răspundă nevoilor specifice ale persoanelor vârstnice, în special ale celor cu nevoi complexe, cu accent deosebit pe serviciile de proximitate de îngrijire la domiciliu, în acord cu măsurile prevăzute în Strategia Națională privind persoanele vârstnice și îmbătrânirea activă.

În același timp, deși Legea asistenței sociale (292/2011) a introdus pentru prima dată conceptul de servicii integrate în sistemul de asistență socială din România, nu există în prezent norme de implementare a legii adoptate de Guvern, fapt ce îngreunează asumarea unor responsabilități concrete la nivel local, cu privire la dezvoltarea și finanțarea acestor servicii. Ordonanța 68/ 2003 (care ar fi trebuit abrogată la apariția Legii 292/2011) stipulează o separare a responsabilităților autorităților publice locale (APL) în privința tipurilor de servicii finanțate local: serviciile primare ar trebui preluate de către autoritățile locale, iar serviciile specializate de către autoritățile județene. Ori, serviciile integrate se află la granița celor două categorii. Neabrogarea Ordonanței 68 face ca autoritățile publice să considere în continuare că responsabilitatea finanțării serviciilor depinde de caracterul lor primar sau specializat, ceea ce atrage după sine confuzia legată de profilul (și asumarea responsabilităților de organizare și finanțare a) serviciilor integrate pentru persoanele vârstnice. Totodată, în lipsa unor evaluări de nevoi sociale, sistematice și unitare la nivelul APL, nu există încă o estimare clară a sumelor pe care bugetele locale ar trebui să le pună la dispoziție pentru aceste servicii și nici o evaluare a modului în care serviciile de interes local sau județean ar putea dispune de o co-finanțare județeană sau națională pe termen scurt și mediu.

Problematica persoanelor vârstnice nu reprezintă încă o prioritate pe agenda politică, deși semnalele de alarmă cu privire la impactul îmbătrânirii demografice sunt cunoscute de cel puțin 10 ani. Creșterea pensiilor fără o dezvoltare echilibrată a serviciilor de suport pentru

persoanele vârstnice (inclusiv a serviciilor de îngrijire de lungă durată) conduce progresiv la o povară nesustenabilă pentru bugetul de stat, pe termen lung.

În contextul tintelor asumate de către România prin Strategia pt. consolidarea administrației publice 2014 - 2020 (SCAP), Strategia națională în domeniul achizițiilor publice și Strategia Națională privind Incluziunea Socială și Reducerea Sărăciei 2015-2020, se impune ca necesitate dezvoltarea unor SOLUȚII URGENTE pentru aplicarea dispozițiilor normative referitoare la achiziția de servicii sociale pe fondul lipsei unor norme metodologice de implementare sau a unor ghiduri și metodologii. Prin creșterea capacității ONG-urilor active în domeniul protecției vârstnicilor pentru a dezvolta contractarea prin achiziții publice a serviciilor sociale destinate vârstnicilor, proiectul propune o soluție convergentă cu dezideratele menționate atât în Strategiile naționale cât și asumate public de către Ministerul Muncii și Justiției Sociale.

4. METODOLOGIA UTILIZATA

Scopul analizei:

Colectarea opiniilor în vederea identificării principalelor probleme și provocări cu care se confruntă ONG-urile în demersul de contractare a serviciilor dedicate persoanelor vârstnice, colaborarea cu autoritățile publice locale, problemele întâmpinate de autoritățile publice în demersurile de externalizare a serviciilor sociale prin achiziții publice, disponibilitatea acestora de a asigura finanțări alternative dedicate persoanelor vârstnice. Rezultatele analizei vor fi utilizate pentru a realiza o propunere de politica publică ce va răspunde la un complex de nevoi actuale și concrete privind politici publice aferente contractării/externalizării serviciilor sociale destinate varstnicilor, astfel: 1) nevoia de a ameliora deficiențele în formularea de politici publice în domeniul achizițiilor publice a serviciilor sociale existente la nivelul ONG furnizoare de servicii sociale; 2) nevoia de a îmbunătăți mecanismele de dialog civic și consultare publică în rândul asociațiilor și fundațiilor pe tema finanțării serviciilor sociale pentru varstnici în special la nivel local și regional; 3) lipsa reglementărilor din domeniul achizițiilor publice care să permită dezvoltarea și implicit finanțarea serviciilor pentru varstnici la nivel local și necesitatea formulată de către Ministerul Muncii și Justiției Sociale de a realiza 71 de pachete de achiziții publice aferente fiecărui tip de serviciu social; 4) nevoia de profesionalizare în rândul actorilor publici responsabili cu finanțarea serviciilor sociale și în rândul ONG-urilor furnizoare de servicii sociale 5). Focusul politicilor sociale propuse la nivel național care poziționează nevoile varstnicilor ca fiind un domeniu de interes național în prezent și viitor luând în considerare dinamică demografică.

Obiectivele analizei:

- Identificarea și analiza ONG-urilor licențiate din România și a principalelor probleme și provocări cu care acestea se confruntă.
- Identificarea problemelor întâmpinate de autoritățile publice în demersurile de externalizare a serviciilor sociale prin achiziții publice.
- Identificarea nevoilor de formare.
- Formularea de recomandări strategice bazate pe propunerile stakeholderilor și analiza echipei de cercetare.

Grupul vizat - Stakeholderi (părți interesate):

În elaborarea analizei au fost identificate următoarele categorii de stakeholderi: ONG-uri licențiate și autorități publice (conducători ai ONG-urilor, asistenți sociali, primari, persoane cu atribuții în asistență socială, specialiști implicați în furnizarea de servicii sociale).

Colectarea datelor din teren s-a realizat prin combinarea metodelor calitative cu cele cantitative, folosindu-se astfel următoarele instrumente de cercetare:

– *Metode calitative*: Interviu individual semi structurate, focus grupuri, chestionare și fișe de analiză, analiză date secundare.

– *Metode cantitative*: chestionare aplicate ONG-urilor licențiate pentru a oferi servicii sociale sau socio-medicale pentru varstnici și reprezentanților APL.

Am avut în vedere ca analiza să cuprindă atât date calitative, cât și cantitative. Cele două metode sunt interconținute și complementare, iar pentru a avea o imagine clară nu putem face niciun tip de analiză pur cantitativă sau pur calitativă.

Validarea analizei în Strategia Națională pentru promovarea îmbătrânirii active și protecția persoanelor vârstnice 2015-2020

Strategia Națională pentru promovarea îmbătrânirii active și protecția persoanelor vârstnice 2015-2020 acordă o deosebită importanță îmbătrânirii populației și măsurilor care trebuie luate în această perioadă. În motivația expusă în cap. 1 Cadrul general, pag. 1, „Se estimează că ponderea populației cu vârsta mai mare sau egală cu 65 de ani se va dubla, de la 15% la 30%, până în anul 2060”, iar la pag. 24, 1.5 Independență sporită în îngrijirea de lungă durată se precizează: „Conform prevederilor Legii asistenței sociale nr.292/2011, îngrijirea de lungă durată (peste 60 de zile) se asigură la domiciliu, în centre rezidențiale, în centre de zi, la domiciliul persoanei care acordă serviciul și în comunitate. Autoritățile administrației publice locale trebuie să identifice, în primul rând, soluții de asigurare a serviciilor de îngrijire la domiciliu.

Potrivit prevederilor Legii nr.17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, accesul în căminele pentru persoane vârstnice se realizează pentru persoana care nu are familie sau nu se află în întreținerea unei sau unor persoane obligate la aceasta, potrivit dispozițiilor legale în vigoare, nu are locuință și nici posibilitatea de a-și asigura condițiile de locuit pe baza resurselor proprii, nu realizează venituri proprii sau acestea nu sunt suficiente pentru asigurarea îngrijirii necesare, nu se poate gospodări singură sau necesită îngrijire specializată, se află în imposibilitatea de a-și asigura nevoile socio-medicale.

Prin urmare, **îngrijirea la domiciliu a persoanelor vârstnice dependente este prima măsură de sprijin acordată acestora. Principiul menținerii persoanei vârstnice în mediul său de viață, presupune faptul că centrul rezidențial este alternativă la îngrijire la domiciliu și nu invers. Admiterea în centrul rezidențial ar trebui să fie o măsură cu titlu de excepție.**”

Obiectivele naționale ale Strategiei pentru promovarea îmbătrânirii active și protecția persoanelor vârstnice sunt concentrate pe trei capitole importante:

- 3.1. Prelungirea și îmbunătățirea calității vieții active a persoanelor vârstnice
- 3.2. Promovarea participării sociale active și demne a persoanelor vârstnice
- 3.3. Obținerea unei independențe și a unei siguranțe mai mari pentru persoanele vârstnice cu necesități de îngrijire de lungă durată

3.3.1. Crearea sistemului unificat de îngrijire de lungă durată

3.3.2. Asigurarea de resurse financiare, umane și fizice suficiente pentru sistemul de ÎLD”

Trebuie subliniat că în acest document important al MMFSS se menționează la pag. 45-47 despre necesitatea creării unui sistem de îngrijire la domiciliu de lungă durată pentru persoanele vârstnice.

Realizarea analizei suplimentare de validare

În vederea identificării principalelor probleme și provocări cu care se confruntă ONG-urile în demersul de contractare a serviciilor dedicate persoanelor vârstnice, colaborarea cu autoritățile publice locale, problemele întâmpinate de autoritățile publice în demersurile de externalizare a serviciilor sociale prin achiziții publice, disponibilitatea acestora de a asigura finanțări alternative dedicate persoanelor vârstnice, au fost stabilite următoarele metode de culegere a datelor:

- ✓ Analiza documentelor sociale și a pachetului legislativ
- ✓ Analiza studiilor realizate la nivel național - servicii pentru persoane vârstnice, modele
- ✓ Studii de caz - modele de bună practică
- ✓ Chestionare adresate ONG-urilor
- ✓ Chestionare adresate Primăriilor din țară
- ✓ Interviu cu reprezentanții ONG-urilor furnizoare de servicii dedicate persoanelor vârstnice
- ✓ Interviuri cu autoritățile publice care au realizat achiziții de servicii sociale

5. REZULTATELE ANALIZEI CHESTIONARELOR, INTERVIURILOR ȘI FOCUS GRUPURILOR

Pentru a surprinde realitatea din teren cât mai aprofundat și pentru a înțelege perspectiva în demersul de contractare a serviciilor dedicate persoanelor varstnice, colaborarea cu autoritățile publice locale, problemele întâmpinate de autoritățile publice în demersurile de externalizare a serviciilor sociale prin achiziții publice, disponibilitatea acestora de a asigura finanțări alternative dedicate persoanelor vârstnice, metodele de cercetare folosite - au avut o **abordare participativă**, pentru a permite colectarea informațiilor de la un număr mare de stakeholderi, (reprezentanți ONG-uri licențiate și Primării din România). De asemenea, prin realizarea interviurilor, a fost facilitată exprimarea liberă a opiniilor cu privire la subiectele discutate și formularea de recomandări bazate pe experiența proprie.

✓ **Chestionarul 1 a fost aplicat ONG-urilor licențiate în furnizarea serviciilor pentru persoane varstnice din România.**

Modelul chestionarului a fost întocmit astfel încât să permită colectarea unui număr mai mare de indicatori relevanți pentru analiza situației finanțării accesate de ONG-urile furnizoare de servicii pentru persoanele varstnice la nivel național, cu precădere prin utilizarea legii 98/2016 privind achizițiile publice. Chestionarul folosit a fost unul standardizat, conținând atât întrebări închise cu variante de răspuns predefinite, cât și întrebări deschise.

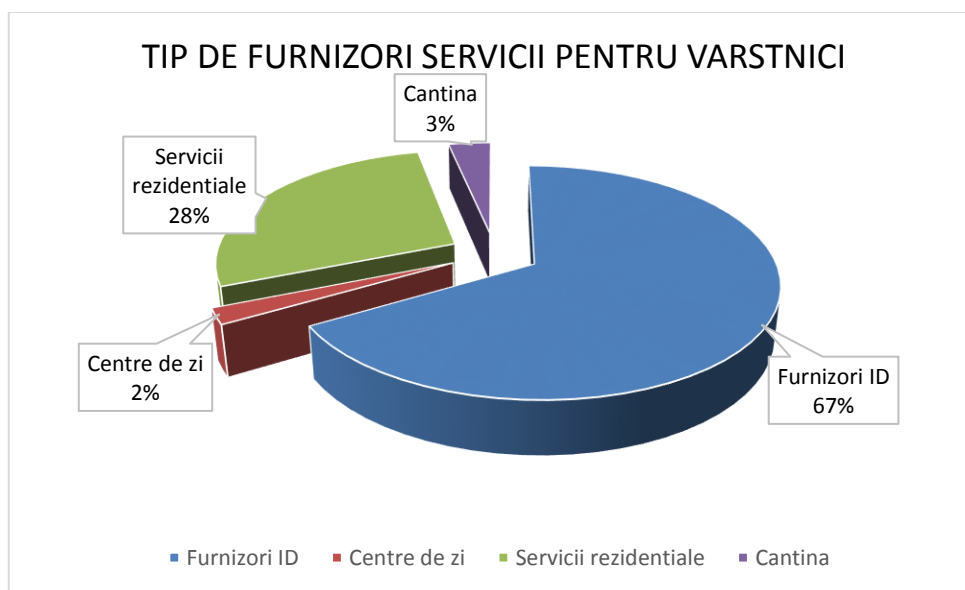
S-a urmat colectarea următoarelor tipuri de informații:

- Tipul de servicii pentru varstnici furnizat
- Măsura în care serviciile sunt finanțate din fonduri publice sau nu
- Mecanismele de finanțare utilizate
- Cunoșterea și aplicarea prevederilor legii 98/2016 privind achizițiile publice
- Care sunt cauzele care împiedică utilizarea pe scară largă a legii 98/2016
- Cauzele pentru care, în viziunea ONG-urilor furnizoare de servicii pentru varstnici, autoritățile publice locale nu utilizează legea 98/2016 pentru a achiziționa servicii pentru persoanele varstnice
- În ce măsură ONG-urile furnizoare de servicii pentru varstnici au participat sau nu la proceduri de licitație pentru achiziția de servicii sociale pentru persoane varstnice
- Motivele pentru care ONG-urile nu utilizează mai mult Legea 98/2016
- Ce procedură de achiziție au utilizat ONG-urile care au achiziționat servicii sociale pentru persoanele varstnice
- Măsura în care utilizarea Legii 98/2016 de către autoritățile locale ar contribui la creșterea capacității unității sociale adresate varstnicilor, creșterea calității serviciilor adresate varstnicilor, dezvoltarea unor servicii noi, asigurarea continuității serviciilor
- Care ar fi în viziunea ONG-urilor furnizoare de servicii pentru persoane varstnice impactul neutilizării mecanismului Legii 98/2016 de către autoritățile publice asupra: numărului de servicii furnizate persoanelor varstnice, numărului de beneficiari, dezvoltării de alte servicii producătoare de venituri, reducerii personalului ONG-urilor, încărcării personalului cu sarcini multiple, reducerii calității serviciilor furnizate, închiderii activității unor ONG-uri
- Propunerile ONG-urilor pentru utilizarea Legii 98/2016 într-o măsură mai mare
- Nevoia de instruire a personalului ONG-urilor în domeniul achizițiilor publice cu precădere utilizarea Legii 98/2016.

Pe baza unor cercetari anterioare si pe baza datelor culese pana la acest nivel de analiza, s-a pornit in desig-nul cercetarii de la urmatoarele ipoteze:

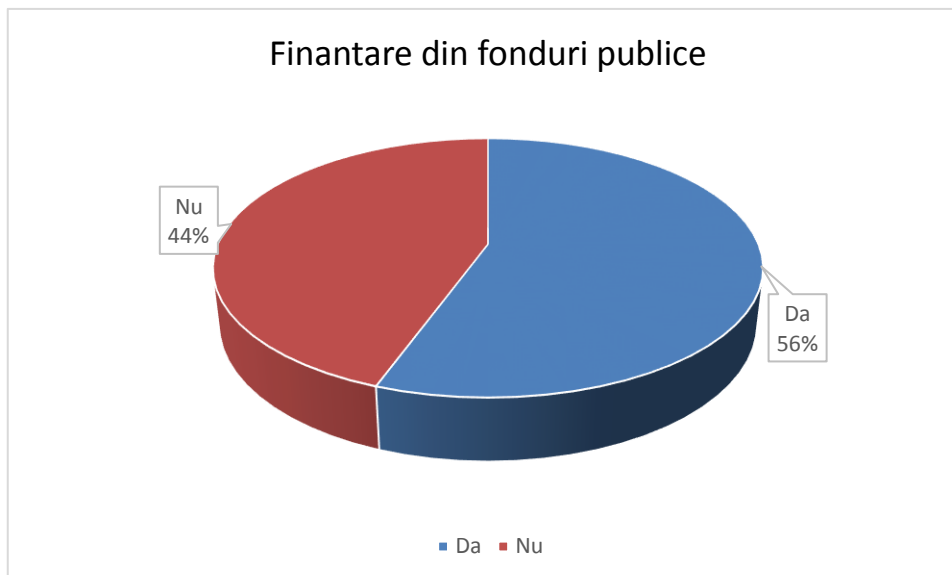
- Furnizorii ONG de servicii pentru persoanele varstnice utilizeaza intr-o mica masura prevederile Legii 98/2016
- Autoritatile locale nu utilizeaza decat intr-o mica masura Legea 98/2016 pentru achizitia de servicii sociale
- Motivul pentru care ONG-urile nu utilizeaza acest mecanism este acela ca nu exista experti la nivel de organizatie pentru a-l utiliza
- Achizitia de servicii sociale pentru persoanele varstnice nu constituie o prioritate pentru autoritatile locale
- Profesioniștii din ONG-uri au nevoie de instruire in ceea ce priveste achizitia de servicii sociale prin intermediul Legii 98/2016.

Au fost solicitati sa raspunda la chestionar, un numar de 520 de ONG-uri furnizoare de servicii pentru persoane varstnice identificate cu adresa de mail valida in baza de date a Ministerului Muncii, dintre care au raspuns 90. Din 90 de respondenti, 60 sunt furnizori de servicii de ingrijire la domiciliu, 2 furnizori de servicii tip centru de zi, 25 sunt furnizori care au dezvoltat centre rezidentiale, 3 sunt furnizori de servicii tip cantina.

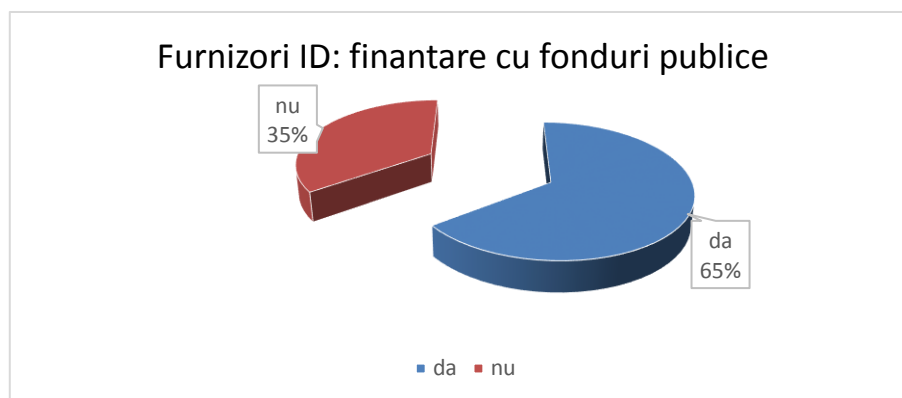


Astfel, din analiza raspunsurilor la intrebarile inchise si deschise din chestionar, au reiesit urmatoarele date:

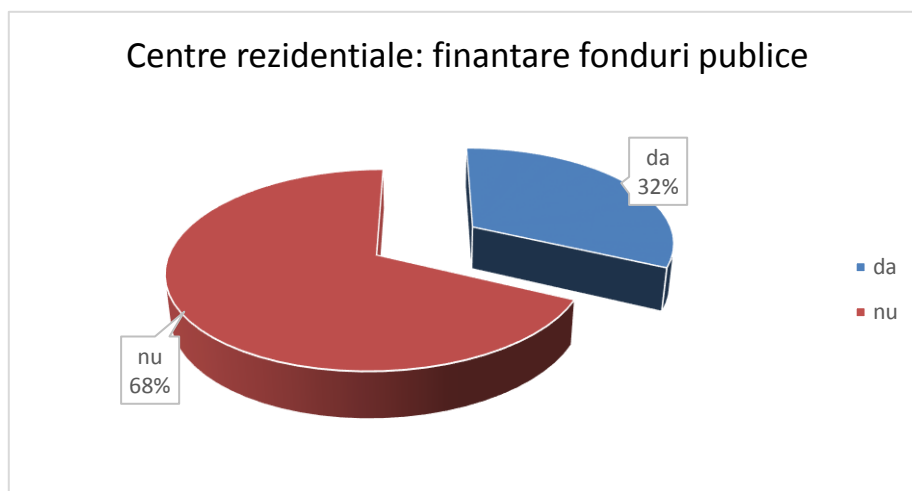
1. Dintre cei 90 de furnizori ONG de servicii pentru persoane varstnice, 50 au declarat ca au finantare din fonduri publice iar 40 nu.



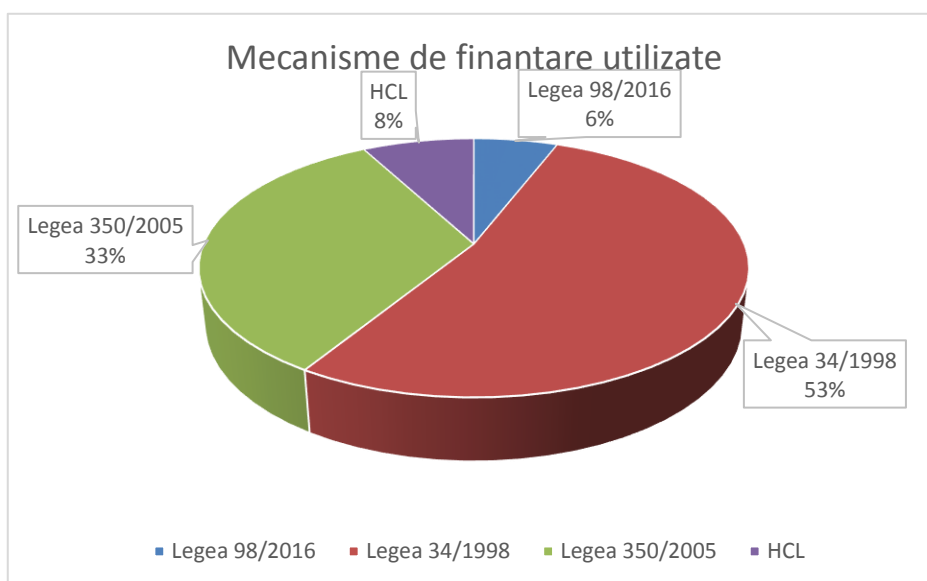
Daca facem o analiza la nivelul furnizorilor de ingrijire la domiciliu, observam o usoara crestere a procentului de finantare din fonduri publice fata de procentul general al ONG-urilor.



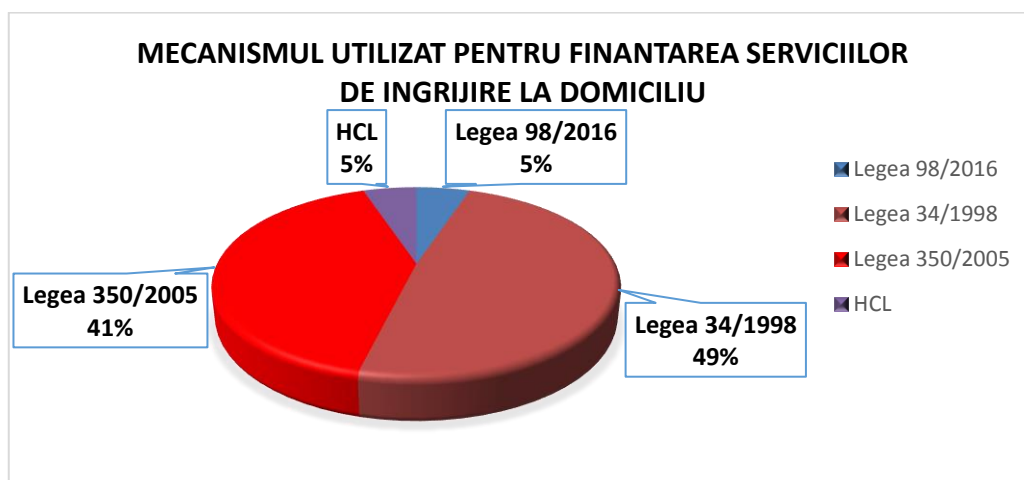
În ceea ce privește furnizorii care au dezvoltat centre rezidențiale, observăm clar creșterea procentului furnizorilor care nu au fonduri publice pentru serviciile pe care le furnizează, aspect care reiese și din interviurile realizate cu reprezentanții unor astfel de furnizori.



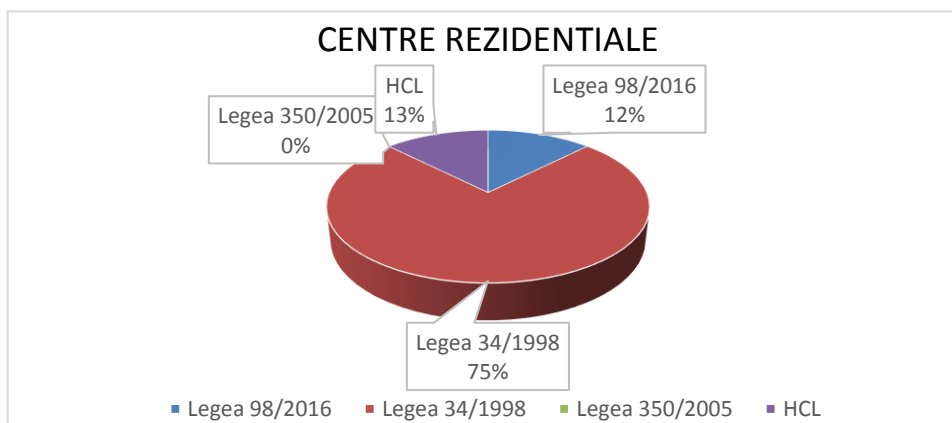
2. La întrebarea referitoare la **mecanismul de finanțare utilizat pentru susținerea serviciilor sociale**, predominant este **Legea 34/1998**.



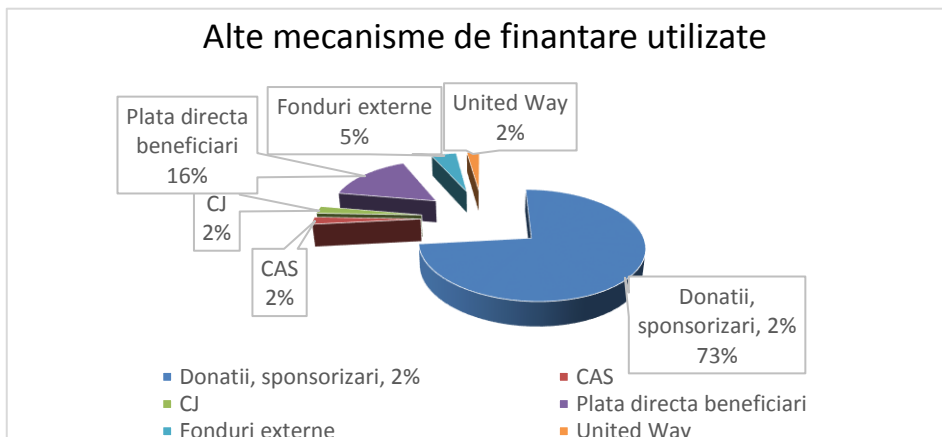
Daca ne referim la furnizorii de ingrijiri la domiciliu, observam ca patternul general se pastreaza inasa, diferenta de procent intre furnizorii care utilizeaza Legea 34/1998 si cei care folosesc Legea 350/2005 este mai mica.



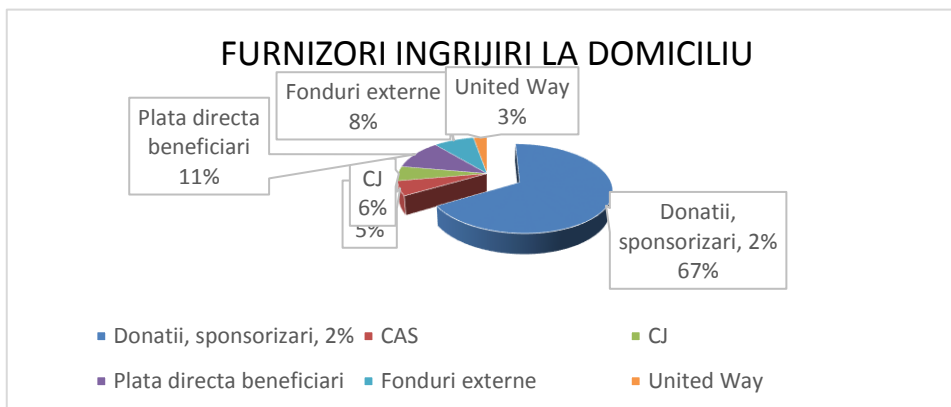
Furnizorii care furnizeaza serviciu rezidential utilizeaza cu precadere tot Legea 34/1998, si nici unul dintre respondenti nu urilizeaza Legea 350/2005



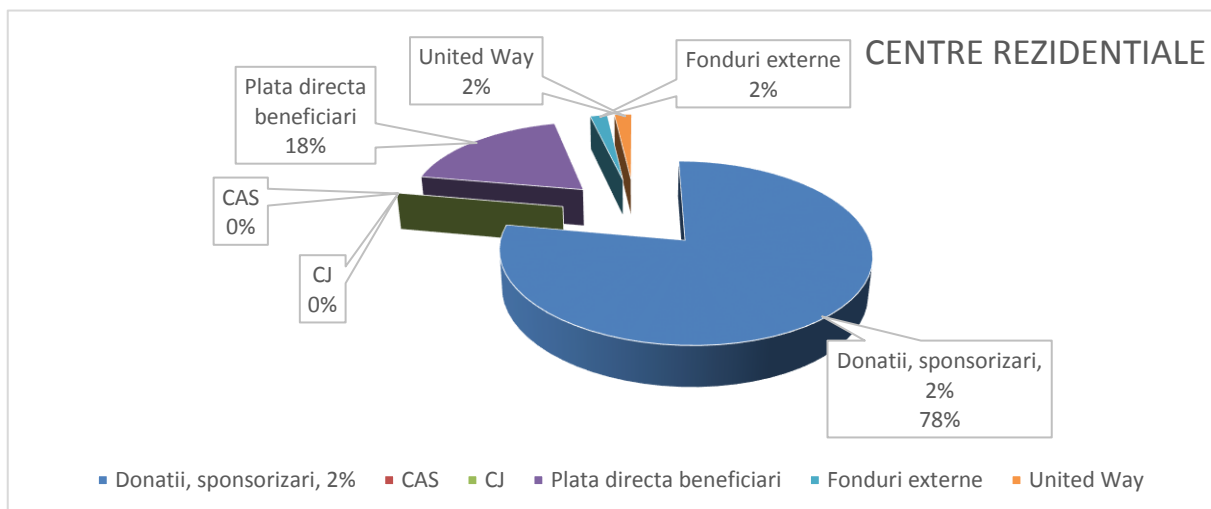
3. Alte mecanisme de finantare utilizate:



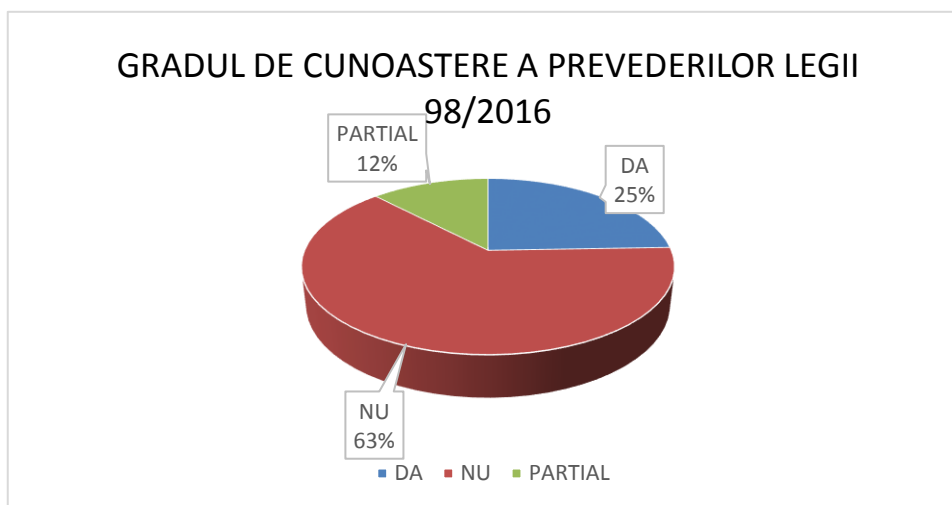
Observam ca fondurile din donatii, sponsorizari si 2% ocupa cea mai mare pondere. Daca analizam furnizorii de ingrijire la domiciliu, patternul se pastreaza:



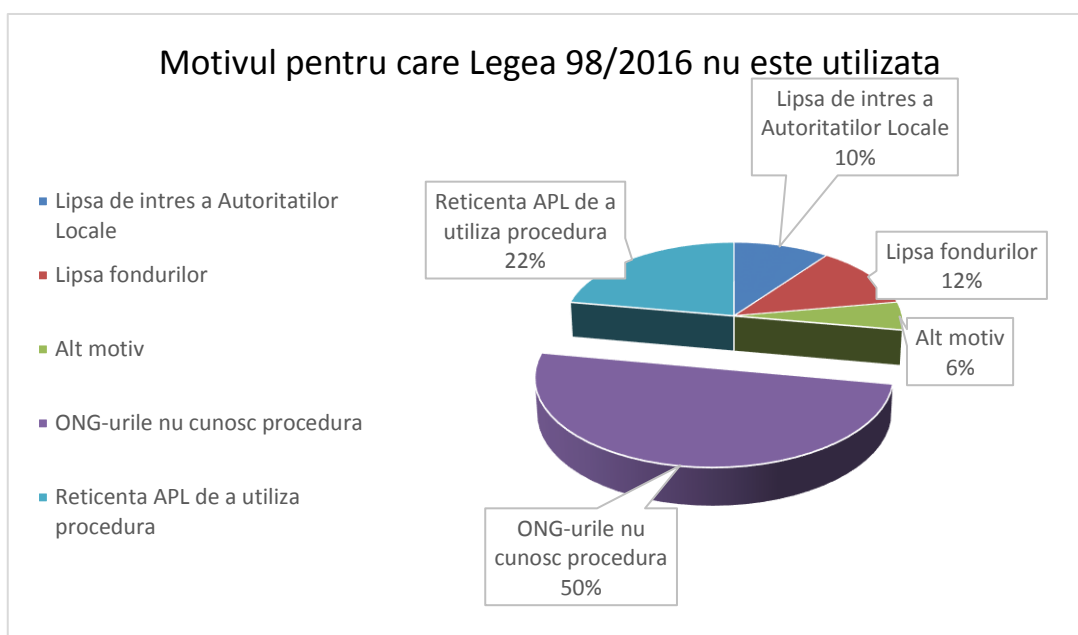
Furnizorii care au dezvoltat centre rezidentiale, utilizeaza in proportie mai mare fondurie din donatii, sponsorizai si contributia directa a beneficiarilor:



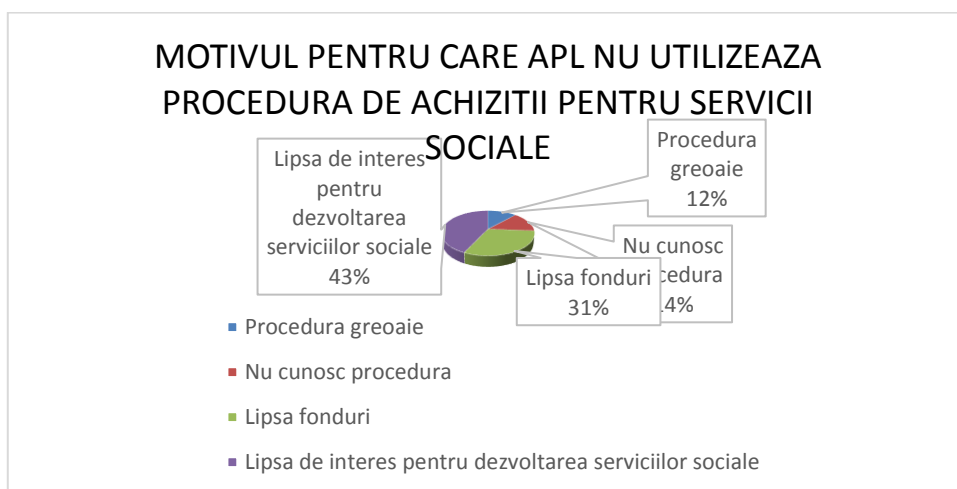
4. Intrebatii furnizorii daca cunosc prevederile Legii 98/2016, cei mai multi au declarat ca nu le cunosc.



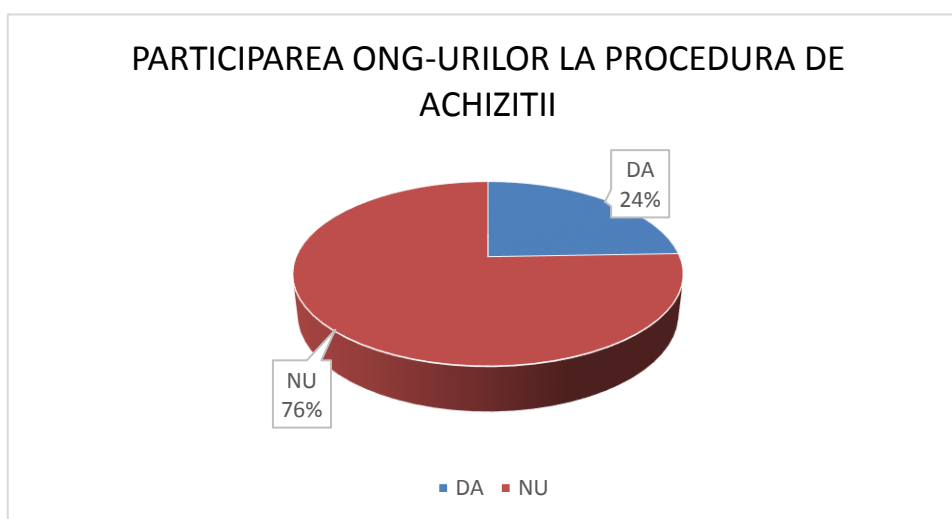
5. In legatura cu motivele pentru care cred furnizorii ca Legea 98/2016 nu este utilizata pentru achizitia de servicii pentru persoane varstnice, predominant este acela ca reprezentantii ONG-urilor nu cunosc procedura de aplicare.



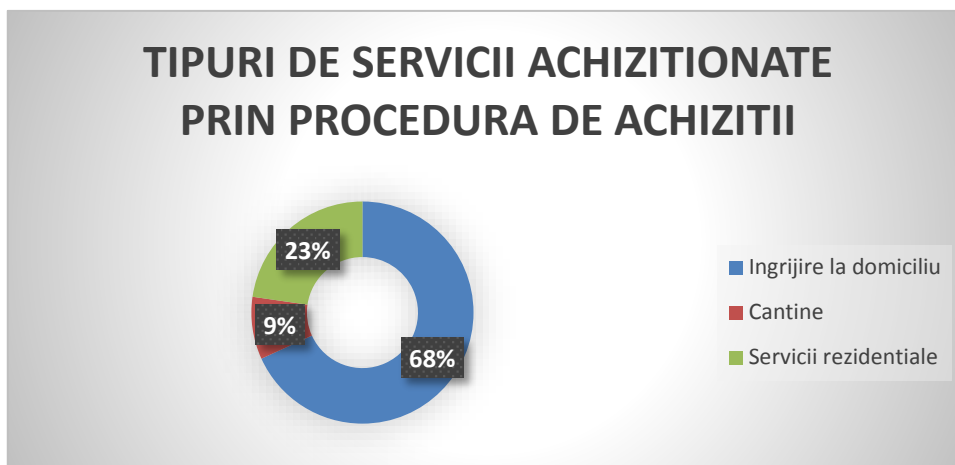
6. ONG-urile care au raspuns la chestionar au declarat ca motivul principal pentru care APL-urile nu utilizeaza Legea 98/1998 pentru a dezvolta serviciile sociale pentru persoanele varstnice pe raza lor teritoriala este lipsa de interes a acestora pentru acest grup vulnerabil.



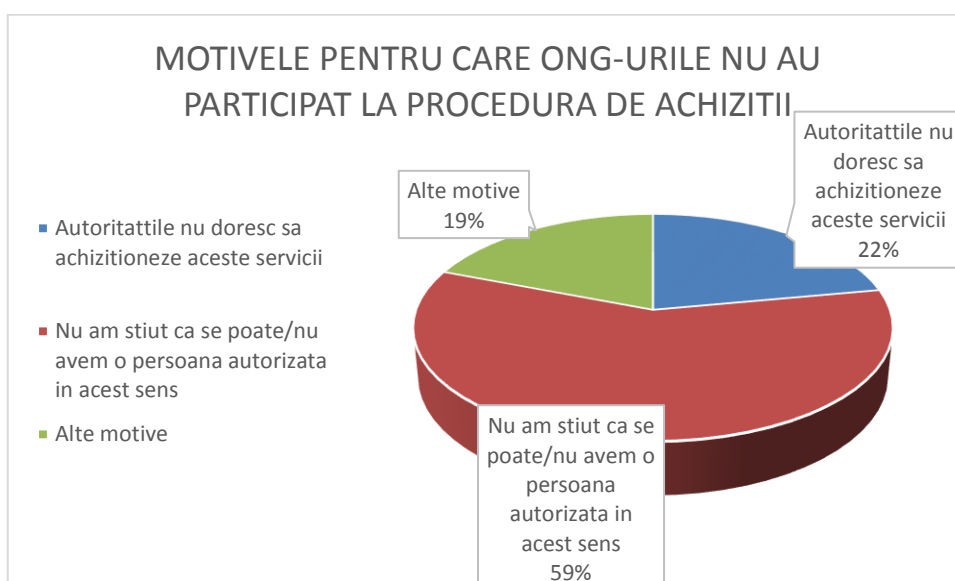
7. 76% dintre ONG-urile participante la studiu nu au participat la o procedura de achizitie pentru sustinerea serviciilor lor sociale.



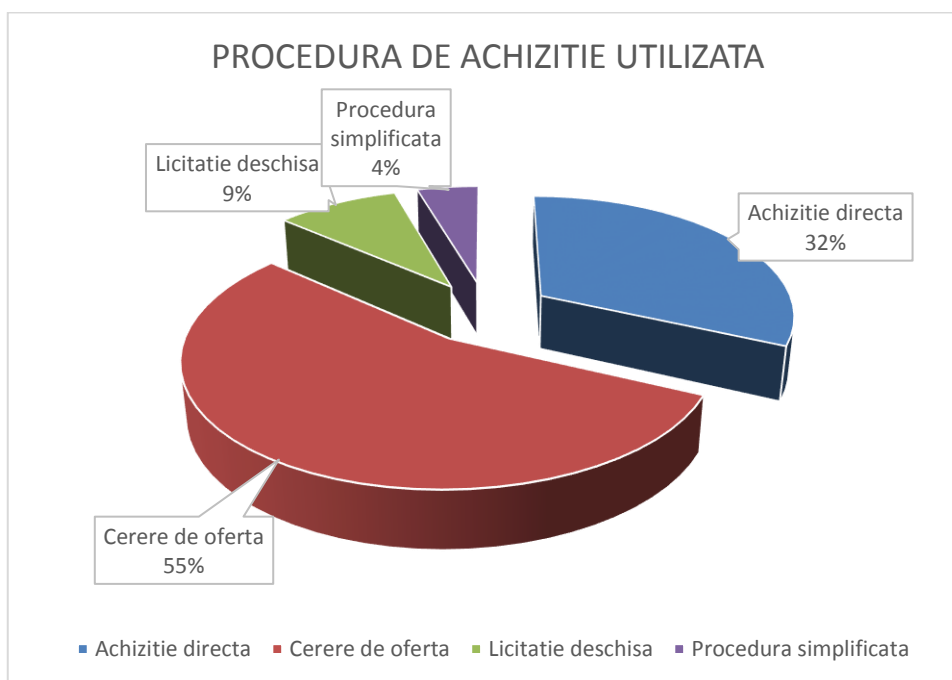
Dintre cei care au achiziționat servicii sociale pentru persoanele varstnice, furnizorii de îngrijiri la domiciliu reprezintă marea majoritate.



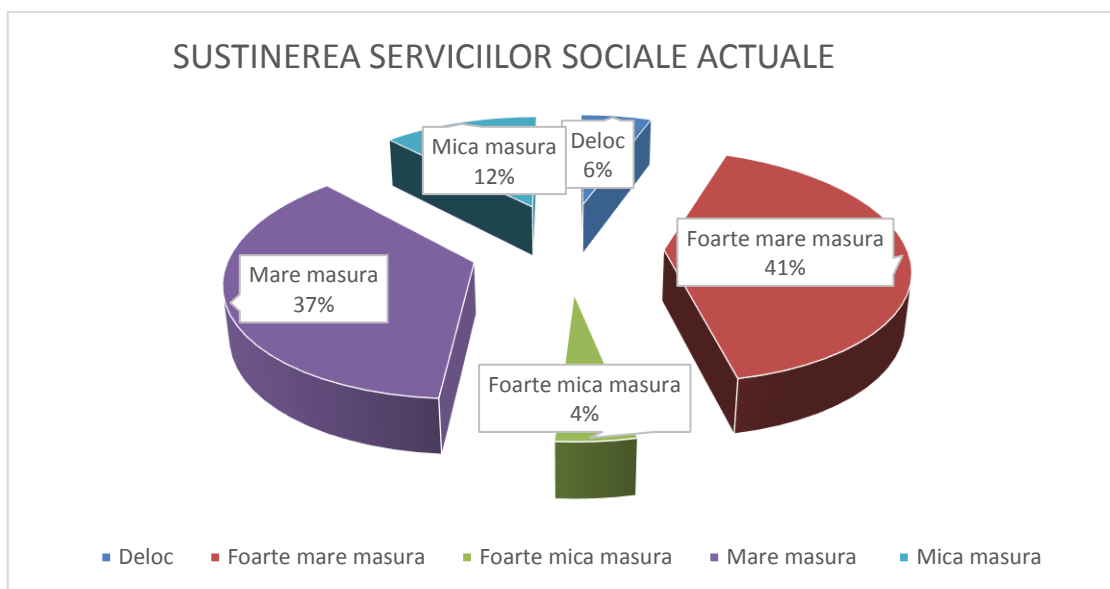
ONG-urile care nu au participat la proceduri de achiziții până în acest moment au motivat că nu au știut că se poate și nu au o persoană întruia în acest sens.



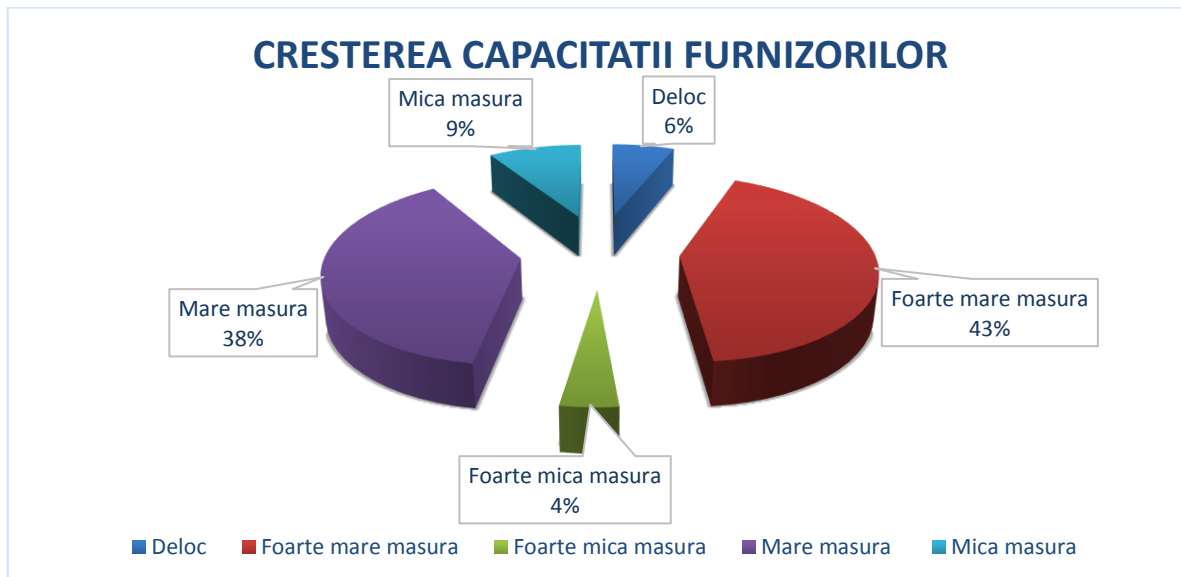
Ca procedura in derularea achizitiilor, ONG-urile care au achizitionat servicii sociale pentru varstnici au utilizat "cererea de oferta".



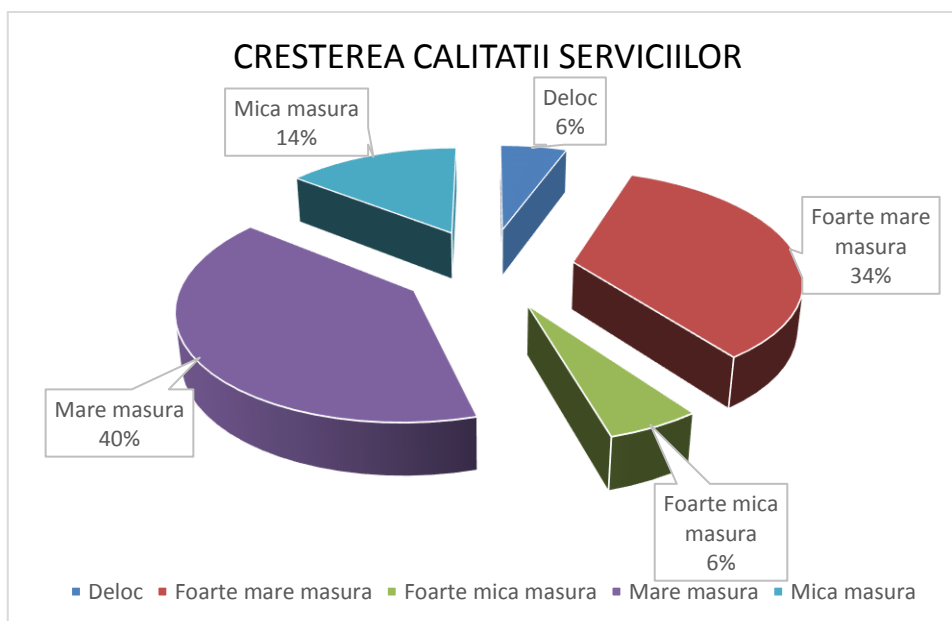
8. La intrebarea "În ce măsură utilizarea de către administrația publică locală a procedurilor de achiziție publică va permite SUSTINEREA SERVICIILOR ACTUALE adresate vârstnicilor actuale?" raspunsurile predominante au fost *in mare si in foarte mare masura*.



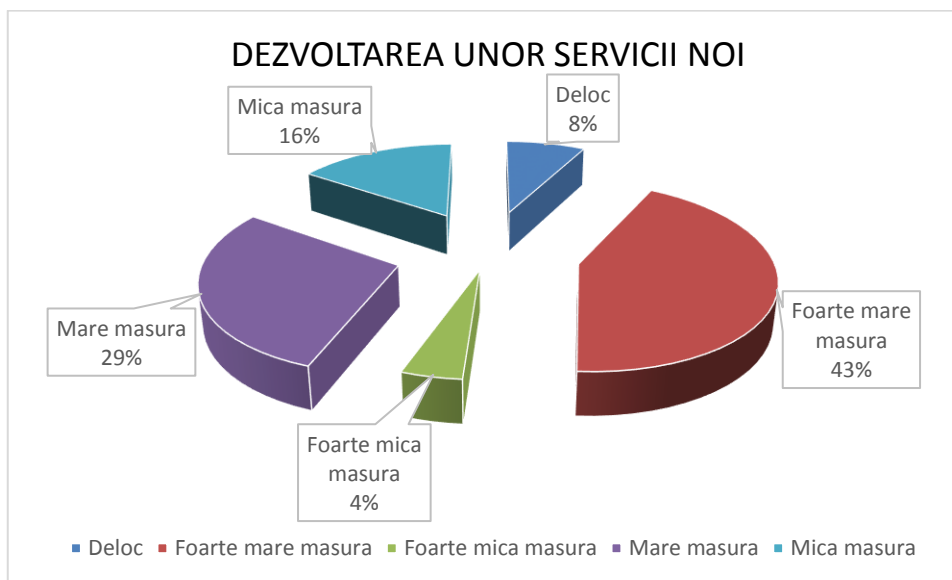
9. La întrebarea "În ce măsură utilizarea de către administrația publică locală a procedurilor de achiziție publică va permite CRESTEA CAPACITĂȚII UNITĂȚII SOCIALE adresate vârstnicilor?", răspunsurile predominante au fost *in mare si in foarte mare masura*.



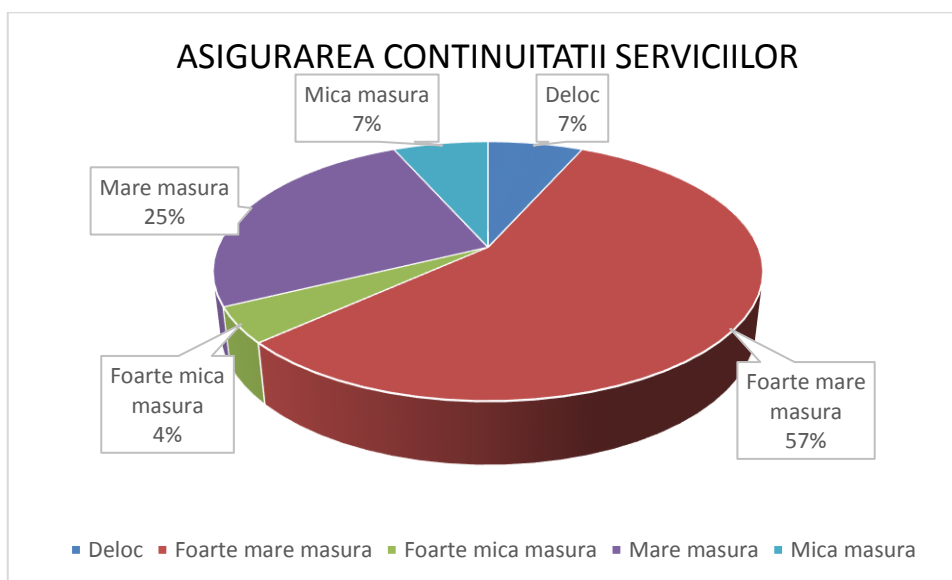
10. La întrebarea "În ce măsură utilizarea de către administrația publică locală a procedurilor de achiziție publică va permite CRESTEA CALITĂȚII SERVICIILOR destinate varstnicilor?", răspunsurile predominante au fost *in mare si in foarte mare masura*.



11. La întrebarea "În ce măsură utilizarea de către administrația publică locală a procedurilor de achiziție publică va permite DEZVOLTAREA UNOR SERVICII NOI?", răspunsurile predominante au fost *in mare si in foarte mare masura*.



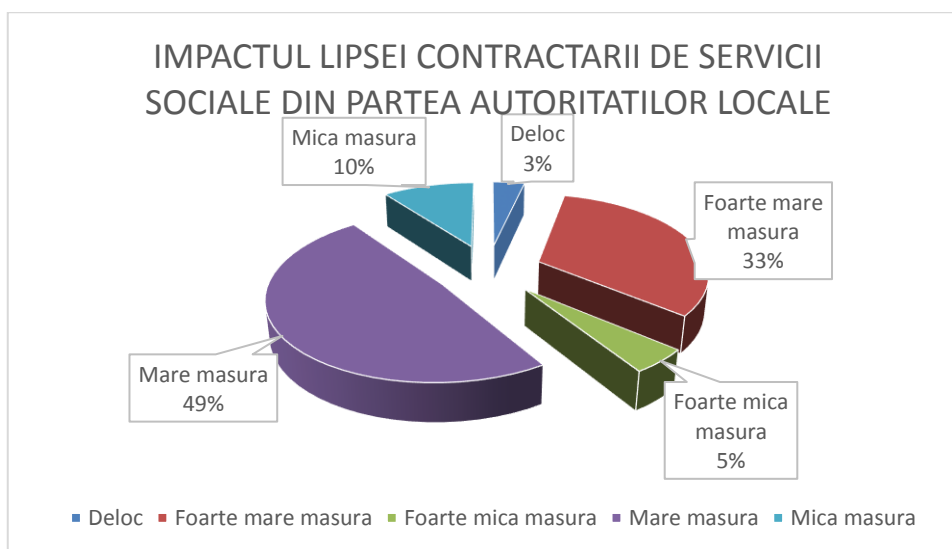
12. La întrebarea "În ce măsură utilizarea de către administrația publică locală a procedurilor de achiziție publică va permite CONTINUITATEA SERVICIILOR?", răspunsurile predominante au fost *in mare si in foarte mare masura*.



13. La întrebarea "Care sunt efectele negative ale neaplicării de către administrația publică locală a procedurilor de achiziție publică?" asupra:

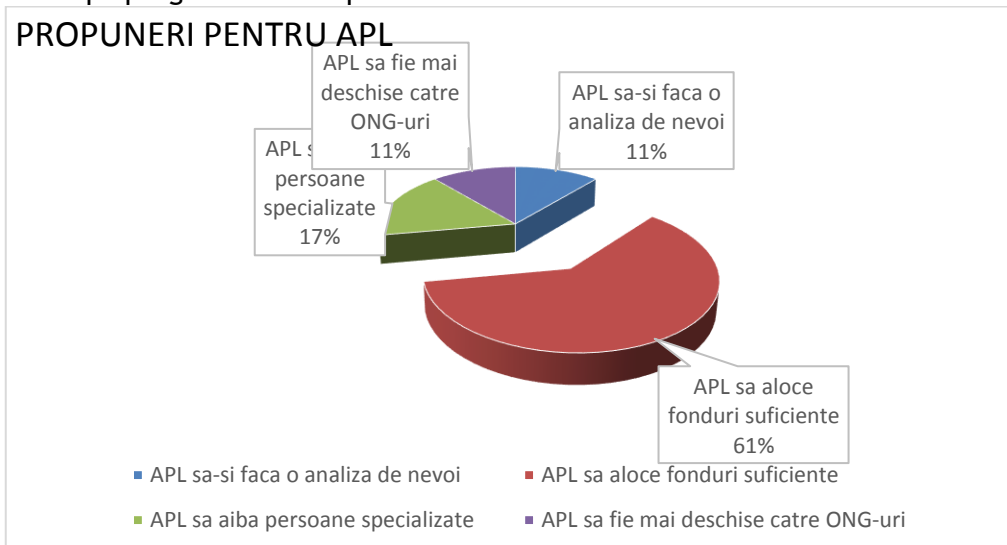
- reducerii numărului de servicii furnizate
- reducerii numărului de beneficiari
- dezvoltării de activități generatoare de venit
- reducerii personalului
- încărcării personalului cu sarcini multiple
- reducerii calității serviciilor oferite
- riscului de închidere a activității furnizorului

raspunsurile au fost clare: *in mare si in foarte mare masura*

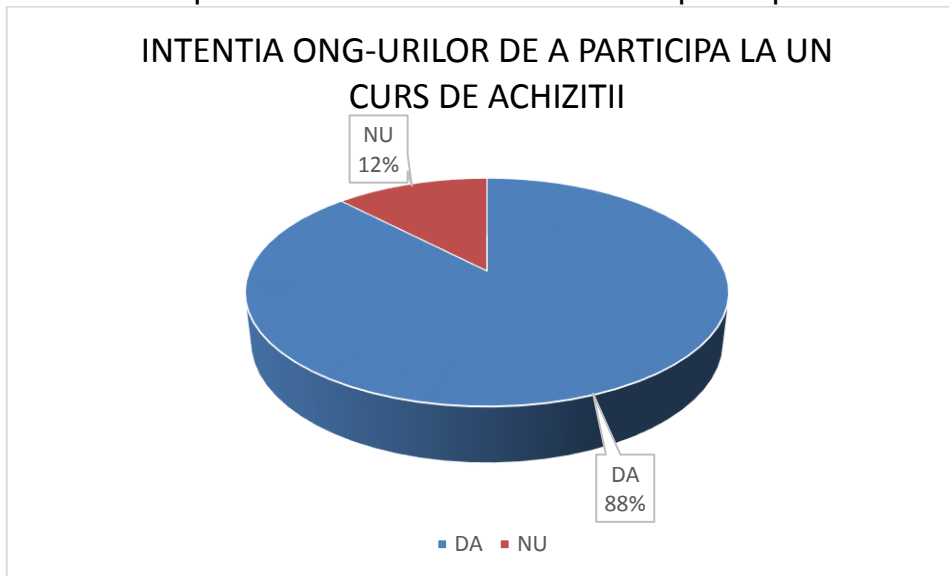


SINGURA DIFERENTA NOTABILA ESTE ACEEA CA ONG-URILE CHIAR DACA AUTORITATILE LOCALE NU UTILIZEAZA PROCEDURA DE ACHIZITII DE SERVICII SOCIALE, ACEST LUCRU ARE UN IMPACT MAI SCAZUT ASUPRA CALITATII SERVICIILOR OFERITE PERSOANELOR VARSTNICE.

14. Propunerile ONG-urilor pentru APL-uri in legatura cu cresterea interesului acestora pentru achizitia de servicii pentru persoanele varstnice s-au centrat mai ales pe alocarea unui buget dedicat si pe pregatirea unor specialisti din structurile APL care sa deruleze aceste proceduri.



15. 88% dintre respondenti au declarat ca doresc sa participe la un curs de achizitii.



Au fost realizate si un numar de **interviuri fata in fata sau telefonic cu 12 reprezentanti ai ONG-urilor** furnizoare de servicii de ingrijire la domiciliu care pe langa clarificarea si detalierea unor raspunsuri date in chestionarul aplicat, au mai fost rugati sa rapunda la urmatoarele intrebari:

1. Ce tip de servicii sociale furnizeaza organizatia din care faceti parte si ce finantari ati accesat pentru sustinerea acestora?
2. Cand va ganditi la organizatia din care faceti parte, ce propuneri de masuri concrete aveti pentru dezvoltarea ei si cum vedeti evolutia acesteia pentru urmatoorii 5 ani?
3. Ce tip de competente profesionale credeti ca mai are nevoie organizatia dvs. pentru a se dezvolta?
4. Cunoasteti prevederile legii achizitiilor 98/2016?
5. Ce tip de servicii considerati ca ar putea organizatia dvs. sa achizitioneze de la APL?
6. Au fost purtate discutii cu reprezentantii autoritatilor in acest sens? Cu ce rezultat?
7. Organizatia in care lucrati a achizitionat servicii sociale de la autoritatile locale? Daca da, dvs. ati lucrat la elaborarea documentatiei (acord cadru, contract, caiet de sarcini, oferte etc?)
8. Considerati ca un pachet legislativ tertiar in domeniul achizitiilor de servicii sociale este necesar pentru dezvoltarea acestor servicii in zona dvs?
9. Exista aspecte importante pe care acest pachet legislativ ar trebui sa le contina pentru a facilita procesul de achizitii pentru ONG-uri?
10. Ati dori sa faceti parte dintr-un grup de lucru destinat construirii unei propuneri de politica publica ce vizeaza achizitia de servicii sociale?

CONCLUZII

Pe baza raspunsurilor la chestionarul aplicat ONG-urilor furnizoare de servicii sociale si socio-medicale si in urma interviurilor realizate au reiesit urmatoarele aspecte relevante:

- Din totalul respondentilor 67% reprezinta furnizorii de ingrijiri la domiciliu si 28% sunt centre rezidentiale. Cei care furnizeaza servicii de centru de zi sau cantina nu au fost foarte interesati sa participe la studiu. O posibila explicatie ar fi numarul mai mare de furnizori de ingrijiri la domiciliu si respectiv centre rezidentiale fata de furnizorii de servicii in centre de zi sau cantine. Astfel, la 10.12.2018 existau pe site-ul Ministerului Muncii si Protectiei Sociale, ca furnizori licentiatii de servicii pentru persoane varstnice 216 pe Ingrijire la domiciliu, 113 cantine, 391 centre rezidentiale, 114 centre de zi: <http://www.mmuncii.ro/j33/index.php/ro/2014-domenii/familie/politici-familiale-incluziune-si-asistenta-sociala/4848>

- 56% dintre ONG-urile participante au declarat ca isi finanteaza o parte dintre servicii din fonduri publice, ceea ce reprezinta un pic mai mult de jumatate dintre ele.

- Dintre ONG-urile care au accesat fonduri publice, cele mai multe ofera servicii de ingrijiri la domiciliu. Un aspect foarte interesant care a reiesit atat din interviuri cat si din chestionare este legat de faptul ca furnizorii de ingrijiri la domiciliu **AU** accesat in proportie de 65% fonduri publice in timp ce centrele rezidentiale **NU** au accesat in proportie de 68% fonduri publice. Cei mai multi reprezentanti ai ONG-urilor care au dezvoltat centre rezidentiale, au declarat ca cele mai multe fonduri provin din contributiile beneficiarilor.

- Referitor la mecanismele de finantare utilizate, 53% dintre furnizori utilizeaza cu precadere Legea 34/1998, 35% Legea 350/2005, 8% parteneriat cu Consiliul Local prin HCL si numai 6% utilizeaza Legea 98/2016. In afara de aceste mecanisme, ONG-urile utilizeaza fonduri din contributia directa a beneficiarilor, existand si aici o diferenta intre furnizorii de ingrijire la domiciliu si centrele rezidentiale, respectiv 67% si 78%.

- Intrebati daca utilizeaza legea 98/2016 privind achizitiile publice, 63% dintre acestia au declarat ca nu utilizeaza acest mecanism iar 50% nu cunosc prevederile acestei legi.

- Intrebati despre motivul pentru care cred ca APL-urile nu utilizeaza acest mecanism, reprezentantii ONG-urilor au raspuns ca principalul motiv este *lipsa de interes pentru dezvoltarea serviciilor sociale destinate varstnicilor*, urmat de lipsa fondurilor special dedicate acestui scop.

- Intrebati despre motivul pentru care cred ca ONG-urile nu utilizeaza acest mecanism, reprezentantii acestora au raspuns ca principalul motiv este in proportie de 59% *lipsa unei persoane specializate in organizatie care sa se ocupe de achizitii si urmat in proportie de 22% de cei care cred ca APL-urile nu sunt interesate*.

- Tip de procedura utilizata ONG -urile au utilizat in proportie de 55% achizitia pe baza de cerere de oferta, 32 % achizitie directa, 9% licitatie deschisa si 4% procedura simplificata.

- Foarte putine ONG-uri utilizeaza legea 98/2016 pentru a achizitiona servicii sociale.

- Analiza datelor din chestionare indica faptul ca procedurile de lucru ale administratiei publice in domeniul contractarii sociale si al parteneriatului public-privat din punctul de vedere al usurintei in aplicare sunt slabe si foarte slabe.

CHESTIONARUL 2 a fost aplicat primăriilor din România atât din mediul urban cât și din mediul rural. Ca și chestionarul 1, acesta a fost întocmit astfel încât să permită colectarea unui număr cât mai mare de indicatori relevanți pentru analiză. **Anexa la finalul documentului.**

La chestionar au raspuns **392 primării din toate județele (41 județe) din țară**, din care:

- 20 municipii
- 31 orașe
- 341 comune

Nu am avut răspuns din partea primăriilor de sector din capitală.

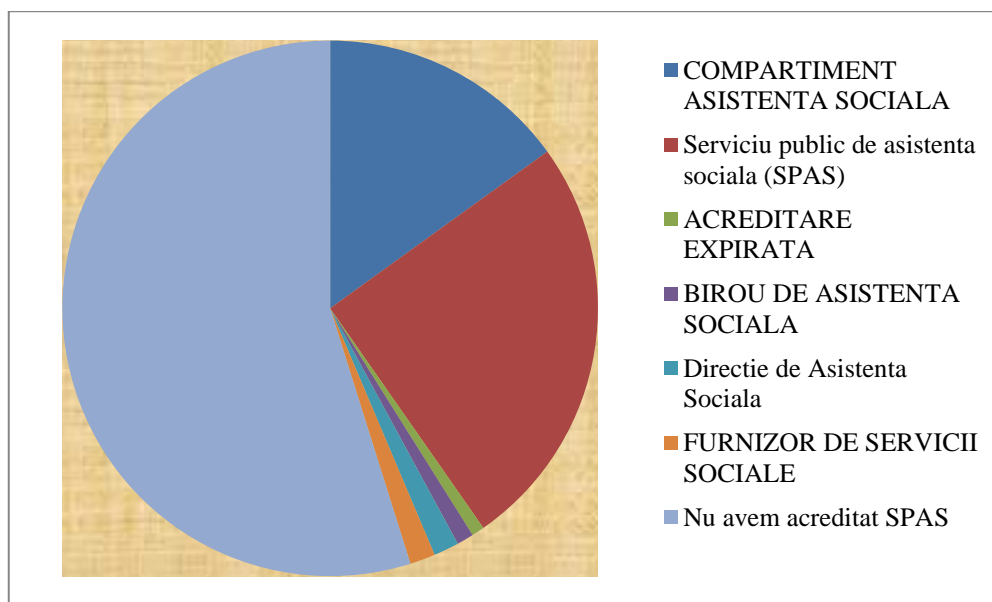
Interviuri au fost realizate cu 11 primării după criteriul:

- Primării care au achiziționat servicii sociale pentru anul 2018
- Primării care au achiziționat servicii sociale în anii anteriori, nu și în anul 2018
- Primării care nu au achiziționat niciodată servicii sociale

Luând în calcul totalul respondenților, situația acreditării serviciului social din cadrul Primăriei, este următoarea:

Servicii sociale acreditate în cadrul Primăriilor

- Compartiment asistență socială	59
- Serviciu public de asistență socială (spas)	99
- Acreditare expirată	3
- Birou de asistență socială	4
- Direcție de asistență socială	6
- Furnizor de servicii sociale	6
- Nu au acreditat SPAS	215
Total	392



Din totalul respondenților, doar 19% din primării au servicii sociale licențiate:

Servicii sociale licențiate în cadrul Primăriilor

- Adăpost de noapte	1
- Centru social pentru persoane cu nevoi speciale	1
- Consiliere și informare	1
- Cantină socială	6
- Furnizor servicii rezidențiale	7
- Furnizor servicii în centru de zi	28
- Furnizor servicii îngrijire la domiciliu	29
Total	73

Din cele 73 de primării care au servicii licențiate: cele mai multe dintre ele oferă servicii, o parte nu oferă servicii deoarece nu au fonduri, iar 2 primării acordă servicii de îngrijire, menaj și activități gospodărești cu implicarea persoanelor beneficiare de ajutor social.

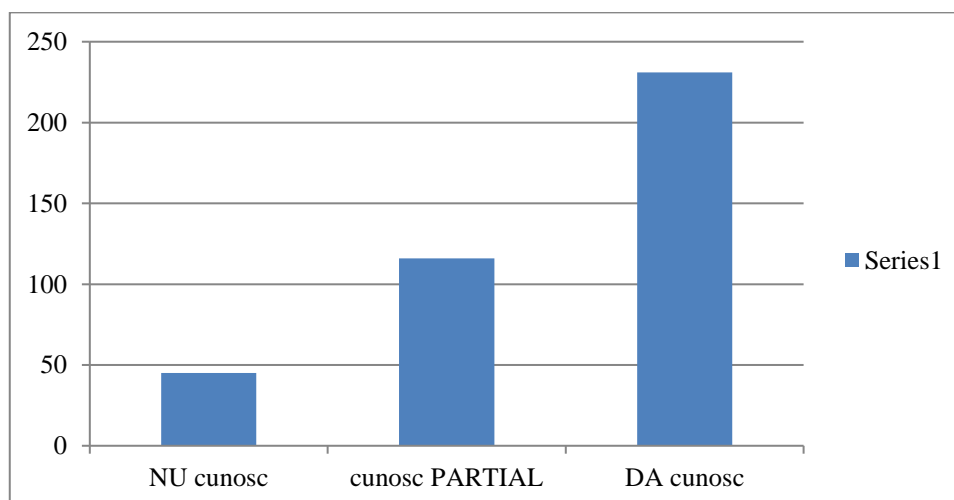
O altă situație de menționat este că: cel puțin 12 primării din respondenți, oferă servicii chiar dacă nu sunt licențiate.

Servicii realizate direct de Primării

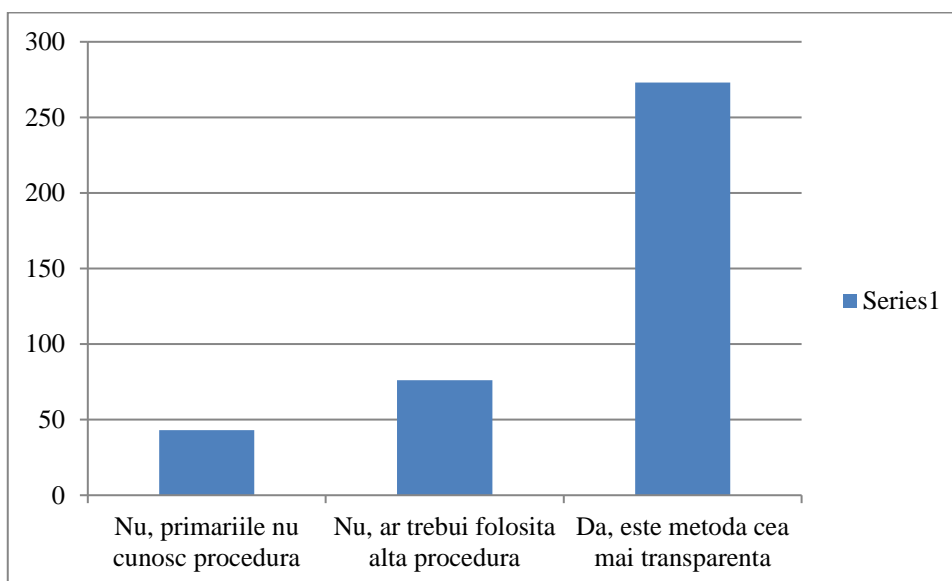
- Servicii de îngrijire la domiciliu	31
- Servicii în centrul de zi	35
- Servicii rezidențiale	10
- Cantină pentru persoane vârstnice	5
- Masă caldă la domiciliu	4
Total	85

Identificarea nevoilor din punctul de vedere al grupului țintă - Primării

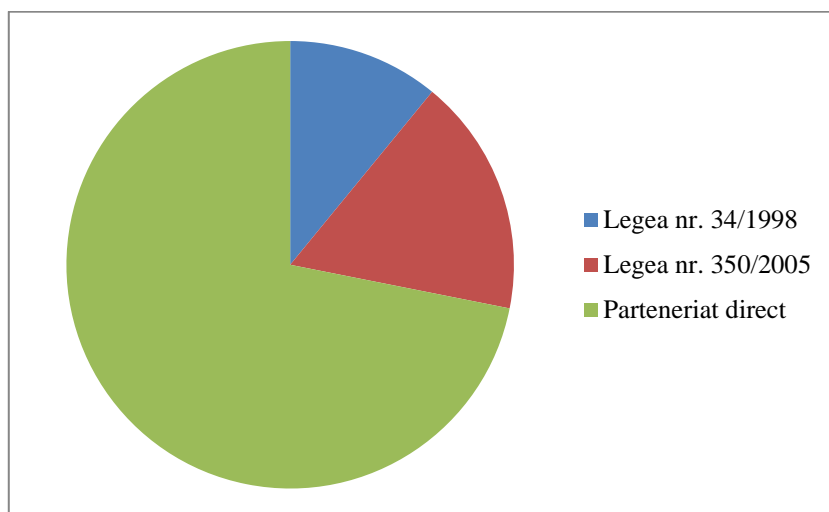
În ceea ce privește cunoașterea de către Primării a prevederilor legale referitoare la achizițiile publice (Legea nr. 98/2016 HG nr. 395/2016), 11.48% nu cunosc care sunt prevederile, 29.59% cunosc parțial și 58.93% cunosc această lege.



69.64% din Primării consideră că ar trebui folosită procedura de achiziții publice de servicii sociale ca fiind metoda cea mai eficientă.

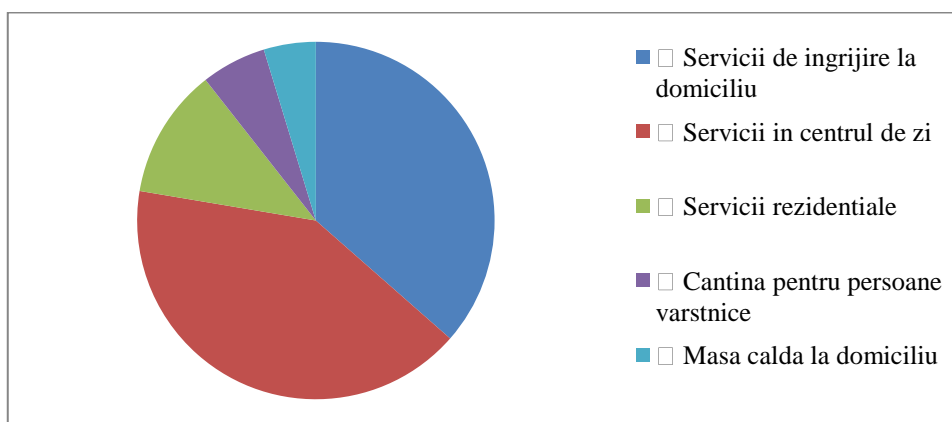


19.39% din Primării consideră că ar trebui folosită altă procedură

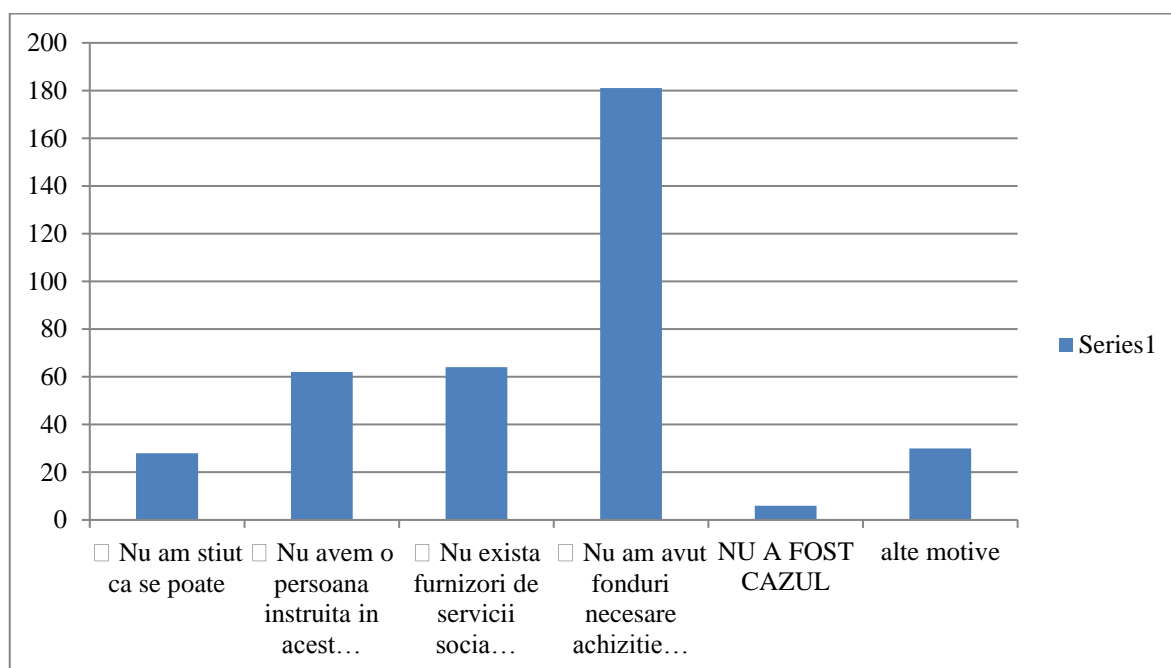


88.27% din Primăriile care au răspuns la chestionar, nu au participat la achiziția de servicii sociale.

60 de Primării au achiziționat servicii sociale, proporția fiind reprezentată în imaginea de mai jos:



46 % din Primării nu au participat la achiziția publică de servicii sociale, deoarece nu au avut fonduri.



Din 83 Primării care au făcut achiziții publice de servicii sociale, procedura care a fost utilizată a fost:

- Achiziție directă - 54 Primării
- Cerere de ofertă - 20 Primării
- Procedură simplificată - 7 Primării
- Licitație deschisă - 2 Primării

În jur de 50% dintre Primării consideră că, utilizarea de către Administrația Publică Locală a procedurilor de achiziție publică pentru servicii sociale, va permite:

- ✓ Oferirea de servicii unui număr mai mare de persoane vârstnice

- ✓ Creșterea calității serviciilor
- ✓ Dezvoltarea unor servicii noi
- ✓ Acordarea serviciilor fără întrerupere
- ✓ Susținerea serviciilor actuale

Ceilalți respondenți sunt sceptici și consideră că nu Legea achizițiilor publice este cea care rezolvă susținerea și dezvoltarea serviciilor sociale.

În ceea ce privește dezvoltarea serviciilor pentru persoane vârstnice pe care Primăriile doresc să le înființeze/dezvolte în comunitate, acestea sunt (în ordinea importanței lor):

- ✓ Servicii de îngrijire la domiciliu
- ✓ Servicii în centrul de zi
- ✓ Masă caldă la domiciliu
- ✓ Cantină pentru persoane vârstnice
- ✓ Servicii rezidențiale
- ✓ Altele (centre de zi pentru copii, centre de zi pentru persoane vârstnice, servicii medicale la domiciliu, centre rezidențiale vârstnici, cantine sociale, centre de consiliere etc)

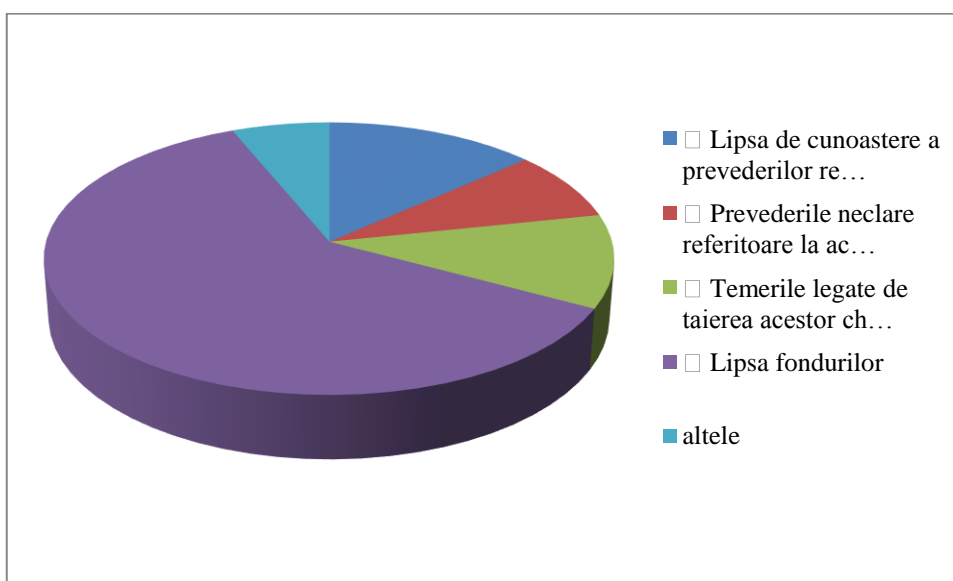
Aproximativ 30% din respondenți consideră că efectele negative ale neaplicării de către Administrația Publică Locală a procedurilor de achiziție publică, poate avea efecte negative, precum (în ordinea importanței lor):

- ✓ Încărcarea personalului cu sarcini multiple
- ✓ Reducerea numărului de servicii furnizate
- ✓ Reducerea calității serviciilor oferite
- ✓ Nevoia de a dezvolta alte activități aducătoare de venituri
- ✓ Reducerea numărului de beneficiari
- ✓ Reducerea personalului
- ✓ Închiderea activității

Ceilalți consideră că toate aspectele legate de serviciile sociale (reducerea activității, înființarea/dezvoltarea serviciilor etc.) nu țin de Legea achizițiilor publice, ci de alocările bugetare și de aplicarea unitară a legilor.

Motivul principal pentru care Administrația publică locală utilizează, într-o foarte mică măsură, prevederile privind achizițiile publice pentru servicii sociale, este lipsa fondurilor.

Printre **alte motive** enumerate, regăsim: lipsa furnizorilor, nu dețin servicii licențiate și termenul de încheiere a contractelor.



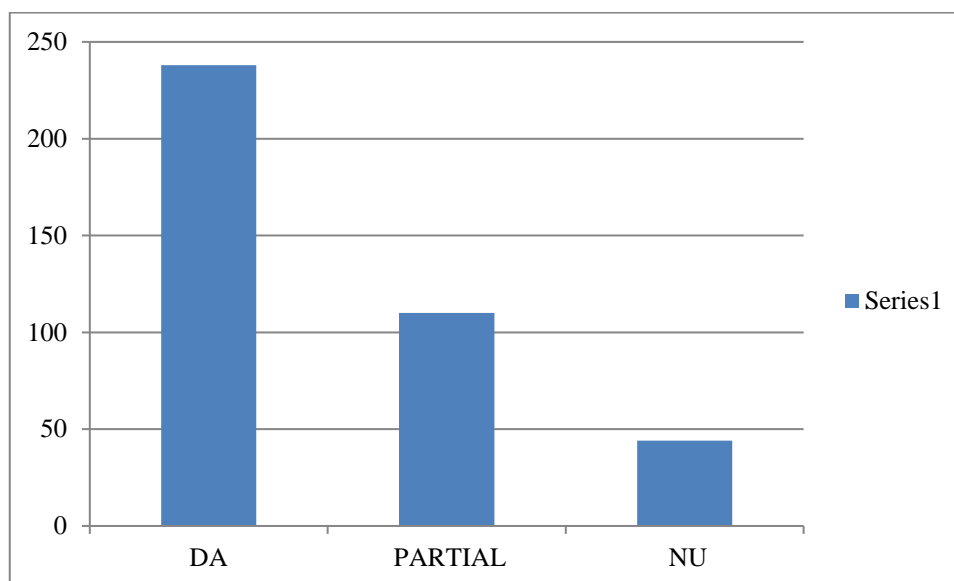
Principalele prevederi referitoare la achizițiile serviciilor sociale care sunt considerate neclare de către respondent sunt:

- ✓ Lipsa fondurilor
- ✓ Accesarea de fonduri disponibile
- ✓ Activitățile concrete ce se pot presta pentru îngrijire la domiciliu
- ✓ Cadrul legislativ
- ✓ Nu există posibilitatea practică de achiziționare a acestor servicii; este reglementată de lege, dar nu se aplică datorită lipsei posibilității din SEAP
- ✓ Atribuirea contractelor de achiziții publice având ca obiect serviciile sociale
- ✓ Atribuirea contractului de achiziții publice pentru servicii de îngrijire la domiciliu pe perioadă multianuală
- ✓ Calculul valorii estimate, contestațiile privind atribuirea contractelor și participarea la licitații
- ✓ Prevederile art. 111 alin. (2) din Legea 98/2016
- ✓ Prevederile neclare referitoare la achizițiile serviciilor sociale
- ✓ Procedura simplificată
- ✓ Proceduri de durată prea mare
- ✓ Regimul juridic al clădirilor unde urmează să se înființeze serviciile sociale
- ✓ Rezervarea serviciilor unor operatori economici
- ✓ Simplificarea lor
- ✓ Complexitatea documentelor necesare pentru începerea unor activități de servicii sociale
- ✓ Nu există o lege specifică a achizițiilor în domeniul asistenței sociale
- ✓ Confuzia creată între noțiunile de servicii contractate și servicii achiziționate
- ✓ Toate intrucât nu avem specialiști în cadrul instituției pe achiziții publice
- ✓ Toate sunt clare, dar lipsesc fondurile necesare
- ✓ Desfășurarea anevoioasă, termene
- ✓ Întreaga procedură
- ✓ Trebuie specificat clar în lege cine face achiziția, în cazul UAT mari, cu DAS cu personalitate juridică

Primăriile consideră că, pentru ca prevederile referitoare la achizițiile serviciilor sociale din **Legea achizițiilor publice să fie implementate într-o mai mare măsură** de către Administrația Publică, ar trebui (în ordinea importanței):

- ✓ Alocare de fonduri
- ✓ Cursuri de perfecționare
- ✓ Informare corespunzătoare și instruirea periodică a persoanelor desemnate cu achizițiile publice,
- ✓ Norme clare, speciale pentru servicii sociale
- ✓ Să fie mai facile, cu grad de prioritate
- ✓ Să fie mai ușor de accesat
- ✓ Să fie simplificate procedurile
- ✓ Temei legal clar/ o mai bună elaborare a legislației
- ✓ Termene mai scurte pentru evaluări
- ✓ Simplificarea legislației
- ✓ Să existe personal instruit pe acest domeniu
- ✓ Să fie sprijinită Administrația Publică Locală
- ✓ O implicare mai mare
- ✓ Să existe interes și dorința de a înființa servicii sociale
- ✓ Ajutor specializat (o persoană pregătită în domeniu) pe toată perioada implementării serviciului

✓ Controale mai dese
În ceea ce privește **nevoia de instruire** a personalului implicat în achiziții/ achiziții servicii sociale **61% din respondenți consideră ca au nevoie de instruire.**



Trebuie menționat că, atât respondenții chestionarelor, cât și participanții la interviurile individuale, au subliniat că principala problemă legată de achiziția de servicii sociale, este lipsa fondurilor.

Problemele care apar sunt:

- întreruperea serviciilor;
- lipsa continuității;
- descurajarea furnizorilor în oferirea/ dezvoltarea serviciilor sociale;
- descurajarea personalului de a lucra în acest domeniu (nesiguranța locului de muncă);
- descurajarea primăriilor în achiziționarea serviciilor sociale;
- presiuni din partea comunității;
- lipsa alternativelor legate de îngrijirea persoanelor vârstnice.

Primăriile doresc să achiziționeze servicii sociale (prioritar servicii de îngrijiri la domiciliu) și consideră că principalele avantaje sunt:

- furnizarea serviciilor de către personal calificat;
- primăriile ar plăti mai puțin;
- persoanele vârstnice ar fi îngrijite în mediul lor ("căsuța lor");
- persoanele vârstnice ar beneficia de servicii profesionale și de un sfârșit demn (nu ar mai sta la mila vecinilor - dacă există).

Primăriile doresc ca serviciile să fie acordate de furnizori privați, deoarece calitatea serviciilor ar fi ridicată, iar serviciile nu ar fi politizate.

OBSERVATII

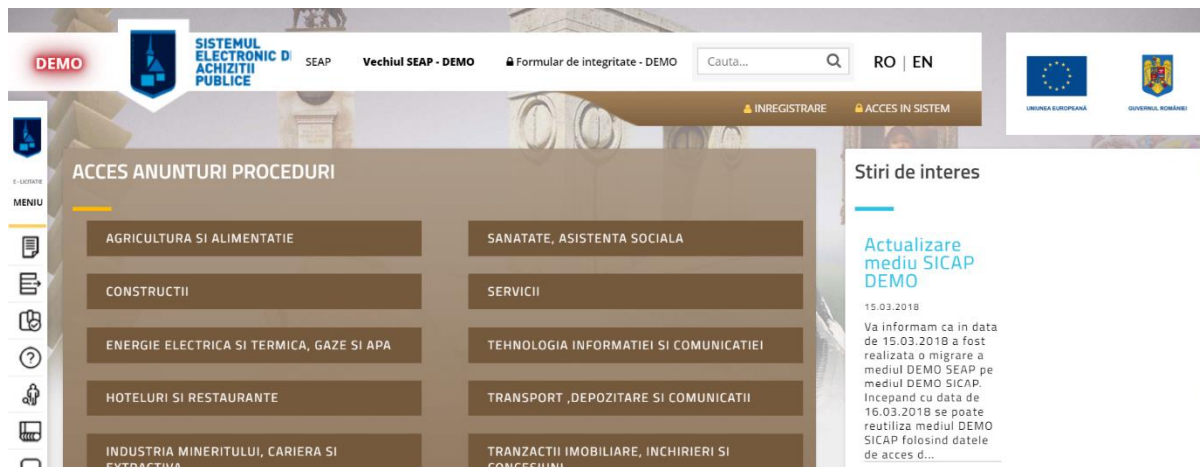
În urma analizei răspunsurilor primite atât de la reprezentanții ONG-urilor cât și de la cei ai APL-urilor, se pot sublinia următoarele aspecte importante referitoare la situația achizițiilor de servicii sociale:

- Dacă ONG-urile au raportat în proporție de 69% că nu cunosc deloc sau cunosc parțial prevederile Legii 98/2016, reprezentanții APL cunosc această lege în proporție de 58,93%
- Deși APL-urile cunosc această lege, nu o aplică în achiziția de servicii sociale.
- Atât ONG-urile cât și APL-urile invocă motivul LIPSEI FONDURILOR și NORMELE NECLARE ale legii în relație cu dificultatea achiziției serviciilor sociale.
- Ambele "parti" spun că nu au persoane specializate în instituție care să se ocupe de achiziția de servicii sociale pentru persoanele vârstnice.

6. SITUAȚIA ACHIZITIILOR DE SERVICII SOCIALE PENTRU PERSOANE VÂRSTNICE ÎN ROMANIA

SICAP este o platformă de achiziții publice care înlocuiește vechea platformă SEAP.

Conform site-ului aadr.ro, SICAP a apărut ca: "Urmare a proiectului cofinanțat prin Fondul European de Dezvoltare Regională de extindere a S.E.A.P. denumit "Sistem informatic colaborativ pentru mediu performant de desfășurare al achizițiilor publice (S.I.C.A.P.)".



Potrivit legislației în vigoare, serviciile de îngrijire la domiciliu, fie că sunt medicale sau pot fi oferite de furnizori privați de servicii socio-medicale, acestea fiind contractați ca urmare a unei licitații care se organizează pe platforma de achiziții SICAP.

Potrivit Catalogului Electronic SICAP, cu o ultimă actualizare la finalul anului 2018 existau 4 furnizori distincți de servicii sociale și socio-medicale de îngrijire la domiciliu, care au codurile CPV (85312400-3 - Servicii sociale neprestate de institutii rezidentiale (Rev.2)) :

- MIC V. MARIN
- FUNDATIA DE SPRIJIN COMUNITAR
- Cabinet individual de Asistenta Sociala - OvidiuHaidu
- ASOCIATIA ÎNGRIJIRE ACASA

Suplimentar, în catalogul SICAP, exista 2 furnizori care oferteaza servicii sociale destinate persoanelor vârstnice Cod CPV-(85311100-3 Servicii sociale pentru persoane în vârstă (Rev.2)),

- ASOCIAȚIA ÎNGRIJIRE ACASĂ
- Asociația "Organizația Caritas Satu Mare"

Deasemenea, exista și 3 ofertanți pentru codul CPV 85312100-0 - Servicii de centre de zi (Rev.2):

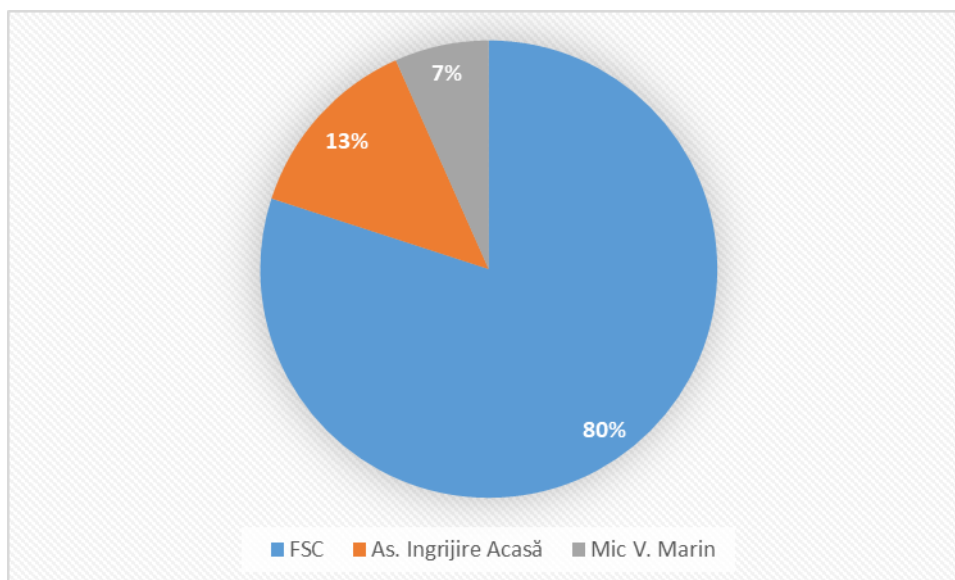
- Asociația Caritas - Asistenta Sociala" Filiala Organizatiei Caritas Alba Iulia (doua oferte)
- Asociația "Organizația Caritas Satu Mare" (o ofertă)

O altă categorie de servicii destinate persoanelor vârstnice este aceea de livrare de provizii, 85312200-1 - Livrare de provizii la domiciliu (Rev.2), unde sunt 2 ofertanți.

Practic, vorbim de 8 furnizori distincți de servicii medicale și socio-medicale de îngrijire la domiciliu.

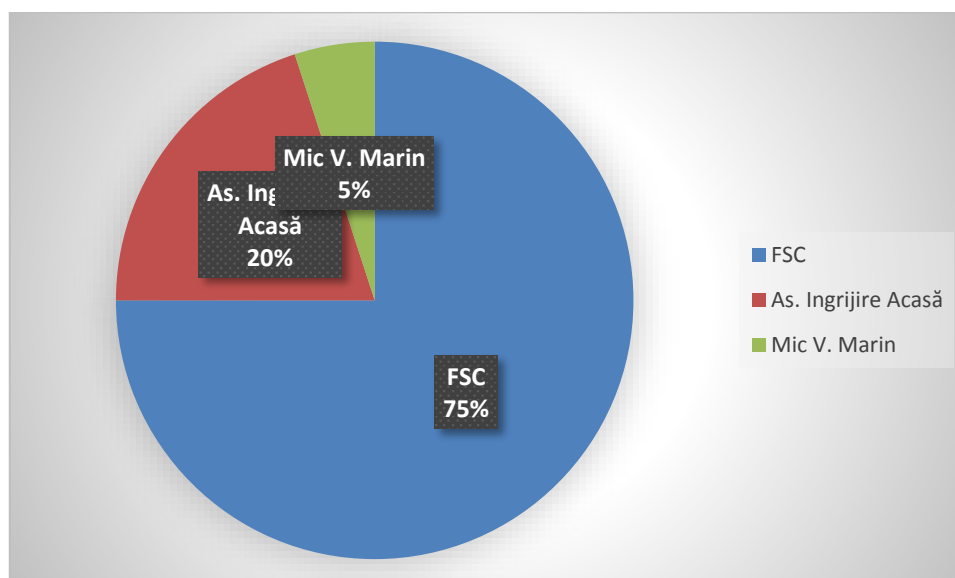
Din ofertele detaliate mai sus, publicate pe SICAP, din aprilie până la începutul lunii noiembrie au fost achiziționate 4 servicii, din care 3 au fost achiziționate de la furnizorul FSC și unul de la ASOCIATIA ÎNGRIJIRE ACASA, pentru serviciile care au codurile CPV (85312400-3 - Servicii sociale neprestate de institutii rezidentiale (Rev.2)

Pentru anul 2017, au fost achizitionate prin platforma SEAP, codul CPV 85312400-3 - Servicii sociale neprestate de institutii rezidentiale (Rev.2), a fost achizitionat de 15 ori. Din totalul de 15 zumparari realizate, 12 au fost cumparate de la furnizorul FSC, așa cum puteți rmarca din figura de mai jos.

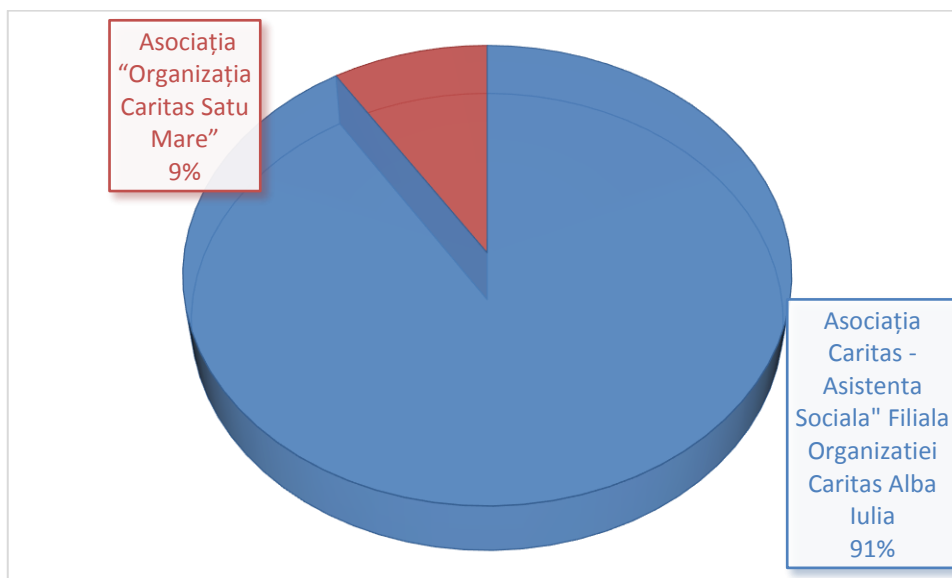


În anul 2018, din ianuarie până in aprilie 2018, când a fost schimbată platforma SEAP în SICAP a fost realizata o sigura achizitie de la furnizorul Asociația Îngrijire Acasă, iar din aprilie 2018, au fost realizate 4 achiziții, din care 3 au fost cumpărate de la FSC, și una de la Asociația Îngrijire Acasă.

În concluzie, cele mai multe cumpărări, pe platforma SICAP/ SEAP, in anii 2017-2018 au foast realizate de la furnizorul Fundatia de Sprijin Comunitar, lucru care este avidentiat în graficul de mai jos.



Servicii de centre de zi, pentru anul 2018, până în aprilie, cand a fost înlocuită platforma SEAP cu SICAP, au fost achiziționate de 11 ori (codul CPV-85312100-0 - Servicii de centre de zi (Rev.2)), distribuite în felul următor către cei 2 ofertanti:



Pentru codul CPV (85311100-3 Servicii sociale pentru persoane în vârstă (Rev.2)), în anul 2017, din ianuarie până în decembrie a fost realizată o singură cumpărare, de la furnizorul Fundația Crucea alb Galbenă, filiala Buzău.

Pentru anul 2018, până în aprilie 2018, cand s-a schimbat platforma SEAP în SICAP, au fost realizate 2 achiziții, una de Fundația Crucea Alb- Galbenă, filiala Buzău și una de Asociația „Organizația Caritas Satu Mare”.

Pentru restul de perioade ramase necuprinse nu au existat cumpărări realizate pe platforma SICAP/ SEAP.

În concluzie, pentru anii 2017-2018 cele mai multe cumpărări au fost realizate de la furnizorii Fundația de Sprijin Comunitar și Asociația Caritas- Asociația Socială „Filiala Organizației Caritas Alba Iulia”.

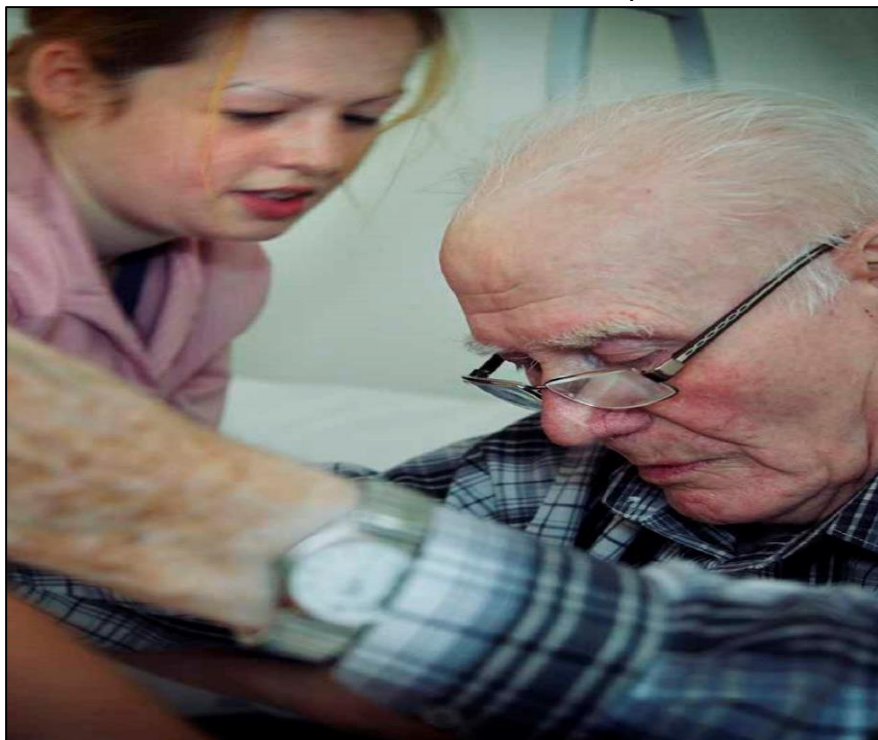
7. MODELE EUROPENE DE SERVICII PENTRU PERSOANELE VARSTINICE

În vederea identificării modelului optim de servicii medico-sociale pentru persoana vârstnică am analizat diferite țări Europene și am extras elemente esențiale. Țările studiate sunt:

- Olanda
- Germania
- Marea Britanie

Elemente comune am identificat și în Belgia, Irlanda, Norvegia.

În urma analizei acestor modele au rezultat următoarele aspecte relevante:



- Toate serviciile dedicate persoanelor vârstnice, și nu numai -toate categoriile vulnerabile intra în această categorie, sunt în responsabilitatea statului, acestea sunt bine dezvoltate, diverse, finanțate și adaptate nevoii în creștere.
- Sistemul de servicii este cunoscut de către populație și este accesibil pentru orice cetățean;
- Serviciile sunt asigurate de profesioniști, organizații (ONG sau firme) acreditate/licențiate și care sunt contractate/finanțate de la bugetul de stat;
- Există sisteme de asigurare a calității serviciilor și a angajaților din aceste servicii;
- Toate țările studiate au modificat recent legislația și strategia națională, perspectiva, finanțarea astfel încât să acopere nevoia în creștere, în contextul îmbătrânirii accelerate a populației;
- Serviciile sunt integrate, de lungă durată și au un caracter medico-social; abordarea unitară din perspectiva medicală-socială este de preferat pentru o bună alocare a resurselor și a fondurilor;
- Finanțarea este asigurată în proporție ridicată de la bugetele centrale, clienții contribuie fie prin sistemul de asigurări din perioada activă (model Germania și Olanda), fie prin

co-finantare (model UK) după evaluarea exactă de către instituțiile abilitate a tuturor veniturilor persoanei.

Model de îngrijire pe termen lung în Germania

Definiția Germaniei pentru îngrijirea pe termen lung

Definiția Germaniei privind nevoile de îngrijire pe termen lung acoperă persoanele ale căror independență și competență sunt reduse din motive legate de sănătate. Nevoia de îngrijire trebuie să fie pe termen lung - adică să dureze cel puțin șase luni. O altă condiție prealabilă pentru eligibilitate este evaluarea nevoilor individuale de îngrijire de către Serviciul medical al fondurilor de asigurări de sănătate (MDK) și alocarea beneficiarului la un anumit grad de dependență. Pentru prima dată, noul instrument de evaluare, intrat în vigoare de la 1 ianuarie 2017, ia în considerare nu numai limitările fizice, ci și deficiențele cognitive și psihologice.

În contextul evaluării nevoilor de îngrijire, Serviciul Medical de Asigurări de Sănătate (MDK) trebuie să determine deficiențele de sănătate ale vieții autonome sau abilitățile și au în vedere:

1. Mobilitatea (ex: urcatul scării, deplasarea în locuință)
2. Abilitățile cognitive și de comunicare (ex: orientarea în timp și spațiu, participarea într-o conversație)
3. Probleme psihologice și de comportament (ex: opunerea la asistența medicală, insomnia, participarea într-o conversație)
4. Îngrijire personală (ex: mersul la baie, spălarea, îmbrăcarea, mâncarea)
5. Tratarea independentă a bolilor și a nevoilor legate de terapie (ex: administrarea de medicamente, măsurarea tensiunii sau a nivelului de glucoză)
6. Structurarea vieții de zi cu zi a contactelor sociale (ex: menținerea relațiilor cu oamenii, ocuparea zilnică cu activități)

În plus, și activitățile în afara casei (ex: mersul în afara locuinței sau caminului de îngrijire, angajarea în diverse activități) și gestionarea gospodăriilor (ex: cumpărături, plata întreținerii) sunt evaluate.

Pentru fiecare criteriu, nivelul de autonomie ia valori între 0 (activitățile pot fi desfășurate fără ajutorul unei persoane, dar totuși cu ajutorul unor obiecte) și 3 (persoana nu poate desfășura activitatea deloc). În cele din urmă, punctajele formează o valoare totală, care reprezintă unul din cele cinci grade de dependență.

Îngrijirea pe termen lung se acordă la cerere. Evaluarea obligatorie a nevoii de îngrijire și recomandarea pentru un grad de dependență este asigurată de membrii personalului de evaluare din cadrul Serviciului medical al fondurilor de asigurări de sănătate (în special asistente medicale și medici care fac vizitele la domiciliu).

Finanțarea sistemelor de îngrijire pe termen lung poate fi grupată în trei categorii:

1. Îngrijire familială organizată privat (platită direct)
2. Sisteme de plată unice (bazate pe taxe și gestionate de guvernul central, regional sau local, ca în Suedia, Danemarca, Austria și Cehia)
3. Sisteme de asigurări obligatorii ca asigurări de îngrijire pe termen lung (Germania, Luxemburg, Olanda) sau beneficii pe termen lung incluse în sistemul de asigurări de sănătate (Belgia)

Sistemul german de asigurări sociale nu oferă o asigurare de îngrijire pe termen lung care să acopere costurile totale. Cu toate acestea, poate fi completat de alte părți ale finanțării publice și prevede contribuții extrase din plățile directe ale beneficiarilor.

Germania oferă asistență medicală pe termen lung printr-o asigurare obligatorie de îngrijire pe termen lung (LTCI)

Acesta a fost introdus în 1995 ca un pilon independent, care acum există în plus pe lângă asigurările sociale care acoperă boala, accident, somaj și pensie (Social Code Book, Part XI, SGB XI).

Asigurarea de asistență medicală pe termen lung (LTCI) a Germaniei, acoperă în principal costurile cheltuielilor legate de îngrijire.

LTCI este alcătuit din două părți independente, cea socială (publică, non-profit) și cea privată, de îngrijire pe termen lung. Ambele sunt concepute ca asigurări obligatorii cu beneficii identice. Există o egalizare financiară prevăzută legal între aceste două sisteme.

Accesul la beneficii necesită o încadrare într-un grad de dependent din cele 5 existente.

În 2017, aproximativ 3.3 milioane de persoane (4% din totalul populației) au fost evaluate și încadrate într-un grad de dependență și, prin urmare, primesc beneficii.

LTCI acoperă îngrijire atât pentru domiciliu cât și pentru cămine.

Îngrijirea la domiciliu, aceasta oferă o gamă largă de beneficii: prestații în numerar pentru îngrijire informală și beneficii în natură pentru diferite servicii de asistență medicală, asistență personală.

→ 80% din beneficiari optează pentru prestații în numerar, pentru care sistemul de asigurări cheltuiește 64% din total. (31 bn € în 2016). Toate prestațiile LTCI sunt limitate.

→ Dacă optează pentru prestații în natură, clienții pot alege între diferiți furnizori de servicii profesionale. În acest caz, LTCI ajută și la organizarea individuală a serviciilor de îngrijire prin furnizarea de informații privind serviciile, calitatea și costurile, alegerea serviciilor și furnizorilor adecvați.

Costurile care nu sunt acoperite de LTCI trebuie plătite de persoana care are nevoie de îngrijire. Guvernul plătește subvenții pentru sistemele de îngrijire private suplimentare.

În plus, sistemul de asistență socială finanțat din taxe, furnizat de municipalitățile locale, plătește pentru costurile neacoperite, de exemplu în cămine, pentru persoane cu venit redus (450,674 în 2015).

Fiecare furnizor de servicii de îngrijire negociază contracte cu filialele regionale ale LTCI și administrațiile de asistență socială ale autorităților locale.

Toți furnizorii (public, privat pentru profit, private non-profit) au dreptul să obțină un contract și să furnizeze servicii atâta timp cât respectă standardele de calitate uniforme la nivel național (definite de lege și supravegheate de Serviciul Medical al Asigurărilor de Sănătate).

Fondurile statutare de îngrijire pe termen lung sunt responsabile pentru asigurarea și finanțarea îngrijirii pe termen lung. Statele federale sunt responsabile pentru asigurarea infrastructurii facilităților de servicii de îngrijire pe termen lung. Preturile pentru servicii sunt contractate și valabile pentru toate LTCI-uri și, de asemenea, și pentru plățile directe efectuate de beneficiari.

Numărul total al furnizorilor de îngrijire la domiciliu este de 13.300, din care 65% sunt firme private (SRL).

Numărul total al centrelor de îngrijire este de 13.600, din care 42% sunt în proprietate privată cu scop lucrativ.

Furnizorii de îngrijire pe termen lung au un număr total de peste 1 milion de angajați.

Cele mai importante reglementări ale Asigurărilor de îngrijire pe termen lung din Germania (LTCI)

1. Asigurarea este obligatorie pentru întreaga populație

LTCI acoperă aproape întreaga populație, în conformitate cu principiul "asigurarea de îngrijire pe termen lung urmează asigurarea de sănătate". Îngrijirea pe termen lung este asigurată de asigurările sociale, care acoperă 90% din populație, și de asigurările private de îngrijire pe termen lung, care acoperă 10% din populație, ambele fiind asigurări obligatorii.

Asigurarea socială de îngrijire pe termen lung îi acoperă toți cei care sunt înscrși în Asigurările de sănătate statutare (GKV).

Planurile private de asigurări de îngrijire pe termen lung includ persoanele înscrise într-un plan privat de asigurări de sănătate obligatorii, acoperind integral costurile de îngrijire a sănătății, inclusiv asistenta medicală spitalicească.

2. Asigurarea sociala pe termen lung

Asigurarea social (LTCl) a fost înființată sub tutela asigurărilor de sănătate statutare. Asigurările de sănătate acoperă, de asemenea, toate chestiunile legate de LTCl. LTCl rambursează cheltuielile administrative fondurilor de asigurări de sănătate ale acestora. Asigurarea de îngrijire pe termen lung este finanțată prin contribuții pe bază de plată, în conformitate cu plafoanele de asigurare obligatorie și asigurarea de boală. Persoanele înscrise și angajatorii contribuie fiecare cu jumătate din contribuții. Soții care nu sunt remunerați copiii sunt co-asigurați fără nicio contribuție. Persoanele care au nevoie de îngrijire și pensionarii sunt, de asemenea, obligați să plătească contribuții.

3. De la 1 ianuarie 2017, se aplică o rată a contribuției de 2,55 % din salariu. Contribuția este platită de Asigurarea privată obligatorie pe termen lung

Asigurarea privată obligatorie pe termen lung este asigurată de companiile private de asigurări de sănătate. Beneficiile sunt aceleași ca și la asigurările de asistentă socială. Se aplică condiții speciale, în special la contribuția maximă, la primele de risc și la co-asigurarea rudelor.

Astfel, reglementările legale pentru planurile private obligatorii ale LTCl au fost în mod substanțial apropiate de principiile planurilor sociale LTCl.

Angajații care sunt înscrși într-un plan privat LTCl primesc o subvenție de la angajator.

4. Subvenții pentru planurile suplimentare de asigurare pe termen lung

Deoarece LTCl sociala acoperă numai parțial costurile legate de îngrijirea pe termen lung, promovarea unor dispoziții suplimentare în materie de asigurare suplimentară a fost o prioritate pe agenda politică din 2013.

Începând cu 1 ianuarie 2013, semnarea unui contract voluntar privat de asigurare suplimentară a fost subvenționată de către stat, cu condiția încheierii contractului privat de asigurare suplimentară înainte de apariția nevoii de îngrijire. Există reguli procedurale uniforme privind subvenția de stat pentru furnizarea de servicii de îngrijire pe termen lung privată, la care companiile private de asigurări trebuie să adere.

Persoanele care au nevoie de îngrijire și membrii familiilor acestora au dreptul să primească ajutor complet de la LTCl pentru organizarea îngrijirii. Persoanele care solicită beneficii sau primesc deja, au dreptul la consiliere individuală gratuită.

Sfaturile de îngrijire sunt efectuate de către consultanții LTCl, care sunt instruiți special în acest scop.

Asigurările sunt obligate să numească un consilier de îngrijire, care va oferi ajutor pentru orice solicitare. LTCl va organiza o întâlnire pentru o consultație individuală în termen de două săptămâni de la primirea cererii. Serviciile de consultanță pot fi, de asemenea, efectuate la cerere la domiciliu. Membrii familiei au, de asemenea, dreptul de a primi sfaturi de îngrijire cu acordul persoanei care are nevoie de îngrijire. Aceste reglementări se aplică și în cazul asigurării obligatorii private.

Serviciile pentru gradul 1 de dependență

Aproximativ 500.000 de persoane au fost evaluate și încadrate în gradul 1.

Gradul 1 de îngrijire se aplică persoanelor cu probleme minore în ceea ce privește autonomia.

Ei au dreptul la:

- O indemnizație de până la 125 Euro lunar, care este considerată un fel de voucher. Poate fi utilizat numai pentru servicii de îngrijire de zi sau de noapte, îngrijire pe termen scurt, servicii de îngrijire aprobate și asistență zilnică recunoscută conform legii federale
 - Indemnizație pentru locuințe protejate de până la 214 Euro lunar
 - Beneficii pentru dispozitive de îngrijire
 - Servicii de consultanță
 - Asistență de consultanță pentru îngrijitorii din familie
 - Cursuri de formare pentru îngrijitorii din familie
 - alocații suplimentare de până la 4.000 de euro pe persoană pentru măsuri de îmbunătățire a traiului, în special pentru adaptarea îngrijirilor la locuințe; acesta poate fi acumulat de persoane, dar nu mai mult de 16.000 de euro în total pentru un domiciliu.
 - Servicii personale pentru îngrijire suplimentară
 - o indemnizație lunară de 125 Euro dacă persoana locuiește într-un camin
- Serviciile pentru îngrijirea la domiciliu celor cu grade de dependență 2-5
- Prioritatea supremă a LTCI este consolidarea îngrijirii la domiciliu și împuternicirea îngrijitorilor din familie. Acest lucru îndeplinește, de asemenea, dorințele celor care au nevoie de îngrijire. Mai mult de 70% dintre beneficiarii LTCI primesc îngrijire la domiciliu, majoritatea fiind ajutați de îngrijitori informali ai familiei.

Aceste servicii includ asistență medicală și menaj. De la 1 ianuarie 2017, serviciile de sprijin personal în centre rezidențiale sunt incluse în cadrul serviciilor profesionale de îngrijire la domiciliu.

LTCI oferă în plus față de beneficiile descrise în gradul 1 de îngrijire: înlocuitori pentru îngrijitorii din familie, îngrijire de zi și de noapte, îngrijire pe termen scurt în camine, dreptul la timp redus de muncă pentru un membru din familie care îngrijește o persoană, cursuri de formare profesională.

Persoanele care au nevoie de îngrijire pot combina beneficiile în numerar cu prestațiile în natură, în funcție de nevoile lor personale, în anumite limite.

Beneficiarii care solicită numai prestații în numerar sau servicii ușor accesibile pentru asistența zilnică trebuie să accepte controale periodice de consultanță la domiciliu. Acest lucru susține îngrijitorii din familie și asigură calitatea serviciilor.

LTCI acoperă costul apartamentelor protejate, cu până la 12 persoane care au dreptul la asigurare.

Prestațiile în numerar se referă la gradul de îngrijire/dependență (2 până la 5): 316€ / 545€ / 728€ / 901€ lunar și prestații în natură pentru îngrijirea profesională la domiciliu: 689€ / 1,298 € / 1,612€ / 1,995€.

În plus, pentru beneficiari sunt disponibile atât următoarele beneficii în numerar și în natură:

- Alocatie pentru un înlocuitor de îngrijire de până la 6 săptămâni pe an calendaristic, de ex. în perioadele de concediu sau de boală a îngrijitorului informal până la 1,612 € pe an; suma poate fi majorată cu până la 806 € pe an, înlocuind prestațiile de îngrijire pe termen scurt
- Ingrijirea pe termen scurt în camine de până la 8 săptămâni pe an și până la 1,612 € pe an. Dacă indemnizația pentru înlocuitori de îngrijire nu a fost utilizată cu o sumă de până la 1.612 €, indemnizația pentru îngrijirea pe termen scurt poate fi majorată la 3.224 € pe an.
- Beneficiile de îngrijire de zi și de noapte (camine semi-rezidențiale) sunt legate de gradul de îngrijire după cum urmează pentru gradele de îngrijire 2-5: până la 689 € / 1,298 € / 1,612 € / 1,995 € pe an.

Pe lângă dreptul la tratament pe timpul zilei/noptii, dreptul la tratament în comunitate, beneficii în bunuri sau în bani pot fi obținute.

Beneficii de asistenta sociala pentru ingrijitorii de familii

LTCl acopera contributiile la asigurarea de pensie pentru ingrijitorii de familii. Aceasta se aplica oricui are grija in mod sistematic de una sau mai multe persoane cu un grad de ingrijire de 2 la 5 pentru cel puțin 10 ore si cel puțin 2 zile pe saptamana acasa si care nu este angajat, muncind maximum 30 de ore pe saptamana.

Ingrijirea in centre rezidentiale

LTCl incurajeaza ingrijirea acasa si coabitarea in apartamente protejate.

Totusi, mai multe de 700000 de persoane, aproximativ 27% din oamenii cu nevoi de ingrijire pe termen lung traiesc in centre rezidentiale. Pentru multe persoane cu nevoie intensiva de suport azilul asigura grija corespunzatoare si necesara pe termen lung.

Mai mult de jumătate din rezidentii azilurilor sufera de demența. Politicile de ingrijire pe termen lung tintesc asigurarea atat a unei ingrijiri de calitate cat si a unui grad al calitatii vietii cat mai apropiat de conditiile de trai ale oamenilor ce locuiesc in casele proprii.

LTCl acopera partial cheltuielile de ingrijire medicala cat si cheltuieli pentru servicii medicale sub forma de beneficii in bunuri sau servicii. Beneficiile respective sunt asociate gradului nevoii de ingrijire dupa cum urmeaza(de la 2 la 5): 770 € / 1,262 € / 1.775 € / 2.005 €.

Persoanele cu gradul 1 pot folosi alocatia de 125 euro si in azil, de exemplu pentru ingrijire pe timp de noapte/zi sau ingrijire pe termen scurt.

Asigurarea calitatii

Toate serviciile licentiate trebuie sa asigure ca ingrijirea va ramane activa , respectandu-se concomitent demnitatea umana. De asemenea se impune implementarea managementului calitatii si definirea unor proceduri de verificare a calitatii bazate pe standarde. De asemenea, furnizorii trebuie sa coopereze in inspectiile ce au ca obiect de verificare calitatea.

Toate centrele rezidentiale sunt obligate sa asigure servicii conforme cu standardul recunoscut in domeniu.

Jucatorii cheie implicati in ingrijire au agreat asupra standardelor si principiilor pentru protectie si asupra dezvoltarii calitatii ingrijirii in asistenta sociala si facilitatile rezidentiale. Aceste standarde sunt obligatorii pentru toti furnizorii de servicii acreditate/licentiate de ingrijire si pentru facilitati rezidentiale.

Respectarea calitatii ingrijirii este monitorizata de fondurile LTCl. Toate azilurile si serviciile de asistenta sociale sunt supuse unui audit anual de catre serviciul medical al asigurarii de sanatate (MDK) sau de catre serviciul de examinare al Asociatiei Private de Asigurare de Sanatate. Inspectiile in facilitatile rezidentiale sunt in general neanuntate.

Achizitia si contractarea serviciilor de ingrijire pe termen lung

Fondul pentru asigurarea ingrijirii ca asigurare sociala acopera ingrijirea pe termen lung pentru toti asiguratii. Pentru acest obiectiv, LTCl asigura fonduri pentru contractele cu toti furnizorii de servicii si facilitati rezidentiale.

Fiecare facilitate de ingrijire care adera la cerintele de acreditare/licentiere, este indreptatita legal sa asigure aceste servicii. Din acest considerent serviciile si facilitatile publice, non-profit, sau private pentru profit coexista una langa cealalta.

Finantarea infrastructurii facilitatilor de ingrijire pe termen lung

Cele 16 state federale ale Germaniei sunt responsabile pentru subventionarea costurilor de investitie a facilitatilor de ingrijire pe termen lung. Detaliile, in special cele de natura si amplitudinea finantarii, sunt guvernate de legi statale. Insa, nu exista o obligatie legala pentru a aloca fonduri pentru costurile de investitie in infrastructura de ingrijire de catre statele federale. Desi costurile de functionare si de ingrijire vor fi platite de utilizatorii si rezidentii sau din fondul LTC, unele contributii la cosurile de investitie nu sunt acoperite de subventii statale si trebuie sa fie platite de rezidentii azilurilor.

Sistemul olandez de sănătate și îngrijire

Filozofia pe care este bazat sistemul olandez de sănătate este constituită din câteva principii mai mult sau mai puțin universale:

- accesul la îngrijire pentru toți, serviciile sunt integrate medicale și sociale
- solidaritatea prin asigurarea medicală (obligatorie pentru toți și disponibilă tuturor)
- servicii de sănătate de înaltă calitate.

Structura:

Sistemul olandez de asistență medicală este guvernat de patru legi de bază privind asistența medicală:

1. Legea asigurărilor de sănătate (Zorgverzekeringswet), care prevede îngrijirea spitalicească

2. Legea privind îngrijirea pe termen lung (Wet langdurige zorg),

3. Legea privind asistența socială (Wet maatschappelijke ondersteuning)

4. Legea tineretului (Jeugdwet).

Legea privind asigurările de sănătate și Legea privind îngrijirea pe termen lung (care se concentrează pe alte tipuri de îngrijiri medicale) reprezintă cea mai mare parte a bugetului de asistență medicală disponibil în Olanda.

Legea privind îngrijirea pe termen lung este un act național care reglementează asistența medicală în întreaga Olanda.

Pachet de asigurări de bază

În 2006, a intrat în vigoare legea asigurărilor de sănătate, care spune că rezidenții Olandei au dreptul la un pachet de asigurări de sănătate de bază. Aceasta lege este implementată de asiguratori privați, competitivi și furnizori de asistență medicală. Trebuie precizat faptul că toate societățile de asigurări de sănătate din Olanda sunt cooperative nonprofit care alocă orice profit pe care îl au pentru rezervele pe care trebuie să le mențină. Există un total de 24 de asigurători în Olanda care suportă riscul pentru operațiunile lor.

În timp ce sistemul de sănătate este, în esență, un sistem privat, guvernul joacă un rol de control pentru a proteja interesul public.

Public și privat

Sistemul olandez de asigurări de sănătate combină elemente de asigurare publică și privată. Guvernul este implicat direct în implementarea Legii asigurărilor de sănătate și stabilește o serie de măsuri.

Guvernul central nu este direct implicat în implementarea efectivă a Legii asigurărilor de sănătate: procedurile sunt determinate de furnizorii de asistență medicală, de asigurările de sănătate și de persoanele asigurate. Această structură asigură faptul că furnizorii de asistență medicală au o mare libertate, în timp ce concurența și forțele pieței creează stimulentele necesare pentru a lucra eficient și la un nivel de înaltă calitate.

Pachetul de asigurări de sănătate de bază

Guvernul determină ce tipuri de îngrijire sunt incluse în pachet și când trebuie acordate.

Pachetul de asigurări de sănătate de bază are o structură cuprinzătoare și include cea mai mare parte a îngrijirilor medicale esențiale, a medicamentelor și a ajutoarelor medicale care lucrează conform practicii medicale. Unele servicii de îngrijire fizioterapeutică și de îngrijire dentară sunt acoperite de pachet.

Finanțarea asistentei medicale conform Legii asigurărilor de sănătate

În conformitate cu Legea asigurărilor de sănătate, toți asigurații contribuie împreună la costurile totale ale tuturor îngrijirilor. Există două fluxuri financiare importante: pe de o parte, toate persoanele asigurate în vârstă de cel puțin 18 ani plătesc o primă "nominală" asiguratorului lor de sănătate. Aceste prime se ridică la aproximativ 1200 EUR pe an. În plus, toți indivizii cu vârsta menționată anterior plătesc, de asemenea, un excedent de polita obligatoriu de 385 EUR (suma pentru anul 2016), unul dintre obiectivele acestuia fiind creșterea gradului de constientizare a costurilor în rândul publicului larg.

Pe de altă parte, există o contribuție dependentă de venit, care este plătită de angajator. La nivel macro, aceasta implică o sumă comparabilă cu prima anuală.

Îngrijire pe termen lung

Începând cu anul 2015, toate îngrijirile pe termen lung sunt furnizate în conformitate cu legea privind îngrijirile pe termen lung, care este strict destinată celor mai vulnerabile categorii de persoane.

Legea privind îngrijirea pe termen lung este supervizată de administratori speciali de îngrijire pe termen lung la cererea guvernului central.

Autoritățile locale sunt responsabile pentru punerea în aplicare a Legii privind asistența socială și cea a tineretului - acestea oferă asistență sau servicii de îngrijire sau sunt sprijinite în acest proces de un furnizor de servicii medicale.

Inițial, persoanele sunt încurajați să utilizeze propriile lor cunostințe și resurse pentru sprijin, dar sprijinul este întotdeauna disponibil pentru cei care nu reușesc să si-l asigure. Cei care necesită supraveghere permanentă sau îngrijire la domiciliu 24 de ore au dreptul la îngrijire conform Legii privind îngrijirea pe termen lung.

Solidaritatea

Legea privind îngrijirea pe termen lung se aplică grupurilor celor mai vulnerabile persoane cum ar fi:

- persoanele în vârstă în stadiile avansate de demență,
- persoanele cu dizabilități fizice sau intelectuale grave și
- persoanele cu tulburări psihiatrice de lungă durată.

Centrum Indicatiestelling Zorg (Agentia de evaluare a îngrijirii) oferă evaluări ale nevoilor speciale acestor persoane pe baza unui format național standardizat.

Clienții care au primit o evaluare a nevoilor speciale pot primi îngrijiri fie acasă, fie într-un centru de îngrijire sau într-o unitate similară.

Legea privind îngrijirea pe termen lung este administrată de supervizori speciali de îngrijire pe termen lung la cererea guvernului central.

Acestia au transferat implementarea efectivă către birourile de administrare a asistentei medicale; birouri desemnate în fiecare regiune, care sunt strâns afiliate unei societăți de asigurări de sănătate. Ei organizează modul în care sunt furnizate serviciile de asistență medicală.

Legea privind îngrijirea pe termen lung este o politică obligatorie de asigurări de sănătate bazată pe solidaritate: oricine plătește impozit pe venit în Olanda, plătește prime în conformitate cu acest act.

Îngrijirea conform Legii îngrijirii pe termen lung

Îngrijirea intensivă la care au dreptul rezidenții Olandei în temeiul Legii privind îngrijirea pe termen lung este descrisă pe baza unui număr de funcții bine definite. Acest lucru asigură o libertate considerabilă de a organiza îngrijirea specificată împreună cu furnizorul de asistență medicală.

Tipuri de servicii acoperite:

- sederea într-o unitate de îngrijire: sedere pe termen lung, plasarea într-un centru de îngrijire medicală sau în locuințe protejate destinate persoanelor cu dizabilități mintale;
- îngrijire la domiciliu: asistentă la spălare, îmbrăcare, mersul la toaletă, igiena, administrare hrana, etc.
- îngrijire care crește încrederea în sine: acompaniere, învățarea îndeplinirii sarcinilor casnice;
- îngrijire medicală: asistență medicală, de ex. Pansarea ranilor, administrarea injectiilor;
- tratamentul conform Legii îngrijirii pe termen lung: un tratament medical, paramedical sau comportamental care ajută la recuperarea sau îmbunătățirea unei anumite stări;
- transportul la și de la programele de zi și tratamentul de zi: pentru persoanele a căror stare medicală îi împiedică să călătorească independent

Guvernul central decide ce tipuri de îngrijire ajung în cele din urmă în pachetul de asistență medicală conform Legii privind îngrijirea pe termen lung și este recomandat în acest proces de către Institutul National de Sănătate.

Accesul la servicii

Persoanele care solicită asistența pot contacta Agenția de evaluare a nevoii de îngrijire, care determină tipul de îngrijire de care are nevoie cineva. Acest lucru este denumit "diagnostic". Următorul pas este ca Agenția de evaluare a îngrijirilor medicale să notifice biroul de administrare a asistenței medicale, care funcționează în mod independent; există un număr de 31 birouri în toată Olanda.

Biroul de administrare a asistenței medicale gestionează îngrijirea pe termen lung pe baza evaluării nevoilor speciale furnizate de Agenția de evaluare a îngrijirii medicale și discută situația cu clientul (adică persoana care necesită îngrijiri medicale), care poate declara preferința lor pentru anumiți furnizori de asistență medicală.

Clientul poate să opteze pentru o sedere într-un centru de îngrijire medicală sau o locuință asistată / locuință protejată sau poate să continue să trăiască acasă, cu condiția ca aceasta să fie lucid.

Pentru furnizarea de servicii biroul de administrare a asistenței medicale încheie în contract de achiziție de servicii cu un furnizor de servicii acreditat.

Alternativ, se poate face și printr-un buget personal de asistență medicală, prin care persoanele achiziționează și își organizează propriile servicii.

Clientul și furnizorul de servicii agreează ulterior un plan pentru îngrijirea contractată sau un plan bugetar (pentru îngrijirea personală), în timp ce biroul de administrare a asistenței medicale informează furnizorul de servicii că îngrijirea poate fi furnizată.

Furnizorul de îngrijire medicală furnizează ulterior servicii așa cum s-a convenit în planul de asistență medicală sau planul de buget.

Finanțarea asistenței medicale conform Legii privind îngrijirea pe termen lung

Actul privind îngrijirea pe termen lung este o asigurare socială obligatorie pentru care oamenii plătesc o primă dependentă de venit prin impozitul pe salarii. Valoarea primei se bazează pe un procent fix (9,65%) din impozitul pe venit, la o sumă maximă de 33.589 EUR.

În plus, adulții care doresc să beneficieze de serviciile de asistență medicală conform Legii privind îngrijirile pe termen lung plătesc o contribuție personală care este, de asemenea, dependentă de venit. În acest caz, contează dacă clientul locuiește acasă sau într-o unitate de îngrijire, este mai mic sau mai în vârstă de 65 de ani și este singur, căsătorit sau într-un parteneriat domestic.

Toate contribuțiile sunt depuse în Fondul de îngrijire pe termen lung, gestionat de Institutul National de Sănătate. Guvernul central adaugă fonduri publice dacă aceste contribuții sunt prea mici.

Se utilizează diverse forme de finanțare, dacă clientul a optat pentru îngrijire contractuală sau pentru un buget personal de asistență medicală:

- pentru costurile de îngrijire contractate, o parte a fondului este transferată către Biroul de Administratie (CAK). Acesta din urmă plătește ulterior furnizorii de servicii;
- pentru plata prin intermediul bugetului personal de asistență medicală, o parte din fond este transferată la Banca de Asigurări Sociale (Sociale Verzekeringsbank / SVB), care administrează bugetele personale pentru titularii lor. Facturile furnizorilor de asistență medicală (până la o sumă maximă) sunt trimise la Banca de Asigurări Sociale, care plătește aceste facturi.

Calitatea

În Țările de Jos, guvernul central este responsabil pentru asigurarea funcționării corecte a sistemului de sănătate. Guvernul stabilește cerințele de calitate pe care trebuie să le îndeplinească furnizorii din Legea privind îngrijirea pe termen lung.

Clienții și reprezentanții acestora, guvernul central, Agenția de evaluare a îngrijirilor medicale, Autoritatea olandeză pentru asistență medicală, birourile de administrare a sănătății și furnizorii de asistență medicală sunt părțile principale ale Legii privind îngrijirea pe termen lung; împreună, ele determină calitatea serviciilor de asistență medicală acoperite, precum și punerea în aplicare a inițiativelor de îmbunătățire a calității asistenței acordate.

Dacă clienții nu sunt mulțumiți de îngrijirea furnizată, ei au opțiunea de a trece la un alt furnizor de servicii medicale contractate.

Persoanele care își administrează propriile nevoi de asistență medicală prin intermediul unui "buget personal de asistență medicală" își pot alege și furnizorul preferat și calitatea necesară pentru achiziționarea serviciilor de îngrijire.

De asemenea, aceștia au opțiunea de a depune o plângere la furnizorii de asistență medicală, la oficiile administrației medicale și la Inspectoratul pentru sănătate.

Birourile de administrare a asistenței medicale pot stabili cerințe de calitate atunci când achiziționează asistență medicală conform Legii privind îngrijirea pe termen lung. În plus, aceștia verifică dacă declarațiile trimise de companiile de asigurări de sănătate corespund îngrijirii specificate și contractelor de producție.

Supervizarea

Există diverse agenții guvernamentale responsabile de supravegherea acestor cerințe de calitate:

- Autoritatea olandeză în domeniul sănătății, care asigură implementarea Legii asigurărilor de sănătate în conformitate cu normele și reglementările, precum și faptul că acționează ca regulator pe piețele de asistență medicală;
- Autoritatea Olandeză pentru Consumatori și Piețe, care supraveghează concurența în domeniul asistenței medicale în interesul pacienților și al părților asigurate;
- Inspectoratul Olandez pentru Sănătate, care supraveghează și consolidează calitatea și siguranța asistenței medicale.

Legea privind asistenta socială

Conform Legii privind asistenta socială din 2015, responsabilitatea acordării de sprijin revine autorităților locale.

Aceasta include persoanele cu dizabilități fizice, mentale sau psihice, inclusiv persoanele cu dizabilități de învățare și persoanele în vârstă. Sprijinul este menit să asigure că oamenii pot continua să fie membri productivi ai societății și să le permită să continue să trăiască acasă. În plus, în temeiul Legii privind asistenta socială, autoritățile locale pot oferi locuințe protejate și sprijin pentru persoanele care nu au alte opțiuni sau care nu pot să trăiască acasă.

Abordare municipală: îngrijire și incluziune personalizată

Legea privind asistenta socială se bazează pe principiul soluțiilor personalizate și pe o abordare individuală. Autoritățile locale discută cererea de asistență a clientului împreună cu clientul. Atunci, autoritatea locală trebuie să furnizeze tipul adecvat de sprijin și să determine modul în care va fi organizat acest sprijin.

Suportul conform legii privind asistenta socială

În conformitate cu această lege, autoritățile locale sprijină persoanele care întâmpină dificultăți în a participa la societate, care nu pot avea grijă de ele sau care au nevoie de cazare sau sprijin protejat.

Aceasta include, de exemplu:

- asistență și programe de zi / activitate pe timp de zi;
- sprijin în gospodărie;
- sprijinul acordat de un îngrijitor informal;
- voluntari;
- un loc într-un mediu protejat (locuințe protejate) pentru persoanele cu tulburări psihice pe termen lung;
- sprijin pentru bărbații, femeile și copiii care sunt victime ale violenței domestice;
- sprijin social, de ex. pentru persoanele fără adăpost;
- sprijin financiar pentru persoanele care suportă cheltuieli suplimentare semnificative din cauza bolii cronice sau a stării lor.

În acordarea asistenței conform Legii privind asistenta socială, autoritățile locale disting între dispozițiile generale și dispozițiile personalizate.

Dispozițiile generale sunt destinate comunității în ansamblul său: aceasta ar putea include, de exemplu, dimineața la o cafea la centrul comunitar local, autobuzele care transportă bătrânii în magazine, serviciile "mese pe roți" sau transport gratuit / redus pentru toți oamenii în vârstă de peste 75 ani.

Prevederile personalizate sunt concepute pentru o singură persoană; acest lucru ar putea include asistență și îngrijiri, menaj, diferite servicii la domiciliu.

Acordarea de finanțare conform Legii privind asistenta socială

Metoda de finanțare utilizată în cadrul Legii asistenței sociale este relativ simplă: autoritățile locale primesc fonduri de la administrația centrală prin intermediul Fondului municipal.

Autoritățile locale sunt libere să aloce fondurile / resursele în conformitate cu legea.

Executivul municipal este responsabil față de consiliul municipal pentru cheltuielile sale. Suportul contractat este plătit de autoritatea locală direct furnizorului care a generat suportul.

Pentru sprijinul cerut de către persoane fizice prin intermediul unui buget personal de asistență medicală, autoritatea locală transferă fonduri către Banca de Asigurări Sociale, unde clienții cu un buget personal de asistență medicală pot trimite facturile pe care le-au primit pentru susținerea lor și le pot plăti.

MODEL UK

Care este procesul?

Asigurarea îngrijirii la domiciliu începe în mod ideal cu obținerea unei evaluări a nevoilor dvs. de îngrijire de către consiliul local.

Nu există nicio taxă pentru asta și persoana are dreptul la o evaluare indiferent de venit și de situația economică.

După evaluarea dvs., consiliul local va furniza un plan de îngrijire scris dacă persoana este eligibilă pentru asistență sau va oferi sfaturi și informații despre alte opțiuni, dacă nu se îndeplinesc criteriile de ajutor.

Avem o explicație mai detaliată a evaluării nevoilor de îngrijire, detaliind ce include aceasta și nevoile care sunt apoi eligibile pentru ajutor din partea serviciilor sociale.

Ce înseamnă evaluarea nevoilor?

Este efectuată de departamentul de servicii sociale pentru adulți din consiliul local.

Un profesionist de asistență socială se va deplasa la locuința solicitantului pentru a afla cum se descurcă persoana cu sarcinile de zi cu zi.

Acesta va evalua:

- partea emoțională și socială a vieții
- abilitățile persoanei
- specificul religios și cultural al persoanei precum și rețeaua de sprijin
- orice dificultăți fizice pe care le are persoana sau riscuri
- orice cerințe privind sănătatea sau locuința
- nevoile și dorințele persoanei
- practic ce dorește persoana să se întâmple
- dacă persoana are un îngrijitor, care sunt nevoile și opiniile acestuia

Evaluatorul va discuta, de asemenea, și cu alți profesioniști, cum ar fi medicul de familie sau asistenta medicală. Consiliul local va găsi cea mai bună soluție de sprijin. Se are în vedere un eventual sprijin de urgentă și intervenția pe termen lung.

Cine este eligibil pentru a fi ajutat de serviciile sociale?

Consiliile locale au propriile proceduri de evaluare, dar respectă criteriile naționale pentru a decide cine este eligibil pentru îngrijire și sprijin. Ei vor trebui să ia în considerare trei întrebări în luarea deciziei:

- Aveți nevoi de îngrijire și asistență ca urmare a unei stări fizice sau psihice?
- Persoana nu reușește să atingă două sau mai multe obiective ca urmare a nevoilor de îngrijire și suport?
- Există sau este posibil să existe un impact semnificativ asupra bunăstării persoanei.?

Obiectivele și rezultatele dorite pot include următoarele abilități:

- persoana se hrănește în mod corespunzător
- persoana are grijă de igiena personală
- persoana merge la toaletă
- persoana se îmbracă singură
- persoana se află în siguranță acasă
- persoana reușește să-și mențină locuința curată și sigură
- persoana se întâlnește cu familia și prietenii
- persoana merge la muncă, face voluntariat, se află într-o formă de educație sau formare profesională
- persoana utilizează servicii în zona locuinței.

"Neputința de a realiza" o activitate înseamnă:

- persoana are nevoie de ajutor pentru a face orice
- este dureros sau apare stres/ dificultate sau anxietate pentru persoana cand executa o activitate
- este periculos pentru persoana sau cei din jur
- durează mult mai mult decât ar trebui pentru persoana sa reușeasca a executa o operatiune

Dacă persoana are nevoi eligibile, consiliul local are obligația legală de a asigura servicii. Ca parte a evaluării persoana trebuie să primească sfatul potrivit cu privire la modul în care trebuie satisfăcute nevoile identificate.

Ce se intampla dupa evaluare?

1. După evaluare, se întocmește un plan de îngrijire care ar trebui să fie agreat cu persoana și un exemplar dat clientului. Planul de îngrijire va detalia ce nevoi are persoana și ce ar putea contribui la satisfacerea acestor nevoi.

2. Apoi, se va efectua o evaluare financiara (un test de venituri) pentru a afla cât de mult trebuie să contribuie clientul la îngrijirea și sprijinul acordat.

Ce inseamna contributia financiara la serviciile de ingrijire?

Îngrijirea la domiciliu organizată de consiliul local nu este de obicei gratuită.

Evaluarea financiara: consiliul local identifica și analizeaza veniturile, economiile și proprietățile clientului pentru a calcula cât trebuie să contribuie la costul îngrijirii și susținerii.

Dacă persoana are nevoie de îngrijire pentru a rămâne în propria locuință, testul de venituri nu va include valoarea locuintei.

Anumite tipuri de venituri, cum ar fi banii proveniți din anumite prestații de invaliditate și pensii, nu vor fi luați în calcul la testul privind veniturile. Toate celelalte venituri pot fi luate în considerare.

În unele cazuri, consiliul local poate, de asemenea, să presupună că, capitalul dvs. generează un venit, care va fi, de asemenea, luat în considerare.

Dacă clientul deține capital în comun cu o alta persoana, cum ar fi un cont de economii, acesta va fi tratat ca împărțit în mod egal între persoane.

Marimea contributia depinde de:

- ce fel de îngrijire și suport are nevoie persoana.
- zona în care locuiește persoana (deoarece costurile pot varia în întreaga țară).
- situatia specifica persoanei

Evaluarea locuintei

În anumite situații, locuința persoanei nu va fi luată în considerare în testul de evaluare financiara.

Există câteva circumstanțe în care se aplică acest lucru:

• Dacă persoana are nevoie doar de îngrijire temporară sau de scurtă durată, casa nu va fi inclusă în testul privind mijloacele financiare

Casa, de asemenea, nu va fi luata in considerare dacă este încă ocupată de:

- partenerul sau fostul partener al persoanei,
- o rudă care are vârsta de 60 de ani sau mai mult
- un copil cu vârsta sub 18 ani
- o rudă

Dacă persoana va intra într-un centru rezidențial, nu ar trebui să rămâna cu mai puțin de 24,90 £pe săptămână după ce a contribuit la costuri. Aceasta este cunoscută sub numele de alocația pentru cheltuielile personale.

Care este costul îngrijirii la domiciliu?

Persoanele pot alege să plătească singure costul îngrijirii (denumite autofinanțare), și să își organizeze îngrijirea proprie.

Costurile pentru îngrijirea la domiciliu variază în întreaga țară, dar în medie aproximativ 15 £ pe oră.

Există agenții de îngrijire la domiciliu:

- Asociația de îngrijire la domiciliu din Marea Britanie poate oferi detalii despre furnizorii de îngrijiri la domiciliu care respectă codul de practică.
- Departamentul local de servicii sociale pentru adulți poate furniza detalii despre agențiile private acreditate.

Dacă persoana dorește să angajeze direct un îngrijitor, trebuie să încheie un contract de muncă în care se stipulează obligațiile părților și trebuie avut în vedere și contribuțiile de asigurări naționale, inclusiv contribuția la pensie dacă plăta este mai mult de 768 £la fiecare patru săptămâni (10.000 £pe an).

Dacă plățiți singuri serviciile (denumite autofinanțare) și capitalul dvs. ajunge la mai puțin de 23.250 £, consiliul local poate ajuta cu finanțarea. Ar trebui să solicitați o evaluare cu câteva luni înainte de această situație astfel încât să nu trebuiască să cheltuiți din banii proprii sub această sumă.

Niveluri financiare peste care persoanele contribuie la costul serviciilor (pensia medie în UK este de 19,900 £/an):

Venituri	Contribuția financiară
Peste £23,250	Se acoperă costul integral (numit și autofinanțare).
Între £14,250 și £23,250	Consiliul Local va finanța parțial costurile de îngrijiri
sub £14,250	Consiliul local va plăti în întregime costul, nu se va mai efectua o evaluare financiară.

În cazul în care toate veniturile eligibile sunt luate în considerare în evaluarea financiară, clientul trebuie să rămână cu un venit de £ 189.00 pe săptămână. Aceasta este cunoscută sub numele de venitul minim garantat.

ALTE TIPURI DE PRESTATII

Alocația de sprijin (Attendance Allowance)

Alocația de sprijin este un beneficiu pentru persoanele în vârstă care pot avea nevoie de ajutor suplimentar pentru a rămâne independente la domiciliu, din cauza unei boli sau a unui handicap.

Care este valoarea?

- £57.30 pe săptămână pentru sprijin de zi sau de noapte
- £85.60 pe săptămână pentru sprijin de zi și de noapte

Aceste sume se aplică pentru perioada Aprilie 2018 - Aprilie 2019.

Cine poate solicita alocația de sprijin?

- persoanele cu vârsta peste 65 de ani (persoanele sub 65 de ani, pot fi eligibili pentru prestația de independență personală Personal Independence Payment)
- persoane cu orice tip de dizabilitate sau boală, inclusiv tulburări de vedere sau auz sau probleme de sănătate mintală, cum ar fi demența

- persoane care au nevoie de ajutor timp de cel puțin 6 luni. (persoanele cu boli termianle pot face o solicitare de urgenta)

Tip de ajutor: îngrijire personală, precum spălarea sau îmbrăcarea sau supravegherea pentru a menține persoana în siguranță în timpul zilei sau al nopții

Indemnizatia ingrijitorului

Îngrijirea poate fi plină de satisfacții, dar poate fi și oboșitoare și stresantă, iar dacă renunți la muncă pentru a fi îngrijitor, aceasta poate avea și un efect asupra finanțelor tale. Chiar dacă nu te gândești la tine însuși ca îngrijitor, ajutorul pentru îngrijitor te-ar putea ajuta.

Indemnizația îngrijitorului este beneficiul principal care îi ajută pe îngrijitori. Acesta poate fi revendicat chiar dacă îngrijitorul nu este calificat și angajat și chiar dacă persoana nu este o ruda a persoanei îngrijite.

Este vorba de bani în plus în fiecare săptămână pentru îngrijitorul informal pentru a fi utilizați cum dorește. Persoana primește, de asemenea, credite de asigurări naționale în fiecare săptămână care se adaugă la pensie.

Indemnizatia ingrijitorului este de £64.60 pe saptamana (pentru perioada Aprilie 2018-19) și este, de obicei, platita la fiecare 4 saptamani.

Plata pentru îngrijire în centru rezidențial

Plata pentru îngrijirea rezidențială într-un centru de îngrijire este costisitoare. Există un ajutor disponibil pentru a face față costului, însă sistemul de îngrijire poate fi complicat și dificil de înțeles.

S-ar putea să fiți eligibil pentru ajutor financiar de la consiliul local sau, în anumite circumstanțe, de la NHS (Sistemul național de sănătate).

Dacă beneficiarul este eligibil pentru finanțare (după evaluarea situației financiare), consiliul local ar putea plăti unele sau majoritatea taxelor. Consiliul local va efectua o evaluare a nevoilor de îngrijire și o evaluare financiară (care va analiza veniturile și economiile).

Evaluarea financiară stabilește dacă persoana își permite să plătească pentru îngrijirea proprie și dacă este eligibilă pentru ajutor financiar din partea consiliului.

Taxele de îngrijire în centre vor varia în funcție de locație, de tipul centrului plus de propria situație financiară a persoanei. Costurile sunt de aproximativ 600 de lire sterline pe săptămână pentru un centru rezidențial și peste 800 de lire sterline pe săptămână pentru un loc într-o casă de îngrijire medicală.

Consiliul local trebuie să calculeze costul asistenței persoanei și cât de mult trebuie să contribuie persoana din resurse proprii. Această cifră trebuie să fie realistă și să permită persoanei să acceseze un centru de îngrijire corespunzător.

Dacă toate veniturile eligibile ale persoanei sunt luate în considerare în evaluarea financiară persoana trebuie să aibă la dispoziție un venit de 24,90 Lire pe săptămână. Aceasta este cunoscută sub numele de alocația pentru cheltuielile personale.

Dacă persoana are o nevoie semnificativă de sănătate, NHS poate contribui la costul îngrijirii. Dacă persoana este eligibilă pentru asistență medicală continuă de către NHS, îngrijirea în centru va fi gratuită.

Ce tipuri de centre rezidențiale există

- În timp ce toate centrele de îngrijire oferă cazare și îngrijire personală, există centre care oferă servicii suplimentare pentru rezidenții cu nevoi mai mari. Centrele de îngrijire pot fi conduse de companii private, consilii locale sau ONG.

Tipuri de centre	Servicii oferite
Centre de îngrijire	Servicii de îngrijire personală, cum ar fi spălat, îmbrăcat, igiena, administrare. De asemenea, acestea pot oferi activități sociale, cum ar fi excursii
Centre de asistentă medicală	Asigura îngrijiri personală dar și asistentă de la personal medical calificat
Centre pentru persoane cu demență	În plus apare factorul de siguranță.
Centre de îngrijiri și asistentă medicală	Accepta rezidenți care au nevoie atât de îngrijire personală, cât și de îngrijire medicală. Acest lucru înseamnă că cineva care la început are nevoie doar de îngrijire personală, dar mai târziu are nevoie de îngrijire medicală nu va trebui să schimbe centrul

Cum funcționează autoritățile

Multe părți ale Angliei au 2 niveluri de administrație locală:

- consiliile județene
- districte, regiuni sau orase

În unele părți ale țării, există doar un (unitar) nivel de administrație locală care furnizează toate serviciile locale. Cele trei tipuri principale sunt:

- autoritățile unitare în zonele de reședință
- cartierele din Londra
- cartierele metropolitane

Consiliile județene

Sunt responsabile de serviciile din întregul județ, cum ar fi:

- educație
- Transport
- planificarea
- incendiu și siguranță publică
- asistență socială

- biblioteci

- gestionarea deșeurilor

- standarde comerciale

Consiliile locale

Acestea acoperă o zonă mai mică decât consiliile județene.

Sunt, de obicei, responsabili pentru servicii cum ar fi:

- Colectare de gunoi, reciclare
- colectarea de taxe
- locuirea
- planificarea aplicațiilor
- adăposturi de autobuz
- centre comunitare
- granturi pentru a ajuta organizațiile locale

LICENȚIEREA CENTRELOR REZIDENȚIALE

Acestea se înregistrează la Inspectoratul de Îngrijiri (Care Inspectorate) Tipuri de centre:

- case de îngrijire pentru persoanele cu deficiențe fizice și senzoriale
- case de îngrijire pentru persoanele în vârstă
- case de îngrijire pentru persoanele cu dizabilități de învățare

- case de îngrijire pentru copii și tineri
- case de îngrijire pentru persoanele cu probleme legate de consumul de droguri și abuzul de alcool

- case de îngrijire pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală
- centre respiro și servicii de îngrijire pentru adulți

Ca parte a procesului de înregistrare, Inspectoratul de Îngrijire va verifica:

- dacă solicitantul și managerul serviciului de asistență propus sunt apti să furnizeze sau să administreze un serviciu de îngrijire
- dacă spațiile în care va fi furnizat serviciul de îngrijire propus sunt adecvate pentru a fi utilizate în acest scop

- că serviciul propus va asigura servicii corespunzătoare pentru sănătate, bunăstare, independență, luarea deciziilor, intimitate și demnitate a tuturor celor care folosesc serviciul

Există o taxă unică de licențiere, nerambursabilă de 3.849 de lire sterline, urmată de o taxă anuală de 157 de lire sterline.

Centrele trebuie să se înregistreze și la Care Quality Commission (Comisia de Calitate a Îngrijirilor) - institutie independenta de reglare a serviciilor medicale și sociale

Furnizorul de servicii - care poate fi o organizație, un parteneriat sau un individ - trebuie să se înregistreze. Managerul centrului trebuie, de asemenea, să se înregistreze.

Există procese separate care se aplică pentru înregistrare ca:

- furnizor nou
- manager nou

Nu există taxă de înscriere, dar după înregistrare, se plătește o taxă anuală.

Aplicatia contine:

- detalii despre spațiu
- lista activităților reglementate pe care intenționați să le desfășurați
- acesteavtrebuie să respecte standardele esențiale de calitate și siguranță
- o declarație de conformitate

Rolul Comisiei de calitate

- Înregistrează furnizorii de servicii de îngrijire.
- Monitorizează, verifică și evaluează serviciile, dau grade de satisfacție
- Acționează pentru a proteja persoanele care folosesc serviciile.

8. PROPUNERE POLITICA PUBLICA PRIVIND ACHIZITIILE DE SERVICII PENTRU PERSOANELE VARSTNICE

Politicele publice sunt acțiuni realizate de către autoritățile publice, ca răspuns la problemele identificate de societate. Procesul de elaborare a politicilor publice constă într-un ansamblu de activități, care au ca finalitate elaborarea unor proiecte de acte normative de către Guvern, propuse ulterior adoptării Parlamentului.

Conform reglementărilor în vigoare, activitatea de legiferare reprezintă principala modalitate de implementare a politicilor publice, asigurând instrumentele necesare pentru punerea în aplicare a soluțiilor de dezvoltare economică și socială, precum și pentru exercitarea autorității publice.

Elaborarea proiectelor de acte normative trebuie precedată, în funcție de importanța și complexitatea acestora, de o activitate de documentare și analiză științifică, pentru cunoașterea temeinică a realităților economico-sociale care urmează să fie reglementate, a istoricului legislației din acel domeniu, precum și a reglementărilor similare din legislația străină, în special a țărilor Uniunii Europene.

I. Documente de referință pentru elaborarea propunerii de politică publică:

- Hotărârea Guvernului nr. 561/2009 pentru aprobarea Regulamentului privind procedurile, la nivelul Guvernului, pentru elaborarea, avizarea și prezentarea proiectelor de documente de politici publice, a proiectelor de acte normative, precum și a altor documente, în vederea adoptării/aprobării;
- Hotărârea Guvernului nr. 775/2005 pentru aprobarea Regulamentului privind procedurile de elaborare, monitorizare și evaluare a politicilor publice la nivel central
- Legea nr. 24/2000 privind normele de tehnică legislativă pentru elaborarea actelor normative;
- Hotărârea Guvernului nr. 383/2015 pentru aprobarea Strategiei naționale privind incluziunea socială și reducerea sărăciei pentru perioada 2015-2020 și a Planului strategic de acțiuni pentru perioada 2015-2020;
- Hotărârea Guvernului nr. 566/2015 privind aprobarea Strategiei naționale pentru promovarea îmbătrânirii active și protecția persoanelor vârstnice pentru perioada 2015-2020 și a Planului strategic de acțiuni pentru perioada 2015-2020;
- Legea nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea nr. 292/2011 a asistenței sociale, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârea Guvernului nr. 797/2017 pentru aprobarea regulamentelor cadru de organizare și funcționare ale serviciilor publice de asistență socială și a structurii orientative de personal;
- Hotărârea Guvernului nr. 886/2000 pentru aprobarea grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice;
- Analiza realizată de Fundației de Sprijin Comunitar cu privire la situația achizițiilor de servicii sociale dedicate persoanelor vârstnice.

II. Etapele de elaborare a propunerii de politică publică:

În general, procesul de elaborare a unei politici publice cuprinde următoarele etape:

- identificarea problemelor ce urmează a fi soluționate prin adoptarea actului normativ de transpunere a politicii publice ;
- stabilirea agendei de politică publică, etapă în cadrul căreia problema specifică ce constituie subiectul politicii publice, respectiv situația achizițiilor de servicii sociale dedicate persoanelor vârstnice, va fi supusă atenției reprezentanților puterii politice;

- elaborarea cadrului de politică publică, etapă în care se va crea documentul de politică publică de către autoritatea publică competentă, pe baza propunerilor fundamentate ale Fundației de Sprijin Comunitar;
- adoptarea documentului de politică publică.

În elaborarea propunerii de politică publică se va avea în vedere formularul stabilit conform reglementărilor în vigoare, care va cuprinde: instituția inițiatoare; formularea problemei; denumirea politicii; scop; obiective generale, specifice și operaționale; beneficiari; opțiuni de soluționare (cel puțin trei), cu referire la impactul economic și asupra mediului de afaceri, impactul bugetar și financiar, impactul social, impactul asupra mediului înconjurător; selectarea opțiunii (cu mențiuni referitoare la beneficii/riscuri, impact detaliat, grupuri vizate, modalități/termene de monitorizare și evaluare, indicatori de performanță, termene preconizate de realizare și buget estimat.); procesul de consultare publică (asociațiile legal constituite consultate; fundamentarea alegerii acestora; recomandările propuse de organizațiile neguvernamentale, recomandările relevante acceptate de inițiator, precum și cele neacceptate însoțite de o scurtă justificare a nepreluării lor).

Propunerea unei politici publice în domeniul achizițiilor de servicii sociale și socio-medice pentru persoanele vârstnice

Identificarea problemei

Provocarea demografică reprezentată de îmbătrânirea populației României necesită un răspuns activ pentru abordarea nevoilor actuale ale vârstnicilor vulnerabili socio-economic, mai ales la nivel local. Această grupă de vârstă necesită o atenție specială, având în vedere nevoia mai mare de servicii de îngrijire pe termen lung a populației în vârstă. Partenerii din proiect, consideră că este necesară luarea unor măsuri concrete și sustenabile pentru dezvoltarea, reglementarea coerentă, finanțarea și creșterea calitatii serviciilor sociale și socio-medice integrate la nivel național. **Fundația de Sprijin Comunitar Bacău, Asociația Four Change și Universitatea Danubius din Galați**, susțin construirea accelerată a unui sistem național de servicii sociale și social medicale pentru persoanele vârstnice, accesibile, de bună calitate, unitar reglementate, disponibile pe întreg teritoriul național, acest lucru fiind posibil prin dezvoltarea capacității societății civile, a mediului academic și altor parteneri sociali relevanți de a susține și promova reforma administrației publice și de a forma propuneri alternative la pachetul legislativ privind achizițiile publice.

Care sunt serviciile vizate de propunerea de politică publică?

Îngrijirea la domiciliu - Un sistem integrat de servicii medicale și sociale destinat persoanelor cu grad ridicat de dependență sau cu mobilitate redusă, în vederea menținerii autonomiei acestora și a asigurării unei bune calități a vieții, în mediul de viață obișnuit al persoanei.

În general, îngrijirea la domiciliu presupune furnizarea unuia sau mai multor tipuri de servicii:

- **Servicii de îngrijiri medicale (pe baza recomandării medicale):** monitorizarea parametrilor fiziologici, injecții, pansamente, cateterisme, prevenirea și tratamentul escarelor de decubit, prevenirea complicațiilor venoase, pulmonare și osteo-musculo-articulare, mobilizări, etc.
- **Servicii de abilitare și reabilitare :** kinetoterapie, terapie ocupațională
- **Servicii preventive:** educație pentru sănătate
- **Servicii zilnice de bază:** masă caldă, ajutor pentru igienă corporală (baie generală/parțială, îmbrăcare/ dezbrăcare, schimbarea lenjeriei de pat, schimbarea scutecului), igiena eliminărilor, hrănire, servicii de adaptare a mediului la nevoile speciale al persoanei vârstnice/cu dizabilități.

- **Servicii de suport pentru un trai independent:** efectuarea de cumpărături, activități de menaj, activități de administrare și gestionare a resurselor sau bunurilor persoanei, adaptări ale locuinței sau ale mediului de viață (pentru creșterea gradului de autonomie), închirierea sau procurarea dispozitivelor asistive, sprijin pentru folosirea tehnologiilor asistive (tehnologii pentru comunicare, securitate personală, activități zilnice, domotică) etc.
- **Servicii sociale:** informare și consiliere socială oferite beneficiarilor sau familiilor acestora, activități de timp liber, sprijin pentru activitățile de socializare și participare activă la activitățile din comunitate.
- **Centrele rezidențiale:** Conform Ordinului 1343/2016 privind aprobarea metodologiei de evaluare, deselectare și de finanțare a cererilor de finanțare prin programul de interes național "Creșterea calitatii persoanelor varstnice din caminele pentru persoane varstnice", caminele pentru persoane varstnice funcționează în baza prevederilor legii 17/2000 privind asistența socială a persoanelor varstnice. Accesul în caminele publice pentru persoanele varstnice se face pentru persoana care nu are familie sau nu se află în întreținerea unei sau unor persoane obligate la aceasta potrivit dispozițiilor legale în vigoare, nu are locuința și posibilitatea de a-și asigura condițiile de locuit pe baza resurselor proprii, nu realizează venituri proprii sau acestea nu sunt suficiente pentru asigurarea îngrijirii necesare, nu se poate gospodări singură sau necesită îngrijire specializată, se află în imposibilitatea de a-și asigura nevoile socio-medicale. Potrivit art.16 din Legea 17/2000 internarea în caminele pentru persoane varstnice este o măsură cu titlu de excepție și se face în concordanță cu respectarea prevederilor Hotărârii Guvernului 886/2000 pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor varstnice, cu respectarea Standardelor minime de calitate pentru serviciile sociale cu cazare prevăzute în Anexa nr. 1 la Ordinul Ministrului muncii, familiei, protecției sociale, persoanelor varstnice nr 2126/2014 și cu respectarea prevederilor HG nr. 978/2015 privind aprobarea standardelor minime de cost pentru serviciile sociale și a nivelului venitului lunar pe membru de familie în baza cărui se stabilește contribuția lunară de întreținere datorată de către susținătorii legali ai persoanelor varstnice din centrele rezidențiale.
- **Centrele de zi:** Centrul de zi pentru vârstnici presupune un program de activități conceput cu scopul de a promova bunăstarea beneficiarilor, de a contribui la creșterea calității vieții a acestora, prin serviciile oferite. În centrele de zi sunt oferite, în mod gratuit sau în urma plății unei contribuții simbolice anuale, diferite servicii pentru înlăturarea sentimentului de izolare socială, pentru creșterea stimei de sine, petrecerea timpului liber, comunicare, pentru valorizarea fiecărei persoane și înlăturarea sentimentului de inutilitate. Activitățile puse la dispoziția beneficiarilor sunt destul de variate și în concordanță cu vârsta acestora și starea lor fizică:
 - ◆ *jocuri de societate:* șah, remy, table, scrabble, cărți;
 - ◆ *lecturare de cărți* din biblioteca Centrului de Zi;
 - ◆ *organizare de concursuri „Cine știe câștigă”*
 - ◆ *vizionare emisiuni TV, audiere emisiuni radio, muzică;*
 - ◆ *activități de suport în grup:* comunicare, educație pentru sănătate;
 - ◆ *activități cultural-artistice*

- ◆ *consiliere psihologică*
- ◆ *gimnastică de întreținere și reabilitare fizică:*
- ◆ *organizare de excursii*

Beneficiile/Avantajele frecventării unui astfel de centru sunt:

- ◆ petrecerea timpului liber într-un mediu plăcut și sigur;
 - ◆ evitarea izolării, singurătății;
 - ◆ îmbunătățirea sănătății fizice și mentale;
 - ◆ îmbunătățirea și/sau menținerea unui nivel adecvat de independență;
 - ◆ socializarea
- **Cantinele:** Cantinele sociale acordă servicii tip cantină tuturor categoriilor de persoane care se găsesc în situație de dificultate sau în risc de excluziune socială, inclusiv persoane varstnice, admise în cantină după criteriile de eligibilitate stabilite de furnizorul de servicii sociale, cu respectarea legislației în vigoare.
- Persoanele vârstnice, sunt de regula selectate potrivit prevederilor art.1, alin (4) și art.3 din Legea 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, după cum urmează: Este considerată persoană vârstnică, persoana care a împlinit vârsta de pensionare stabilită de lege și se află în una sau mai multe din următoarele situații:
- nu are familie sau nu se află în întreținerea unei sau unor persoane;
 - nu are locuință și nici posibilitatea de a-și asigura condițiile de locuit pe baza resurselor proprii;
 - nu realizează venituri proprii sau acestea nu sunt suficiente pentru asigurarea nevoilor de bază;
 - nu se poate gospodări singură sau necesită îngrijire specializată;
 - se află în imposibilitatea de a-și asigura nevoile sociomedicale, din cauza bolii sau a degradării stării fizice sau psihice.

Context/ Definirea problemei

Serviciile sociale și socio-medicale pentru persoanele vârstnice sunt supuse în prezent unor presiuni de dezvoltare și modernizare. Pe de o parte, numărul de utilizatori ai acestor servicii crește rapid și constant. Pe de altă parte, serviciile socio-medicale sunt confruntate cu exigențe europene sporite generate de libera circulație a serviciilor în interiorul UE, dar și cu nevoia de a fi reglementate coerent, pentru componentele lor medicale și sociale, atât în cazul furnizorilor publici, privați non-profit sau privați de tip profit.

Conform unui studiu realizat în cadrul rețelei SenioriNet (Asociația Four Change este unul dintre membrii fondatori iar FSC Bacău este membru), în prezent, sistemul național de servicii socio-medicale destinate persoanelor vârstnice cu grad crescut de dependență nu întrunește niciunul din criteriile de calitate promovate la nivel european:

- Serviciile nu sunt disponibile în număr suficient celor care au nevoie de ele și sunt extrem de rare în zonele rurale, orașele mici;
- Serviciile nu sunt ușor accesibile. Informația despre ele lipsește, personalul calificat este insuficient și deci accesul concret la servicii este limitat;
- Deși legislația prevede gratuitate pentru un număr precis de zile de îngrijire, în realitate decontarea integrală a acestor zile este dependentă de bugetul limitat al caselor de asigurări. **Costul real al serviciilor**, mai ales al celor pe termen lung, **este extrem de ridicat pentru veniturile unei familii**. Acest cost pune o presiune foarte mare pe întreaga familie a persoanei vârstnice (dependente) și conduce deseori la costuri secundare suplimentare: renunțarea la slujbă de către unul din membrii familiei, împrumuturi sau credite pentru acoperirea costurilor de îngrijire, alegerea internării într-o instituție pentru persoane vârstnice, etc.

- Acreditarea furnizorilor privați de servicii pentru vârstnici (de tip profit și de tip non-profit) nu este unitară. Reglementarea actuală a serviciilor face dificilă monitorizarea și evaluarea calității serviciilor oferite, iar impactul lor direct asupra beneficiarilor nu este monitorizat, în multe dintre cazuri. În ansamblu, **serviciile sunt prea puțin transparente și nu există date centralizate la nivel național**, pentru planificarea strategică a sectorului.
- **Serviciile care nu beneficiază de co-plată din partea beneficiarilor riscă să devină rapid nesustenabile.** Subfinanțarea cronică a serviciilor sociale, finanțarea dificilă a serviciilor integrate, conduce la o lipsă acută de predictibilitate în ceea ce privește capacitatea furnizorilor (în special a celor privați de tip non-profit) de a furniza aceste servicii la parametri corecți de calitate. În procent de 70%, finanțarea serviciilor oferite de furnizorii non-profit se bazează pe donații din străinătate și granturi.

Acest sector este strâns legat de fenomenul îmbătrânirii demografice, precum și al presiunilor crescânde asupra sistemelor de pensii și asigurări sociale, datorate scăderii populației apte de muncă. Prin urmare, toate statele europene își construiesc strategii și modalități de susținere a sectorului de servicii pentru vârstnici.

Deși aceste predicții sunt cunoscute de cel puțin 10 ani, sectorul serviciilor de îngrijire a vârstnicilor este în continuare subdezvoltat și subfinanțat.

Consecința problemei:

Peste 20% din populația vârstnică a României (65+) are nevoie de îngrijire la domiciliu și numai 0.23% beneficiază concret de aceste servicii. Acest lucru se intampla datorita mai multor factori care reies din analiza informatiilor primite in cadrul acestui studiu:

1. Subfinanțarea sectorului de servicii sociale și medico-sociale în general. Această subfinanțare se referă atât la sumele alocate din bugetul de stat cât și la cele din bugetele locale.
2. Lipsa unui mecanism transparent de alocare financiară special dedicat sectorul serviciilor socio-medice pentru persoanele varstnice
3. Lipsa dialogului și a consultărilor dintre furnizorii de servicii, utilizatori, autoritățile publice, evaluare inexistentă a nevoilor locale la nivelul APL (hărți de nevoi, hărți de servicii existente...)
4. Lipsa unei politici clare de dezvoltare a serviciilor la nivel local, cu precădere în zonele rurale.

De ce este nevoie de o politică publică în domeniul achizițiilor de servicii sociale și socio-medice pentru persoanele varstnice?

Pentru că cererea pentru aceste servicii va crește considerabil în următorul deceniu și pentru că va crește presiunea asupra sistemului de pensii, asupra sistemului medical și social!

În acest moment, la nivel UE, ACHIZITIA (CONTRACTAREA) DE SERVICII SOCIALE - este privită ca SOLUȚIE pentru rezolvarea cu succes a unor probleme comunitare, de interes public, de la servicii sociale la proiecte complexe de dezvoltare socio-economică. Instrumentul cel mai important pentru creșterea accesului la contractarea socială a serviciilor sociale pentru pers. varstnice îl detine administrația publică locală/județană. Sectorul ONG își face masiv simțita prezența la nivel local, aducând o contribuție importantă la soluționarea problemelor identificate și aflate pe agenda publică.

Deși la nivel de discurs public, politica publică și legislație principală, contractarea serviciilor sociale așa cum este definită de Legea 292/2011 poate funcționa, în practică, acest mecanism de finanțare a serviciilor sociale se află într-o fază de stagnare. Conform Raportului de analiză privind contractarea serviciilor sociale (FONCP 2015), DOAR 4% din contractele ONG-urilor pentru servicii sociale cu autoritățile locale au fost realizate în 2015 prin proceduri de achiziții publice. Conform

raportului (pag.54) și analizei realizate în cadrul acestui proiect, principalele obstacole în CONTRACTARE sunt:

- a). lipsa personalului specializat în achiziții publice de servicii sociale de la nivelul autorităților contractante,
- b) lipsa instrumentelor de lucru-documentații standard, instrucțiuni de întocmire a caietelor de sarcini pentru servicii sociale, modele de documentații standard;
- c) lipsa programelor de formare și informare pentru autorități și ONG.

Organizațiile reunite sub umbrela SenioriNet, rețeaua națională a ONG-urilor care lucrează cu varstnicii, din care fac parte atât Solicitantul cât și Part.1, au apreciat la întâlnirea de planificare strategică a rețelei organizată în 2016 faptul că accesul limitat la contractare afectează în primul rând în mod direct varstnicii, care în lipsa unor servicii sociale de suport, au o speranță de viață limitată și un nivel de trai foarte scăzut.

Pentru ca ONG-urile să aibă un rol activ în elaborarea deciziilor privind contractarea la nivel local, regional, județean, acestea trebuie să dețină capacitatea de a iniția un dialog constant și activ cu autoritatea locală, de a monitoriza și evalua politicile publice propuse de guvernarea locală și de a oferi soluții tehnice (în domeniul achizițiilor de servicii). De obicei, rolul ONG-urilor active în domeniul social la nivel local/județean se limitează la exprimarea sprijinului pentru o rezolvare unei probleme locale, și prea puțin în a furniza puncte substanțiale de vedere și feedback în domenii care presupun expertiză specifică, cum este cel al achizițiilor publice. Acest rol pasiv poate fi explicat printr-o varietate de cauze, printre care lipsa de personal specializat, lipsa de pregătire și de resurse dedicate, și indica, de asemenea, lipsa unei abordări sistematice și a unei strategii de intervenție la nivel local. Deși în ultimii ani s-au înregistrat progrese în participarea sectorului ONG la influențarea politicilor sociale la nivel regional sau național, majoritatea ONG-urilor care activează din domeniul social au o capacitate redusă de influențarea politicilor publice realizate la nivel local. Creșterea capacității ONG-urilor de a formula și promova politici publice este confirmată de Raportul serviciile sociale în România (FDSC, 2012): “dezbaterile și acțiunile de lobby privind clarificarea și simplificarea procedurilor de contractare a serviciilor sociale, precum și încurajarea autorităților publice locale să utilizeze acest mecanism, trebuie să continue pentru a asigura o dezvoltare firească a serv. sociale furnizate de sectorul ONG”. Necesitatea de investiții în dezvoltarea ONG-urilor care lucrează cu varstnicii și urgența de a stimula contractarea serviciilor la nivel local este confirmată de membrii SenioriNet și FONSS, care în luna Martie 2017 au dezbătut provocările cu care se confruntă pentru a asigura accesul egal al varstnicilor la servicii. Fără a construi o participare mai largă și mai calificată a ONG-urilor în influențarea politicilor, rezultatele politicii de dezvoltare a asistenței sociale nu vor putea avea rezultate scontate.

Propuneri privind componentele principale ale unei politici publice în domeniul achizițiilor de servicii sociale socio-medicele destinate persoanelor vârstnice

Obiectivul principal al serviciilor sociale și socio-medicele pentru persoanele vârstnice

Serviciile sociale și socio-medicele sunt disponibile și accesibile tuturor persoanelor vârstnice și contribuie la asigurarea unei îmbătrâniri active și decente!

Rolul lor este acela de a permite persoanelor să trăiască în condiții de siguranță, cât mai independent posibil și să poată derula activități cotidiene în compania celorlalți. Persoanele vârstnice trebuie să poată alege momentul și tipul serviciului de suport pe care doresc să îl primească la domiciliu.

Elementele cheie ale politicii publice în acest domeniu

Fundatia de Sprijin Comunitar Bacau, Asociatia Four Change și Universitatea Danubius propun ca politica publică în sectorul serviciilor socio-medicele pentru varstnici să includă următoarele categorii de măsuri:

1. Adoptarea unor Ordine/Instrucțiuni ale președintelui ANRMAP pentru clarificarea procedurilor de achiziție publică a serviciilor sociale, în vederea contractării furnizorilor privați non-profit, de către APL.
2. Dezvoltarea capacității societății civile, mediului academic și altor parteneri sociali relevanți (sindicate, patronate) de a susține și promova reforma administrației publice prin creșterea dimensiunii participative a sectorului ONG, dezvoltarea unei culturi a dialogului politic și social și consolidarea capacității acestora, prin promovarea pachetelor de documente privind achiziția de servicii sociale pentru persoanele vârstnice. Componenta de achiziții publice, contribuie la implementarea Strategiei naționale în domeniul achizițiilor publice 2015-2020, Ob. Spec. 1
3. Dezvoltarea unei rețele naționale de servicii sociale de bună calitate, cu acoperire adecvată în teritoriu și accesibile tuturor beneficiarilor, prin îmbunătățirea finanțării serviciilor sociale destinate vârstnicilor. Acest obiectiv este atins prin dezvoltarea unui pachet de achiziții de servicii sociale sporind rolul jucat de către furnizorii privați non-profit, acesta fiind totodată un mecanism de creștere a responsabilității sociale din serviciile sociale. Procedurile dezvoltate în proiect sprijină furnizarea serviciilor sociale de calitate pentru un număr cât mai mare de persoane vulnerabile și excluse social de la nivelul comunităților
4. Crearea unui nou pachet de acte normative suplimentare și coerente prin dezvoltarea legislației terțiare în domeniul achizițiilor de servicii sociale, măsura ce va conduce la asigurarea unui cadru legislativ coerent și eficient pentru sprijinirea autorităților contractante în activitatea curentă

Această analiză va sta la baza atelierelor de lucru la care vor participa specialiștii care vor participa la cursul de achiziții publice organizate în cadrul proiectului, în vederea elaborării unor propuneri de legislație terțiară în domeniul achizițiilor de servicii sociale pentru persoanele vârstnice.

Titlul proiectului: Servicii sociale pentru fiecare varstnic - pachet de achizitii de servicii in fiecare comunitate!

Cod MySMIS 110476

Editorul materialului: Fundatia de Sprijin Comunitar Bacau

Data publicarii: noiembrie 2018

”Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Capacitate Administrativa 2014-2020,,

”*Continutul acestui material nu reprezinta in mod obligatoriu pozitia oficiala a Uniunii Europene sau a Guvernului Romaniei*”.

**Material gratuit*