

PROTECȚIA SOCIALĂ ACORDATĂ PERSOANELOR VÂRSTNICE DIN ROMÂNIA

NICOLAE ROȘ*

***Abstract** Protection of elderly people, their rights and freedoms was the object of the preoccupations of the various bodies of United Nations since 1948 when the third Session of the General Assembly of United Nations has received the proposal of a draft statement regarding the elderly. The issue of older people was on the agenda of the UN Commissions for social problems and for human rights. In parallel, to this study have been associated International Labor Organization, World Health Organization and other specialized institutions, to achieve a comprehensive report which to contain the guiding principles of the national social policies and of the international actions¹.*

Keywords: social assistance, medical services, pension, strategy, work.

1. Noțiunea de persoană vârstnică

Potrivit unei opinii², în lume se utilizează două criterii pentru a considera că o persoană este vârstnică: biologic și cronologic. Cel de-al doilea este cel mai frecvent utilizat. Drept consecință, dacă se are în vedere vârsta de pensionare, o persoană este calificată ca fiind vârstnică după ieșirea sa la pensie pentru munca depusă și limita de vârstă.

Din momentul în care bătrânii au devenit „pensionari”, au intervenit mai multe inovații semantice pentru de redefini frontierele: „vârsta a treia”, „persoanele în vârstă dependente” și, mai recent, termenul de „seniori”³.

Sintagma „vârsta a treia” a cunoscut, în țările europene, o largă

* Asist. univ. dr. Facultatea de Drept Cluj-Napoca, Universitatea „Dimitrie Cantemir” București.

¹ A se vedea D. Gal, *Asistența socială a persoanelor vârstnice. Aspecte metodologice*, Editura Todesco, Cluj-Napoca, 2003, p. 6.

² V. Miftode, *Dimensiuni ale asistenței sociale*, Editura Eidos, Botoșani, 1995, p. 189.

³ V. Caradec, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Nathan, Paris, 2001, p. 20.

difuziune în anii 1970, o dată cu universitățile pentru vârsta a treia, cu cluburile pentru vârsta a treia și turismul specific. Această nouă sintagmă, a vehiculat o etică activistă a pensionării, fiind definită în opoziție cu bătrânețea. Vârsta a treia devenea, astfel, o nouă tinerețe⁴.

Diferiți autori au pus bazele construcției sociale a acestei noi categorii, deși unii identifică și piedici. Spre exemplu, demograful român⁵ anunță ca eufemistică denumirea „vârsta a treia” pentru populația care cuprinde cohortele cu vârste de peste 60 de ani.

În anul 1985, Adunarea Generală a O.N.U. a recomandat următoarea clasificare a persoanelor în funcție de vârstă:

- adulți, între 45 și 59 de ani;
- persoane vârstnice, între 60 și 64 de ani;
- persoane bătrâne, între 65 și 90 de ani;
- persoane foarte bătrâne, peste 90 de ani.

În prezent, O.N.U. recomandă vârsta de 65 de ani drept limita de la care o persoană se consideră vârstnică⁶.

Se cunoaște că bătrânețea este însoțită de modificări profunde ale organismului, în sensul uzurii generale a acestuia, stare asociată cu boli frecvente și diverse.

Această situație, însoțită uneori de lipsa unor venituri corespunzătoare, sau de sprijin și ajutor familial, constituie principala cauză a problemelor sociale întâlnite la persoanele vârstnice, probleme care pot prezenta o serie de particularități în funcție de anumite condiții specifice.

De aceea, pentru aceste categorii de persoane, respectiv pentru acelea lipsite de venituri și de susținători, a celor cu venituri insuficiente și fără familie, sau a bolnavilor cronici care nu pot fi îngrijiți în familie, au fost reglementate o serie de prestații pe linia asistenței sociale.

⁴ D. Gîrleanu-Șoitu, *Vârsta a treia*, Editura Institutul European, Iași, 2006, p. 22-23.

⁵ Vl. Trebici, *Genocid și demografie*, Editura Humanitas, București, 1991, p. 133.

⁶ A se vedea D. Enăchescu, M. G. Marcu, *Sănătate publică și management sanitar*, Editura All, București, 1995, p. 118-119.

2. Principii ale sistemului de asistență socială pentru persoanele vârstnice

Principiile care stau la baza Strategiei naționale pentru dezvoltarea sistemului de asistență socială pentru persoanele vârstnice se fundamentează pe principiile enunțate de Organizația Națiunilor Unite, precum și pe cele care guvernează construcția sistemului de servicii sociale și sunt următoarele:

- a) Respectarea demnității umane;
- b) Promovarea împlinirii personale;
- c) Promovarea autonomiei persoanei;
- d) Promovarea participării și responsabilizării;
- e) Facilitarea accesului la serviciile de îngrijire;
- f) Proximitatea;
- g) Solidaritatea socială;
- h) Parteneriatul;
- i) Abordarea multidisciplinară;
- j) Libertatea de a alege;
- k) Egalitatea de șanse și nondiscriminarea;
- l) Transparența și responsabilitatea publică;
- m) Complementaritatea și abordarea integrată;

3. Reglementări internaționale

Protecția socială a persoanelor vârstnice trebuie să asigure respectarea drepturilor așa cum sunt ele reglementate în tratate și convenții internaționale. România, pentru a ratifica și art. 23 referitor la drepturile persoanelor vârstnice din Carta Socială Europeană revizuită, cât și pentru a demonstra respectarea prevederilor art. 13 referitor la drepturile pentru asistență socială și medicală, și-a asumat deja prin Legea nr. 74/1999 pentru ratificarea Cartei sociale europene revizuite, adoptată la Strasbourg la 3 mai 1996, dar și în calitate de țară membră ONU, trebuie să promoveze măsuri adecvate destinate persoanelor vârstnice pentru a permite acestora să rămână membri deplin ai societății. Strategia de asistență socială în favoarea persoanelor vârstnice reprezintă o

prioritate și se fundamentează atât pe evaluarea situației prezente și a potențialelor riscuri la care este predispusă persoana vârstnică, cât și pe principiile enunțate de Națiunile Unite:

- a) Independență
- b) Participare
- c) Îngrijire;
- d) Împlinire personală;
- e) Demnitate.

Prin Declarația de la Viena din 1998 – „*A îmbătrâni în Europa: Solidaritatea între generații - bază a coeziunii sociale*”, prima Adunare Generală a Națiunilor Unite consacrată îmbătrânirii stabilea necesitatea elaborării unor politici globale referitoare la îmbătrânire și persoane vârstnice, aceasta fiind privită drept un răspuns și o șansă de dezvoltare demografică și o condiție a menținerii și întăririi coeziunii sociale.

În aprilie 2002, la Madrid, a doua Adunare Generală a Națiunilor Unite consacrată îmbătrânirii a adoptat Planul Internațional de Acțiune privind Îmbătrânirea și Declarația Politică, documente ce cuprind recomandări privind implementarea măsurilor capabile să răspundă atât oportunităților, cât și provocărilor induse de fenomenul de îmbătrânire a populației în secolul XXI. Scopul final al acțiunilor ce vor fi întreprinse este acela de a promova o societate pentru toate vârstele.

Bătrânețea a început să fie considerată din ce în ce mai mult un risc de dependență și de excluziune socială. Ca atare, protecția socială a persoanelor vârstnice se regăsește ca temă prioritară, inclusiv în documentele Comisiei Europene ce vizează elaborarea unor obiective și planuri de acțiune socială comune, în cadrul metodei de coordonare deschisă a politicii de combatere a excluziunii sociale, enunțată la *summit*-ul Consiliului European de la Lisabona din martie 2000.

La elaborarea strategiei naționale de dezvoltare a sistemului de asistență socială pentru persoanele vârstnice s-au avut în vedere, nu numai Planul Internațional de Acțiune privind Îmbătrânirea și Declarația Politică de la Madrid, dar și o serie de documente programatice, recomandări sau angajamente, cum ar fi:

□ Carta Socială Europeană revizuită, care reglementează un set de drepturi sociale fundamentale, printre care:

Art. 13. Dreptul la asistența socială și medical

Art. 14. Dreptul de a beneficia de servicii sociale

Art. 23. Dreptul persoanelor vârstnice la asistența socială

Art. 30. Dreptul la protecție împotriva sărăciei și a excluderii sociale;

□ Codul European de Securitate Socială ce prevede garantarea prestațiilor care se adresează riscului de bătrânețe;

□ Tratatul de la Amsterdam, precum și Carta Drepturilor Fundamentale proclamată la Nisa în anul 2000, unde se face referire la eliminarea oricăror forme de discriminare legate de vârstă;

□ Recomandarea Comitetului de Miniștri nr. R(87) privind constituirea Grupului de legătură pentru depistarea și supravegherea problematicei persoanelor vârstnice;

□ Recomandarea Consiliului Europei nr. 92/442/CCE asupra convergenței obiectivelor și politicilor de proiecție socială;

□ Recomandarea Comitetului de Miniștri nr. R/(94)14 referitoare la politicile coerente și integrate;

□ Recomandarea Consiliului Europei nr. 1428(1999)1 "Viitorul cetățenilor vârstnici: protecție, participare și promovare".

Aceste recomandări propun o serie de măsuri având drept țintă dezvoltarea îngrijirilor și serviciilor acordate la domiciliul persoanei, promovarea accesului la serviciile de sănătate, îmbunătățirea măsurilor de prevenire a situației de dependență, diversificarea prestațiilor destinate prevenției sau combaterii riscului de marginalizare sau excludere socială și creșterii calității vieții persoanei vârstnice.

Recomandarea Consiliului Europei Nr. R (98) 9 privind dependența, adoptată de Comitetul de Miniștri ai Statelor membre la data de 18 septembrie 1998, subliniază, prin conținutul ei, necesitatea ca opinia publică să fie sensibilizată referitor la importanța problematicei legate de situația de dependență, precum și urgența orientării măsurilor politice și legislative asupra acestui domeniu. Acest document recomandă statelor membre să elaboreze legislația în domeniu, luând în considerare reglementări care privesc:

a) definiția dependenței;

b) principiile generale în favoarea persoanelor dependente;

- c) măsuri în favoarea persoanelor dependente;
- d) îngrijitorii fără statut profesional.

Textul în cauză a fost elaborat luându-se în considerare textele adoptate care tratează aspecte legate de situația de dependență, cum ar fi Recomandarea nr. (87) 22 asupra depistării și supravegherii în cazul persoanelor vârstnice, Recomandarea Nr. (90) 22 asupra protecției sănătății mintale a unor grupuri vulnerabile ale societății, Recomandarea nr. (91) 2 privind securitatea socială a lucrătorilor fără statut profesional, Recomandarea nr. (92) 6 privind politica coerentă în materie de readaptare a persoanelor cu handicap, Recomandarea nr. (84) 24 privind securitatea socială referitor la măsurile preventive.

4. Reglementări interne privind protecția socială a persoanelor vârstnice

Persoanele vârstnice au dreptul la asistență socială în raport cu situația socio-medicală și cu resursele economice de care dispun. Asistența socială pentru persoanele vârstnice se realizează prin servicii și prestații sociale.

Beneficiază de prevederile legii⁷ persoana vârstnică (ce a împlinit vârsta de pensionare stabilită de lege) aflată în una din următoarele situații:

- nu are familie sau nu se află în întreținerea unei/unor persoane obligate la aceasta;
- nu are locuință și nici posibilitatea de a-și asigura condiții 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 îngrijiri specializate;
- se află în imposibilitatea de a-și asigura nevoile socio-medicale, datorită bolii ori stării fizice sau psihice.

Aceste drepturi și facilități se acordă și în conformitate cu

⁷ Legea nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, republicată în Monitorul Oficial al României nr. 157 din 6 martie 2007.

prevederile:

□□ Hotărârea Guvernului României nr. 886/2000⁸ pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice și conform

□□ Ordinului M.S.F. nr. 318/2003 pentru aprobarea Normelor privind organizarea și funcționarea îngrijirilor la domiciliu, precum și autorizarea persoanelor juridice și fizice care acordă aceste servicii și

□□ Ordinului M.S.F. nr. 559/2003 privind aprobarea Normelor metodologice de evaluare pentru acreditarea furnizorilor de îngrijiri la domiciliu.

Nevoia și dependența socio-medicală vor fi determinate prin anchetă socială realizată de către primăria de domiciliu și stabilită potrivit grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice.

Consiliul local – organizează aceste servicii, conform legii.

Serviciile comunitare sunt:

- îngrijirea temporară sau permanentă la domiciliu;
- îngrijirea temporară sau permanentă într-un cămin pentru persoane vârstnice;
- îngrijirea în centre de zi, apartamente și locuințe sociale, case de îngrijire temporară.

Serviciile comunitare la domiciliu sunt:

a) servicii sociale privind îngrijirea persoanei, prevenirea marginalizării sociale, consilierea juridică, sprijin pentru plata unor servicii și obligații curente, îngrijirea locuinței și gospodăriei, ajutor pentru menaj și prepararea hranei;

b) servicii socio-medicale pentru realizarea igienei personale, adaptarea locuinței la nevoile persoanei vârstnice, îngrijire temporară în centre de zi, aziluri de noapte sau alte centre specializate;

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

Serviciile comunitare pentru îngrijirea la domiciliu (sociale și

⁸ Publicată în Monitorul Oficial al României nr. 507 din 16 octombrie 2000.

socio-medicale) se asigură fără plata contribuției persoanelor vârstnice, care evaluate conform grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice, nu au venituri, sau veniturile lor sunt de 5 ori mai mici decât nivelul venitului net lunar luat în calcul la stabilirea ajutorului social pentru o singură persoană.

Persoanele vârstnice pot beneficia și de servicii cu plata unei contribuții, care se stabilesc de consiliile locale.

Îngrijirea temporară sau permanentă a persoanelor vârstnice la domiciliu poate fi realizată numai cu consimțământul acesteia, de o persoană fizică acreditată sau, după caz de o persoană juridică cu atribuții în domeniu.

Persoanele care pot acorda îngrijirea sunt:

- soțul și rudele care au în îngrijire o persoană vârstnică dependentă;
- personal de îngrijire angajat de Consiliile locale, prin plata cu ora, fracțiuni de normă sau cu normă întregă;
- pentru serviciile medico-sociale, Consiliile locale pot asigura servicii direct sau pe baza de convenții încheiate cu O.N.G.-uri.

Serviciile comunitare în cămine sunt:

a) servicii sociale:

- ajutor pentru menaj;
- consiliere juridică și administrativă;
- modalități de prevenire a marginalizării sociale și de reintegrare socială.

b) servicii socio-medicale:

- ajutor pentru reabilitarea capacităților fizice și intelectuale;
- sprijin pentru realizarea igienei personale;
- asigurarea unor programe de ergoterapie.

c) servicii medicale:

- consultații și tratamente;
- servicii de îngrijire/infirmerie;
- asigurarea de medicamente;
- asigurarea cu dispozitive medicale.

Plata pentru serviciile comunitare acordate persoanelor vârstnice în cămine se face astfel:

- persoanele vârstnice care dispun de venituri proprii au obligația să plătească lunar o contribuție de întreținere, stabilită pe baza costului

mediu lunar de întreținere;

- contribuția lunară se stabilește de către conducerea căminului, în funcție de gradul de dependență al persoanei vârstnice îngrijite, de veniturile acesteia și după caz, de veniturile susținătorilor legali;

- obligația privind plata contribuției lunare de întreținere se stabilește printr-un angajament de plată, semnat de persoana vârstnică ce urmează să fie îngrijită în cămin, sau dacă aceasta este lipsită de capacitate de exercițiu, de către reprezentantul său legal;

- normele metodologice privind stabilirea costului mediu lunar de întreținere în cămine se aprobă prin Hotărâre de Guvern.

Îngrijirea temporară sau permanentă în cămin.

Căminul pentru persoane vârstnice este instituția de asistență socială cu personalitate juridică, înființată și finanțată potrivit dispozițiilor Legii nr.17/2000.

Actele necesare pentru întocmirea dosarului persoanelor vârstnice sunt:

- cerere pentru îngrijire în cămin;
- fișa de evaluare medico-socială;
- copii xerox după actele de stare civilă;
- declarație privind lipsa susținătorilor legali, după caz;
- acte doveditoare privind venitul;
- talonul de pensie;
- declarație pe proprie răspundere că nu realizează venituri – data la notar public.

Criteriile de prioritate pentru accesul la îngrijire în cămin:

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

Persoanele vârstnice care beneficiază de asistență socială au dreptul și la alte forme de protecție socială, în condițiile legii

5. Analiza sistemului național de asistență socială pentru persoanele vârstnice

Noua Strategie națională de dezvoltare a sistemului de asistență socială a persoanelor vârstnice și Planul național de acțiune socială

privind persoanele vârstnice constituie modalități de „clarificare și reorganizare a sistemului de protecție socială a persoanelor vârstnice, conform tendințelor de reformare instituțională și administrativă” din România⁹.

Politica de protecție a persoanelor vârstnice¹⁰ poate viza acțiuni în planurile:

- financiar – protejarea venitului;
- medical – îmbunătățirea calității îngrijirii medicale;
- social, pe mai multe niveluri:
 - personal – crearea de condiții pentru a trăi demn și independent, pentru o perioadă cât mai îndelungată, în mediul propriu;
 - inter-relațional – sprijinirea integrării în viața comunității;
 - al relației vârstnic – instituții, în sensul adecvării serviciilor oferite de aceste organisme la nevoile sociale ale persoanelor de vârsta de treia sau al adaptării acestora la ofertele existente.

În afara riscului de bătrânețe acoperit de sistemul de securitate socială prin asigurarea unui venit reprezentat de pensie, în cazul persoanelor de vârsta a treia se întâlnește o situație particulară, acestea având nevoie, în egală măsură, de două tipuri de suport - respectiv servicii sociale și medicale. În aceste condiții, inițierea, dezvoltarea și acordarea serviciilor sociale și de sănătate, în special a celor de îngrijire personală, impun o politică unitară în domeniu pentru a realiza menținerea persoanelor vârstnice la domiciliu sau, dacă acest lucru nu este posibil, pentru a asigura suportul necesar continuării vieții într-o instituție de asistență socială.

În prezent, în România, funcționează:

- a) 19 cămine pentru persoane vârstnice, cu o capacitate de 2.121 paturi, aflate în coordonarea metodologică a Ministerului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei;
- b) 84 de centre de îngrijire și asistență pentru adulții cu handicap,

⁹ Conform Hotărârii Guvernului României nr. 541 din 9 iunie 2005 pentru aprobarea Strategiei naționale de dezvoltare a sistemului de protecție socială a persoanelor vârstnice (2005-2008), publicată în Monitorul Oficial al României nr. 541 din 27 iunie 2005.

¹⁰ G. Poede, *Politici sociale*, Moldova, Iași, 2002, p. 173.

cu o capacitate de 10.230 paturi, reprezentând fostele cămine de bătrâni și cămine spital, aflate în coordonarea metodologica a Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap (39 foste cămine de bătrâni și 45 foste cămine spital care nu și-au schimbat profilul inițial);

c) 17 instituții de asistență socială (cămine pentru persoane vârstnice și centre de zi) susținute financiar de organizații neguvernamentale, pentru care se acorda subvenții de la bugetul de stat, cu o capacitate totală de 776 locuri;

d) 39 de servicii la domiciliu subvenționate de la bugetul de stat¹¹.

Aceste instituții nu sunt singurele existente, la ora actuală, pe teritoriul României. O evaluare reală a situației prezente privind toate centrele de servicii sociale destinate persoanelor vârstnice, instituțiile care oferă asistență și găzduire, sau serviciile de îngrijire la domiciliu, aflate în administrare publică sau privată, nu s-a putut realiza, deoarece au lipsit coordonarea demersului, metodologia specifică de evaluare, precum și pârgghiile legislative care să oblige asigurarea de informații corecte și transmiterea acestora, de la nivel local spre administrația centrală.

Sistemul actual de asistență socială pentru persoanele vârstnice se axează în principal pe:

a) Transferuri bănești către populație (ajutoare sociale, ajutoare de urgență, indemnizații sau alte pensii decât cele provenite din sistemul de asigurări sociale);

b) Facilități diverse care privesc, în special asistența medicală fără contribuție, gratuități și compensări la medicamente, gratuități sau reduceri de costuri pentru tratament balnear, transport în comun sau interurban, abonamente radio-tv ș.a.m.d.;

c) Servicii de îngrijire la domiciliu; îngrijirea la domiciliu se acordă fără nici o contribuție în cazul persoanelor care au venituri reduse; persoanele vârstnice care se încadrează într-un grad de handicap grav pot beneficia de asistent personal sau pot opta pentru o indemnizație; de asemenea pot beneficia de facilitățile acordate adultului cu handicap;

d) Servicii de găzduire, supraveghere, asistare, îngrijire,

¹¹ A se vedea Raportul privind îndeplinirea programului de guvernare pentru perioada 2005-2008.

recuperare, suport și consiliere acordate în instituții de asistență socială de tip rezidențial sau servicii alternative de tip centre de zi, „respice centre”, cluburi etc.;

e) Personal specializat care își desfășoară activitatea în domeniul asistenței sociale a persoanelor vârstnice și anume asistenți sociali, dar și profesioniști cu diverse calificări și competențe, în funcție de serviciile pe care le acordă;

f) Descentralizare care privește transferarea responsabilității administrării și gestionării serviciilor sociale, acordate în instituții sau la domiciliu, autorităților locale; instituțiile de asistență socială sunt, în principal, înființate, organizate și administrate de autoritățile locale;

g) Finanțare județeană și locală; serviciile sociale, fie că sunt acordate în instituții sau la domiciliu sunt finanțate de autoritățile locale, de la bugetul de stat putând fi acordate sume pentru anumite cheltuieli stabilite prin lege;

h) Parteneriat și solidaritate socială; un principiu caracteristic sistemului de asistență socială este parteneriatul; în condițiile în care, într-o anumite perioadă de dezvoltare socio-economică, statul nu poate să asigure un suport financiar suficient, societatea civilă, prin formele ei organizate, trebuie să participe intens la dezvoltarea oricăror forme de suport destinate prevenirii și combaterii oricăror situații de risc ce ar putea conduce la marginalizare sau excluziune socială;

i) Participarea beneficiarilor la procesul de decizie privind înființarea, organizarea, administrarea și acordarea serviciilor sociale.

Principalele puncte slabe ale sistemului de asistență socială a persoanelor vârstnice:

1. În raport cu organizarea:

a) Responsabilități disparate, la nivel de instituții guvernamentale:

b) Regulamente de organizare și funcționale diferite ale instituțiilor care acordă același tip de servicii, pentru aceleași categorii de beneficiari;

c) Misiunea instituțiilor nu este clar definită;

d) Disproporție în alocarea de personal în raport cu complexitatea activității, precum și lipsa unor normative de personal elaborate în baza unor evaluări prealabile, cu respectarea standardelor europene în

domeniu;

e) Existența mai multor sisteme de evaluare a pierderii funcționale;

f) Lipsa definirii clare a raporturilor de coordonare/subordonare la nivel central și teritorial;

g) Sistem managerial informațional slab dezvoltat, ceea ce conduce la decizii incorecte sau insuficient fundamentate;

h) Incapacitatea sistemului de a oferi o imagine comprehensivă asupra numărului de beneficiari și a serviciilor disponibile;

i) Lipsa inspecției de sistem.

2. În raport cu finanțarea:

a) Descentralizarea nu a fost urmată de alocarea de resurse financiare și umane suficiente;

b) Rigiditatea sistemului a generat imposibilitatea direcționării fondurilor în vederea soluționării unor situații de criză;

c) Finanțarea instituțiilor de asistență socială din bugetele locale; deși acestea asigură servicii pentru beneficiari care provin din toate localitățile județului, aceasta a condus la degradarea multor instituții sub aspect fizic și funcțional;

d) Neaplicarea legislației referitoare la convențiile ce se încheie pentru îngrijirea unei persoane vârstnice într-un cămin situat în alt județ, autoritatea locală unde își are domiciliul persoana fiind obligată să asigure cheltuielile necesare asistării acesteia;

e) Planificarea financiară nu se realizează în funcție de nevoia socială și evoluția problemelor sociale;

f) Nedefinirea clară a modalităților de finanțare a serviciilor sociale, astfel încât să fie asigurată sustenabilitatea și continuitatea acestora.

3. În raport cu resursele umane:

a) Sub-dimensionarea necesarului de personal la nivel central și local;

b) Lipsa personalului calificat la nivelul serviciilor publice de

asistență socială¹², dar și la nivelul serviciilor și instituțiilor de asistență socială destinate asistării persoanelor vârstnice;

c) Reglementări insuficiente referitoare la nevoia de formare și criteriile de acreditare a personalului care activează în domeniul serviciilor sociale pentru persoane vârstnice, respectiv lipsa standardelor profesionale care să permită și includerea în Clasificarea Ocupațiilor din România, cât și o salarizare corespunzătoare;

d) Titlaturi diferite utilizate pentru personalul care are atribuții similare (asistent personal, îngrijitor la domiciliu);

e) Insuficiența dezvoltare a sistemului de formare continuă în vederea dezvoltării de competențe;

f) Lipsa unor profesii necesare managementului serviciilor sociale pentru persoane vârstnice: asistentul medical de geriatrie și gerontopsihiatrie, managerul de caz, terapeutul ocupațional specializat în recuperarea persoanelor vârstnice etc.;

g) Deși cu tradiție în medicina românească, există blocaje în dezvoltarea specialității și competențelor în geriatrie-gerontologie.

4. În raport cu profilul global al sistemului:

a) Numărul redus de studii și cercetări privind tendințele demografice, particularitățile vârstei a treia și problematicele specifice vârstnicilor din țara noastră, bazate pe date reale, culese și interpretate prin metode specifice și consacrate, apte să ofere informația necesară elaborării de politici eficiente în domeniu, pe termen mediu și lung;

b) Lipsa unui departament specializat în elaborarea, evaluarea și monitorizarea politicilor sociale și programelor naționale destinate persoanelor vârstnice, organizat la nivel central;

c) Existența mai multor reglementări legislative elaborate de instituții guvernamentale diferite, care produc paralelisme, confuzii sau incoerențe în sistem;

d) Accesul persoanelor vârstnice la îngrijirea în sistem rezidențial sau la domiciliu se realizează în bază mai multor metodologii, prevăzute de legislația specială pentru persoane vârstnice și persoane cu handicap;

e) Dreptul la măsuri de asistență socială se acordă pe criterii diferite: evaluarea nevoilor persoanelor vârstnice este realizată de o

¹² N. Neamțu, *Managementul serviciilor de asistență socială*, Editura Motiv, Cluj-Napoca, 2001, p. 11-12.

echipă formată din medic și asistent social care aplică grila națională de evaluare a persoanelor vârstnice și stabilește gradul de dependență; persoana vârstnică cu dizabilități este evaluată de Comisia de expertiză a adultului cu handicap care încadrează persoana într-un grad de handicap; este de subliniat faptul că legislația din țările europene consideră persoanele care au dobândit o dizabilitate generatoare de pierdere funcțională la vârsta a treia, drept persoane dependente și nu persoane cu handicap;

f) Contribuția beneficiarului înregistrează un quantum diferențiat în instituții care acordă, în fapt, aceleași servicii (cămine pentru persoane vârstnice și centre pentru îngrijire și asistență pentru adulții cu handicap - foste cămine de bătrâni și cămine spital);

g) Administrarea instituțiilor pentru persoane vârstnice se realizează după regulamente diferite, în funcție de autoritatea centrală care le coordonează;

h) Dezvoltare inegală și inechitabilă a serviciilor sociale destinate persoanelor vârstnice la nivel național: există județe cu concentrare masivă de ONG-uri furnizoare de servicii, iar altele în care nu;

i) Numărul redus de servicii de îngrijire la domiciliu, precum și a centrelor de zi sau altor tipuri de servicii alternative;

j) Absența activității de monitorizare și control susținută de criterii și standarde clar definite, aplicată de personal calificat în domeniu;

k) Incapacitatea sistemului de a rezolva probleme/situații personale extrem de grave care nu sunt deloc sau sunt marginal acoperite cu servicii sociale.

6. Măsurile de protecție socială acordate persoanelor vârstnice

În prezent, țara noastră se confruntă cu un dezechilibru între 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.

În domeniul protecției sociale a populației, Consiliul Europei a adoptat, la 3 mai 1996, Carta Socială Europeană, care vizează dreptul la protecția sănătății, la securitatea socială și medicală, cât și dreptul de a beneficia de servicii sociale. Carta a fost semnată de România la 15 mai 1997 și a fost ratificată prin legea nr. 74/1999¹³. Potrivit art. 23 al Cartei, care reglementează dreptul persoanelor vârstnice la protecție socială, statele semnatare ale Cartei se angajează 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.

Una dintre cele mai importante măsuri guvernamentale întreprinse în acest sens de țara noastră în domeniul asistenței sociale a persoanelor vârstnice constă în elaborarea unui cadru juridic coerent, care să țină seama de normele europene. Astfel, a fost adoptată Legea nr. 17/2000¹⁴ privind asistența socială a persoanelor vârstnice. Sunt considerate persoane vârstnice, în sensul legii, persoanele care au împlinit vârsta de pensionare stabilită de lege. De prevederile acestei legi beneficiază persoanele vârstnice aflate, potrivit art. 3 din lege, într-una din următoarele situații: nu are familie sau nu se află în întreținerea unei persoane; nu are locuință și nici posibilitatea de a-și asigura condițiile de locuit prin resursele financiare proprii; nu realizează venituri proprii sau acestea sunt insuficiente; nu se poate gospodări singură sau necesită îngrijire specializată; se află în imposibilitate de a-și asigura nevoile socio-medicale, datorită bolii ori a stării fizice sau psihice.

Asistența socială se acordă la cererea persoanei vârstnice interesate, a reprezentantului legal al acesteia, a instanței judecătorești, a

¹³ Legea nr. 74/1999 pentru ratificarea Cartei sociale europene revizuite, adoptată la Strasbourg la 3 mai 1996, a fost publicată în Monitorul Oficial al României nr. 193 din 4 mai 1999.

¹⁴ Modificată prin Legea nr. 270/2008 pentru modificarea Legii nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, publicată în Monitorul Oficial al României nr. 768 din 14 noiembrie 2008.

personalului de specialitate din cadrul consiliului local, a poliției, a organizației pensionarilor, a unităților de cult recunoscute în România sau a organizațiilor neguvernamentale care au ca obiect de activitate asistență socială a persoanelor vârstnice.

Dreptul la asistență socială se stabilește pe baza unei anchete sociale care se elaborează luându-se în considerare toate datele privind afecțiunile ce necesită îngrijire specială, capacitatea de a se gospodări și de a îndeplini cerințele firești ale vieții cotidiene, condițiile de locuit, precum și veniturile efective sau potențiale considerate minime pentru asigurarea satisfacerii nevoilor curente ale vieții. Nevoile persoanelor vârstnice care și-au pierdut total sau parțial autonomia, nevoi ce pot fi de natura medicală, socio-medicală, psiho-afectivă, se stabilesc pe baza grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice. Grila națională de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice a fost aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 886/2000¹⁵ și cuprinde criteriile de încadrare în grade de dependență. Dependența, potrivit art. 1 alin. 3 din Hotărârea Guvernului nr. 886/2000, reprezintă situația unei persoane care, urmare a pierderii autonomiei din cauze fizice, psihice sau mentale, necesită ajutor semnificativ și/sau îngrijire pentru a realiza activitățile de baza ale vieții cotidiene. În vederea încadrării în grade de dependență, se realizează o evaluare a statusului funcțional, senzorial și psiho-afectiv al persoanei vârstnice. Pe baza analizei situației sociale, economice și medicale a persoanei vârstnice, prin ancheta socială se propune măsura de asistență socială justificată de situația de fapt constatată.

Serviciile comunitare care se asigură în baza Legii nr. 17/2000 constau în: îngrijire temporară sau permanentă la domiciliu; îngrijire temporară sau permanentă într-un cămin pentru persoane vârstnice; îngrijire în centre de zi. Serviciile comunitare care, potrivit legii, sunt asigurate persoanelor vârstnice la domiciliu constau în servicii sociale (vizând în principal prevenirea marginalizării și sprijinirea reintegrării sociale), servicii socio-medicale (vizând ajutorul pentru realizarea igienei personale, adaptarea locuinței la nevoile persoanei vârstnice) și servicii medicale (sub forma consultațiilor și îngrijirilor medicale la domiciliu,

¹⁵ Publicată în Monitorul Oficial al României nr. 507 din 16 octombrie 2000.

consultații stomatologice, administrarea de medicamente, acordarea de materiale sanitare și de dispozitive medicale). Organizarea serviciilor sociale și socio-medicale revine consiliilor locale și sunt asigurate fără plată persoanelor vârstnice care nu au venituri sau ale căror venituri sunt mai mici de 5 ori decât nivelul net lunar luat în calcul pentru o persoană singură. Serviciile medicale menționate sunt acordate în baza reglementărilor legale în vigoare privind asigurările sociale de sănătate, respectiv în baza legii nr. 95/2006¹⁶ privind reforma în domeniul sănătății și a Contractului Cadru din 2006 privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006¹⁷ și modificat de Hotărârea Guvernului 634/2007. Medicamentele de care pot beneficia asigurații, deci implicit și persoanele vârstnice, sunt cuprinse în Lista de medicamente aprobată prin Ordinul Președintelui CNAS nr.578/2006 și modificată prin Ordinul Președintelui CNAS nr. 124/2007. Potrivit prevederilor art. 95 din Contractul-cadru pe anul 2007, procentul de compensare a medicamentelor prevăzute în sublista A este de 90% din prețul de referință, pentru cele cuprinse în sublista B - este de 50%, iar pentru cele cuprinse în sublista C - este de 100%. Prețul de referință este prețul cel mai mic corespunzător unității terapeutice aferente aceleiași forme terapeutice și pentru fiecare concentrație.

În vederea asigurării îngrijirilor medicale la domiciliu pentru persoanele în vârstă, consiliile locale pot angaja personal de îngrijire specializat. Autorizarea persoanelor fizice și juridice care acordă servicii de îngrijiri la domiciliu este reglementată de Normele privind organizarea și funcționarea îngrijirilor la domiciliu, precum și autorizarea persoanelor juridice și fizice care acordă aceste servicii, aprobate prin Ordinul nr. 318/2003. Potrivit art. 4 din Norme, beneficiază de îngrijiri medicale la domiciliu persoanele cu afecțiuni acute și/sau cronice, care prezintă un anumit nivel de dependență și o capacitate limitată de a se deplasa la o unitate sanitară în vederea asigurării îngrijirilor ambulatorii recomandate

¹⁶ Modificată prin Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 227/2008, publicată în Monitorul Oficial al României nr. 2 din 5 ianuarie 2009.

¹⁷ Publicată în Monitorul Oficial al României nr. 1034 din 27 decembrie 2006.

de medici. Îngrijirea la domiciliu se efectuează numai la indicația medicilor, iar furnizorii de îngrijiri medicale au obligația de a comunica medicului care a recomandat aceste servicii situația evoluției stării de sănătate a pacientului îngrijit.

Îngrijirea persoanelor vârstnice în cămine reprezintă o măsură de asistență socială care se dispune numai cu titlu de excepție. Accesul unei persoane vârstnice în cămin se face avându-se în vedere următoarele criterii de prioritate:

- necesită îngrijire medicală permanentă deosebită, care nu poate fi asigurată la domiciliu;

- nu se poate gospodări singură;

- este lipsită de susținători legali sau aceștia nu pot să își îndeplinească obligațiile datorită stării de sănătate sau situației economice și a sarcinilor familiale; nu are locuință și nu realizează venituri proprii.

În cadrul căminelor pentru persoane vârstnice se asigură condiții corespunzătoare de găzduire și de hrană, îngrijiri medicale, recuperare și readaptare, activități de ergoterapie și de petrecere a timpului liber, asistență socială și psihologică. Serviciile medicale asigurate în cămin constau în: consultații și tratamente la cabinetul medical, în instituții medicale de profil sau la patul persoanei imobilizate; servicii de îngrijire-infirmierie; asigurarea medicamentelor; asigurarea cu dispozitive medicale; consultații și îngrijiri stomatologice. Persoanele vârstnice care dispun de venituri proprii și sunt îngrijite în cămine, precum și susținătorii legali ai acestora, au obligația să plătească lunar o contribuție de întreținere, stabilită pe baza costului mediu lunar de întreținere. În cazul persoanelor vârstnice care nu au venituri și nici susținători legali, contribuția de întreținere este asigurată din bugetele locale sau județene, după caz.

Căminele de bătrâni se încadrează în categoria unităților de asistență medico-sociale, a căror organizare, funcționare și finanțare este reglementată de Normele din 2 aprilie 2003, aprobate prin H.G. nr. 412/2003¹⁸ și prin Instrucțiunile nr.1/507 din 28 iulie 2003 de aplicare a acestor Norme.

¹⁸ Publicată în Monitorul Oficial al României nr. 260 din 15 aprilie 2003.

O măsură specială de protecție socială luată de statul român a fost aceea de a subvenționa de la bugetul de stat sau, după caz, de la bugetele locale, asociațiile și fundațiile române care înființează și administrează unități de asistență socială. În acest sens, a fost adoptată Legea nr. 34/1998¹⁹ privind acordarea unor subvenții asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică, care înființează și administrează unități de asistență socială. Potrivit Normelor Metodologice din 2001 de aplicare a prevederilor Legii nr. 34/1998, pot beneficia de subvenții asociațiile și fundațiile române care acordă de cel puțin 12 luni servicii de asistență socială în cadru organizat, respectiv printr-o unitate de asistență socială. Serviciile de asistență socială acordate de aceste asociații și fundații sunt subvenționate dacă îndeplinesc următoarele condiții:

- se încadrează în liniile de subvenționare prioritare în domeniul asistenței sociale;
- se desfășoară într-un spațiu adecvat sau la domiciliul persoanelor asistate;
- sunt utilizate și alte resurse pentru acordarea serviciilor de asistență socială.

O prevedere importantă a Legii nr. 17/2000, cu caracter de protecție a persoanelor vârstnice, este reprezentată de art. 30 din lege, potrivit căruia persoana vârstnică va fi asistată, la cererea sa ori din oficiu, după caz, în vederea încheierii unui act juridic de înstrăinare, cu titlu oneros sau gratuit, a bunurilor ce-i aparțin, în scopul întreținerii și îngrijirii sale, de un reprezentant al autorității tutelare a consiliului local în a cărui rază teritorială domiciliază persoana vârstnică respectivă.

Prin Legea nr. 16/2000 a fost înființat Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice, organism autonom, consultativ, de interes public, având drept atribuții: sprijinirea instituțiilor statului în aplicarea recomandărilor Adunării Mondiale a Persoanelor Vârstnice; urmărirea aplicării reglementărilor legale privind persoanele vârstnice și sesizarea

¹⁹ Hotărârea Guvernului nr. 1153/2001 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr. 34/1998 privind acordarea unor subvenții asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică, care înființează și administrează unități de asistență socială, publicată în Monitorul Oficial al României nr. 28 noiembrie 2001.

organelor competente despre abaterile constatate; avizarea proiectelor de acte normative care privesc persoanele vârstnice; sprijinirea organizării asociative a persoanelor vârstnice și a participării lor active la viața socială. În teritoriu, funcționează consilii județene ale persoanelor vârstnice. Pentru soluționarea pe plan local a problematicii persoanelor vârstnice, în cadrul fiecărei direcții de muncă, solidaritate socială și familie județeană, este desemnată o persoană care asigură colaborarea permanentă cu consiliile județene ale persoanelor vârstnice.

Unul dintre cele mai importante acte normative în domeniul protecției sociale este reprezentat de Legea nr. 47/2006 privind sistemul național de asistență socială (care la data intrării sale în vigoare a abrogat Legea 705/2001 privind sistemul național de asistență socială). În conformitate cu prevederile art. 4 din Legea nr. 47/2006, principiile care stau la baza funcționării sistemului de asistență socială sunt:

- universalitatea (potrivit căreia fiecare persoană are dreptul la asistență socială în condițiile legii);
- respectarea demnității umane (potrivit căreia fiecărei persoane îi este garantată dezvoltarea liberă și deplină a personalității);
- solidaritatea socială (conform căreia comunitatea participă la sprijinirea persoanelor care nu își pot asigura nevoile sociale);
- subsidiaritatea (potrivit căreia, în situația în care persoana sau familia nu își poate asigura integral nevoile sociale, intervin colectivitatea locală și structurile ei asociative și, complementar, statul).

Pentru asigurarea aplicării politicilor sociale în domeniul protecției populației (inclusiv a persoanelor vârstnice), consiliile locale și consiliile județene înființează și organizează în subordinea lor servicii publice de asistență socială.

Privitor la jurisdicția sistemului național de asistență socială, decizia de stabilire a dreptului la servicii sociale și prestații sociale poate fi contestată la comisia de mediere socială. Comisia de mediere socială este obligată a se pronunța în termen de cel mult 30 de zile de la data înregistrării cererii, printr-o decizie, aceasta din urmă decizie putând fi atacată, la rândul său, în termen de 30 de zile de la data emiterii, potrivit

prevederilor Legii nr. 554/2004²⁰ a contenciosului administrativ.

Chiar dacă, în ceea ce privește legislația în materie de protecție socială, s-au făcut progrese considerabile și s-a elaborat un cadru legislativ adecvat pentru protecția socială a persoanelor vârstnice, cea mai importantă problemă cu care ne confruntăm rămâne cea a punerii în practică a tuturor instrumentelor de protecție socială create, deoarece sunt evidente disfuncționalitățile existente în prezent în sistemul de protecție socială a vârstnicilor.

Având în vedere faptul că, și în cazul țărilor dezvoltate, protecția vârstnicilor nu este adaptată în totalitate nevoilor acestora, pe plan național se impune cu prioritate asigurarea protecției sociale în general, și a asistenței sociale a persoanelor vârstnice în special, pentru ca persoanele vârstnice să poată beneficia de securitatea socială necesară.

7. Propuneri de îmbunătățire a sistemului de protecție socială a persoanelor vârstnice

Reforma sistemului național de asistență socială ar trebui să urmărească direcțiile de dezvoltare globală a politicilor sociale în domeniu, care au în vedere, în principal:

- a) Respectarea drepturilor omului și asigurarea libertăților fundamentale pentru persoanele vârstnice;
- b) Promovarea unei vieți sănătoase, active, sigure, împlinite, decente și demne;
- c) Promovarea unui sistem coerent, coordonat și integrat de

²⁰ Modificată prin Legea nr. 100/2008, publicată în Monitorul Oficial al României nr. 375 din 16 mai 2008. A se vedea, pentru detalieri, Dragoș D. C., *Procedura contenciosului administrativ*, Editura All Beck, București, 2002, pag. 3 (Etimologic, noțiunea de contencios administrativ derivă din latinescul *contendo*, *contendere*, care evocă ideea unei înfruntări prin luptă, în sens metaforic însă, adică între interese contrarii). Din perspectiva acestei opinii etimologice, așa cum remarcă prof. Tudor Drăganu în lucrarea sa *Introducere în teoria și practica statului de drept*, Editura Dacia, Cluj-Napoca, 1992, pag. 11) contenciosul administrativ poate fi definit ca fiind „totalitatea mijloacelor juridice puse la dispoziția cetățenilor pentru a putea lupta în vederea restabilirii ordinii de drept, tulburată prin actele juridice și faptele materiale ale organelor administrației de stat, intervenite în aplicarea legilor și în funcționarea serviciilor publice”.

asistență socială;

d) Combaterea riscului de excluziune socială și creșterea calității vieții persoanelor vârstnice;

e) Întărirea cadrului administrativ și instituțional la nivel central și local;

f) Îmbunătățirea cadrului legislativ;

g) Stabilirea unui sistem de finanțare apt să asigure dezvoltarea măsurilor de asistență socială pentru persoanele vârstnice;

h) Dezvoltarea și diversificarea prestațiilor sociale;

i) Dezvoltarea și diversificarea serviciilor sociale;

j) Susținerea implicării active a persoanelor vârstnice în viața societății.

Având în vedere multitudinea de relații sociale pe care le reglementează normele dreptului administrativ, evoluția lor și modul în care sunt reglementate aceste relații, s-ar putea spune că ramura dreptului administrativ este cea mai dinamică din sistemul nostru de drept²¹

8. Alternative la instituționalizare

Reprezintă strategia de înlocuire treptată și focalizată a instituțiilor rezidențiale (de tip închis) cu servicii alternative de suport care să asigure persoanelor beneficiare șanse egale, protecție prin integrare, potențial curativ după modelul familial, păstrarea și promovarea autonomiei individuale/de grup²².

Până în prezent sunt structurate patru tipuri de servicii de suport alternative:

- Intermediare: centre de zi pentru persoane cu dizabilități, centre de recuperare pentru copii cu handicap psihomotor;

- Complementare: atelierele protejate din interiorul instituțiilor rezidențiale închise;

- Alternative la instituționalizare: plasament familial, case de tip familial, servicii pentru delincvenți minori, centre de zi pentru copii, pentru persoane vârstnice;

²¹ Elena M. Fodor, *Drept administrativ*, Editura Albastra, Cluj Napoca, 2008, p. 9-10.

²² M. E. Sorescu, I. Berilă, *Asistența socială – sistem și profesie*, Editura Universitaria, Craiova, 2005, p. 10-11.

- Post-instituționale: servicii de probațiune²³.

Raportul juridic, ca relație socială, face parte dintr-un sistem de legături, de contacte sociale, care definesc individul ca ființă socială²⁴.

²³ M. Popescu, coord. Pop L. M., *Dicționar de politici sociale*, Editura Expert, București, 2002, p. 105-106.

²⁴ Corina Buzdugan, *Obiectul raportului juridic*, Editura Argonaut, Cluj-Napoca, 2005, p. 12.