

**Modele de bune practici
în asistența socială
a persoanelor vârstnice**

martie

2010

Cuprins:

Capitolul 1

Sistemul de servicii sociale și securitatea socială în România. Scurt istoric.....3

Capitolul 2

Modelul social european.....7

Capitolul 3

Parteneriatul public – privat și oportunitățile de finanțare a serviciilor sociale pentru persoanele vârstnice.....12

Capitolul 4

Modele de bune practici în asistența socială a persoanelor vârstnice.....20

Capitolul 5

Concluzii.....31

Capitolul 6

Propuneri.....39

Bibliografie.....45

Anexa nr. 1.....46

Anexa nr. 2.....49

Capitolul 1

Sistemul de servicii sociale și securitatea socială în România. Scurt istoric

Securitatea socială acoperă o problematică amplă cuprinzând atât un sistem care are în vedere protejarea persoanelor apte de muncă (sistemul asigurărilor sociale) cât și a celor ce nu pot munci sau sunt dezavantajați social. Cele două diferă prin natură și surse.

Asistența socială desemnează un ansamblu de institutii, programe, măsuri, activități profesionalizate, servicii de protejare a persoanelor, grupurilor, comunităților cu probleme speciale, aflate temporar în dificultate, care datorită unor motive de natură economică, socio-culturală, biologică sau psihologică nu au posibilitatea de a realiza prin mijloace proprii un mod normal, decent de viață. Prin mijlocirea și intervenția asistenței sociale se sprijină persoanele aflate în dificultate și le ajută să obțină condițiile necesare unei vieți decente și să-și dezvolte propriile capacități și competențe pentru o funcționare socială corespunzătoare.

Asistența socială, ca parte importantă a protecției sociale, reprezintă un mod obiectiv de punere în aplicare a programelor, măsurilor de protecție socială pentru următoarele categorii sociale, care se consideră că fac parte din populația țintă.

Sistemul asistenței sociale are la bază principiul universalității și al solidarității, nefiind dependentă de vreo contribuție personală anterioară, spre deosebire de prestațiile provenite din sistemul asigurărilor sociale.

Asistența socială abordează probleme la diferite niveluri:

1. la nivel individual - asistența economică, psihologică;
2. la nivel interpersonal și de grup - terapii de familie, ale grupurilor sociale marginalizate;
3. la nivel comunitar - rezolvarea conflictelor etnice, grupale, mobilizarea energiilor individuale și colective pentru refacerea resurselor necesare integrării lor normale .

Definirea serviciilor sociale în general, a celor de asistență socială în special, gravitează însă în jurul unui nucleu comun referitor la finalitatea acestora și anume aceea de a ajuta indivizii, grupurile sau comunitățile să depășească perioadele dificultate, adaptându-se la o viață normală.

Serviciile sociale pot fi definite ca programe specializate, activități organizate, tehnici de intervenție socială, metode de identificare a necesităților și tipurilor specifice de disfuncționalități ce apar la nivel societal.

Cu ajutorul acestora, persoanele aflate în dificultate pot obține condiții minime, necesare unei vieți decente autosuficiente și pot să-și dezvolte propriile capacități și competențe pentru o integrare normală în comunitate.

H. Goldstein apreciază că obiectivul central al oricărui serviciu social este cunoașterea, învățarea socială, proces care se realizează pe baza unei relații directe între "client" și asistentul social.

Serviciile de asistență socială se adresează doar acelor indivizi sau grupuri aflate în dificultate temporară. Sistemul de asistență socială cuprinde atât serviciile sociale oferite de instituțiile de stat, cât și de organizațiile nonguvernamentale. Protejarea acelor categorii defavorizate natural, cum ar fi handicapatii, orfanii, văduvele, bătrânii, copiii, săracii, apare ca obiectiv central al prestațiilor și serviciilor de asistență socială, ea orientând activitatea statului la nivel central și local prin instituții special construite, investite cu autoritate de funcționare în această direcție.

Configurația sistemului serviciilor de asistență socială este structural dependentă atât de profilul organizării social-economice, de opțiunile politice, cât și de modele culturale prezente în comunitate.

În timpul regimului comunist, asistența socială în România avea o pondere extrem de redusă, cu un caracter pasiv și birocratic. Securitatea socială era și ea subdezvoltată. Întreg sistemul protecției sociale în regimul trecut se caracteriza printr-o opțiune automată și cvasiuniversalistă.

Asistența socială calitativă, personalizată, orientată spre rezolvarea problemelor umane urgente, a fost practic desființată, considerându-se că mecanismele socialiste dublate de cele social-economice pot rezolva automat toate problemele individului și negându-se sau ignorându-se problemele reale ale indivizilor și ale societății în ansamblu.

Asistența socială propriu-zisă viza doar ajutorul instituționalizat pentru bătrâni, persoane cu handicap, bolnavi cronici somatici sau psihici, copii în situații speciale, fără a le asigura însă un trai decent de viață. După anul 1985, s-a produs o degradare și mai accentuată a ajutorului ca urmare a reducerii treptate a fondurilor.

Cadrul legislativ, adoptat între anii 1950-1970 a fost o piedică serioasă în calea dezvoltării serviciilor de asistență socială, reprezentând o frână pentru dezvoltarea sistemului serviciilor de asistență socială.

De asemenea sistemul de organizare, funcționare și administrare a asistenței sociale în regimul socialist era centralizat-birocratic, acordând puțin spațiu de mișcare liberă autorităților locale sau inițiativelor civice.

Efectul acestei situații a fost dublu: reducerea la minimum a serviciilor de asistență socială și deprofesionalizarea completă a acestora.

Schimbarea de regim politic produsă în decembrie 1989 a declanșat procese evolutive în toate domeniile. Prima radiografie cu caracter oficial, de substanță, a politicii sociale a anilor 90 a fost realizată prin cele două "Cărți albe" elaborate cu contribuția unor experți occidentali, publicate de Guvernul României în 1993.

Prima, "Cartea albă a asigurărilor sociale și pensiilor" critică îndeosebi sursa de finanțare a asigurărilor de sănătate și sistemul de pensii extrem de puțin reformat.

A doua, "Cartea albă a asistenței sociale" constată, ca principale deficiențe: lipsa unor programe adecvate de ajutorare financiară a tuturor persoanelor care nu obțin veniturile necesare unui trai decent, insuficiența numerică și calificarea profesională deficitară a personalului din acest sistem, caracterul fragmentat al administrării fondurilor.

Între măsurile și principiile recomandate în vederea reformării sistemului de asistență socială sunt de menționat următoarele: ridicarea asistenței sociale la rangul unei politici de stat, administrate la nivel central dar și local; stabilirea mecanismelor de evaluare a pragului de sărăcie, în vederea acordării de ajutor social persoanelor aflate în reală nevoie; examinarea și evaluarea fenomenelor sociale și economice care generează cererea de ajutoare sociale.

După 1989 asistența socială a rămas totuși o zonă periferică și greu de atins a politicilor sociale pentru că deși au fost adoptate o serie de măsuri sectoriale, acestea nu au condus la constituirea unui sistem coerent și bine definit.

Cadrul legislativ în domeniul asistenței sociale s-a elaborat începând cu anul 1990, debutând cu legislația în domeniul protecției copilului. Ulterior s-a creionat cadrul general al sistemului național de asistență socială și s-a elaborat legislația pentru diversele categorii sociale defavorizate: copii, persoane cu handicap, persoane și familii cu venituri reduse, victime ale violenței și traficului de persoane etc. Persoanele vârstnice au beneficiat de o lege care să le reglementeze accesul la serviciile de asistență socială și medicale odată cu promulgarea Legii nr.17 din 2000. În același an s-a înființat Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice ca organism consultativ și de dialog social care mediază relația dintre organizațiile de pensionari și autoritățile publice centrale.

Sistemul național de asistență socială a fost descris prin Legea nr. 705/2001 și apoi redefinit conform Legii nr. 47/2006, care stabilește organizarea, funcționarea și finanțarea având la bază principiile europene de acordare a asistenței sociale în vederea promovării procesului de incluziune socială.

Capitolul 2

Modelul social european

Uniunea Europeană este, în prezent, cel mai important agent de schimbare în ceea ce privește guvernarea statelor, elaborarea politicilor și impunerea unor modele social-culturale în spațiul european. În țările Uniunii Europene există diverse modalități de elaborare a politicilor, dar și tendința de a crea un spațiu de convergență pentru politicile sociale din diverse domenii, cum sunt piețele muncii, asigurările sociale, organizarea unor rețele de servicii sociale etc. În asemenea domenii, instituțiile europene au făcut pași importanți spre coordonarea reglementărilor adoptate în cadrul statelor membre. Deși există o largă diversitate socio-culturală, țările vest-europene au numeroase caracteristici comune, care de lungul timpului au marcat profund procesul de elaborare a politicilor economice și sociale în Comunitatea Europeană.

Statele bunăstării sociale occidentale au în vedere trei dimensiuni principale ale protecției sociale: **reducerea sărăciei** și, implicit, a polarizării sociale, **protecția în fața riscurilor imposibil de asigurat pe piețele muncii** (riscurile de îmbolnăvire și riscurile longevității) și **recompensarea pe termen lung a participării pe piețele muncii**.

Oportunitatea adoptării unuia sau altuia dintre modelele existente de protecție socială a determinat dezbateri care sunt influențate de voința politică a celor ce dețin puterea economică de a-și recunoaște responsabilitatea socială față de cei dezavantajați știut fiind că decalajele sunt dobândite, în bună măsură, ca efect al inerentelor deficiențe de organizare și administrare a comunităților sociale. Pe măsură ce procesul de globalizare se accentuează, accesul la informație devine mai larg, iar populația care trăiește în sărăcie conștientizează acut inegalitățile existente.

Constituirea modelului social occidental și caracteristicile acestuia

Sistemele sociale occidentale diferă în ceea ce privește structura și volumul cheltuielilor sociale, dar și grupurile-țintă ale transferurilor de venituri. Literatura din domeniu identifică patru grupe de țări distincte, ce desfășoară practici sociale în modalități relativ asemănătoare (Ferrera, 1998, Bertola et al., 2001):

- **țările nordice** (Suedia, Danemarca, Finlanda, Olanda), care efectuează cheltuieli sociale relativ ridicate și definesc eligibilitatea pe principii ce țin de natura cetățeniei. Aceste țări au legiferat impuneri publice relativ ridicate și utilizează o varietate largă de instrumente și politici sociale active;
- **țările continentale** (Franța, Germania, Austria, Belgia, Luxemburg) utilizează, îndeosebi, scheme de asigurări sociale (modelul *Bismark*), finanțate prin contribuțiile celor angajați în muncă;
- **țările mediteraneene** (Spania, Grecia, Italia, Portugalia) utilizează un model bazat pe asigurări sociale, în cadrul căruia beneficiile sunt segmentate, potrivit statusului asiguratului;
- **în țările anglo-saxone** (Marea Britanie și Irlanda), transferurile sociale merg îndeosebi spre cei angajați în muncă. Acest tip de model (*Beveridge*) presupune existența unei rețele de asistență socială relativ dezvoltată.

Sistemele de protecție socială din nord se deosebesc net de cele din sudul continentului. În timp ce sistemele nordice sunt mai angajate în reducerea polarizării economice, cele din sud, dimpotrivă, sunt mai indiferente în această privință. În timp ce sistemele nordice acordă beneficii sociale consistente persoanelor eligibile de vârstă activă, cele din sud, acordă asemenea beneficii îndeosebi pensionarilor. Sistemul anglo-saxon, este mai eficient în reducerea polarizării economice, în rândurile populației de vârstă activă și mai puțin, în rândurile pensionarilor. Modelele sociale din cele patru grupe de țări și-au dobândit și consolidat caracteristicile într-un interval relativ lung, de peste două-trei decenii.

Între anii 1950–1973 creșterea economică rapidă, stabilitatea macroeconomică și statul bunăstării sociale s-au susținut reciproc și au constituit **etapa de consolidare a filosofiei modelului social european, preluată** mai mult sau mai puțin fidel, de toate statele care s-au înscris ulterior în Uniunea Europeană. Un rol în acest proces l-au avut și alți factori, precum evoluția *pattern*-urilor demografice (îmbătrânirea populației), progresul tehnologic rapid (tot mai intens generator de șomaj), procesul de globalizare (concurența tot mai acerbă a unor noi veniți pe piața mondială a bunurilor de consum, precum Japonia, China și, mai recent, India).

În perioada 1974–1985, în Uniunea Europeană, cheltuielile guvernamentale și transferurile sociale au crescut rapid după anul 1973. Cheltuielile publice au fost finanțate parțial din veniturile publice și parțial din împrumuturi publice. Astfel, la mijlocul anilor '80, Europa occidentală evolua pe o tendință negativă a creșterii economice, ceea ce a

condus creșterea taxelor și impozitelor directe (în intervalul anilor 1970–1985) și a contribuțiilor sociale. Analizii sociali susțin că această evoluție a dus la demotivarea muncii și a investițiilor în general, ceea ce a încetinit ritmul de creștere a PIB, pe termen lung.

În intervalul anilor 1986–2000, Europa Occidentală a făcut unele progrese, dar pe de altă parte rata șomajului a rămas la fel de ridicată (aproximativ de 9%) rezultând o adevărată explozie în planul cererii pentru protecția socială. Cel mai ridicat nivel al cheltuielilor guvernamentale a fost atins în anul 1993, concomitent cu o scădere a veniturile publice, și o creștere a împrumuturilor publice. Procesul de consolidare fiscală declanșat la Maastricht, în anul 1993, a urmărit să stopeze deficitul financiar declanșat în urmă cu 20 de ani, astfel încât, în anul 1999, când în spațiul UE a fost introdusă moneda euro, împrumuturile publice se cifrau erau în declin. Dar deși, în anul 2000, a avut loc mult-dorita consolidare fiscală, reușind o balanță bugetară pozitivă (cu cheltuieli guvernamentale sub 46% din PIB și o rată a creșterii economice excepțională – 3,5% din PIB), cheltuielile publice au crescut, din nou, în anii următori (Sapir, 2001).

În acest context în Europa Occidentală există opinii pesimiste cu privire la menținerea unor sisteme de protecție socială naționale și chiar a unor aparate de guvernare atât de costisitoare.

De aceea atât politicienii, cât și analiștii sociali pun în discuție necesitatea *reinventării modelului social european*. Rapoartele Comisiei Europene menționează că Franța, Germania, Italia, Polonia și Spania nu au găsit cele mai adecvate politici pentru a-i determina pe cetățenii statelor respective să prefere viața activă în schimbul calității de asistat social.

Din punct de vedere al eficienței măsurilor de protecție socială din Europa, se pare că țările nordice – Danemarca, Finlanda, Suedia și Olanda, care oferă un nivel mai ridicat de protecție socială și de politici active pe piața muncii, stau cel mai bine. În ultimele rânduri ale clasamentului se află țările mediteraneene – Grecia, Italia, Portugalia și Spania – care intervin social, îndeosebi în domeniul pensiilor și al reglementărilor salariale, prin negocieri colective.

Comisia Europeană are misiunea de a coordona varietatea de politici în privința pensiilor, folosirii forței de muncă, a inserției sociale, a luptei contra sărăciei din toate cele 25 state membre ale UE și de a concluziona care este cea mai bună practică.

Deși se semnalează o relativă eterogenitate a sistemelor de protecție socială existente în diferite țări europene, în mod cert, la nivel nord-vest continental, s-a conturat

un model social distinct, ca expresie a unei voințe clare, de realizare a unui nivel al bunăstării sociale decent, pentru toți rezidenții. *Acesta reprezintă un model social ale cărui principii fundamentale sunt solidaritatea și coeziunea socială și ale cărui obiective urmăresc realizarea egalității de șanse, participarea socială și, integrarea/incluziunea socială.*

Constituirea unui model social în România

Până în prezent, nu putem vorbi despre existența unei *viziuni globale, unitare, asupra problematicii sociale românești, ci doar despre concepții sectoriale autonome, centrate pe educație, sănătate, asigurări sociale etc.*

Structurile de organizare și schemele de finanțare ale sectorului social din România, nu sunt proiectate și nici gestionate în funcție de potențialul complementarității lor în cadrul sistemului național care ar trebui să funcționeze după o logică intrinsecă, multiplu articulată și armonizată prospectiv cu natura și volumul trebuințelor recunoscute social. Atât schemele de finanțare cât și rețelele de servicii sociale existente s-au dezvoltat autonom, pe baza unui spirit de imitație mai mult sau mai puțin inspirat, în funcție de urgențele conjuncturii sociale imediate, având în vedere, cel mult, previziuni sectoriale pe termen mediu.

Este prematur să vorbim despre existența unui *model social* bazat pe o *viziune unitară asupra problematicii sociale românești*, ca rezultat al aplicării unui *proiect de reformă socială clar formulat*, realizat prin intermediul unui *corp de politici publice și sociale coerent și larg cuprinzător*, dar acesta este totuși un *deziderat spre care societatea românească trebuie să tindă*. Dezvoltarea este identificată de multe ori cu creșterea economică sau cu procesul de modernizare socială, dar ea înseamnă mult mai mult decât atât. Factori ca educația, facilitățile de asistență socială, drepturile politice și civile (libertatea de a participa la discuții și dezbateri publice, dreptul de a avea acces la informații etc.), asistența medicală, cultura influențează semnificativ creșterea calității vieții indivizilor și implicit procesul de dezvoltare socială.

Amartya Sen identifică cinci tipuri de libertăți instrumentale importante pentru dezvoltare, între care există conexiuni puternice și care se întăresc reciproc: **libertățile politice**, **facilitățile economice**, **oportunitățile sociale** (vizează cadrul instituțional de care dispune societatea referitor la educație și asistență medicală), **garantarea transparenței** (liberul acces la informația publică) și **siguranța protecționistă** presupune asigurarea unei rețele de asistență socială necesară pentru asistarea persoanelor sărace.

Accentul trebuie să cadă pe serviciile de asistență socială, considerate un factor important de reducere a sărăciei și excluziunii sociale.

Într-o societate în permanentă transformare, în care structura demografică și problemele sociale se modifică cu rapiditate, politica publică privind furnizarea de servicii sociale trebuie să se adapteze la noile cerințe și să răspundă nevoilor persoanelor aflate în dificultate. Creșterea calității serviciilor sociale și diversificarea acestora astfel încât să răspundă noilor nevoi, trebuie să fie un obiectiv central al politicii guvernului în domeniul protecției sociale. Dacă statul îndeplinește funcția de reglementare, stabilind prin politicile pe care le adoptă cadrul de producere și furnizare a serviciilor sociale, organizațiile societății civile și cele private au la îndemână o serie de instrumente prin care pot crește calitatea acestor servicii. În acest context protecția socială și serviciile de îngrijire pentru persoanele vârstnice trebuie să constituie o prioritate pentru factorii de decizie și pentru instituțiile statului care stabilesc politica socială și reglementează aplicarea acesteia.

Capitolul 3

Parteneriatul public – privat și oportunitățile de finanțare a serviciilor sociale pentru persoanele vârstnice

Organizațiile societății civile sunt cele care au adus o contribuție importantă la creșterea calității serviciilor sociale oferite persoanelor aflate în nevoie, inclusiv în domeniul serviciilor de îngrijire a persoanelor vârstnice. Pe lângă faptul că ele sunt cele care au introdus numeroase tipuri de servicii sociale pe piața de servicii din România, ele sunt primele care au stabilit și standarde de calitate pentru realizarea și furnizarea acestor servicii. Guvernul nu numai că a preluat aceste servicii, dar cea mai mare parte din standardele de performanță stabilite de către stat sunt elaborate împreună cu organizațiile nonprofit pe baza experienței acestora. Ele sunt poate, pentru anumite tipuri de servicii sociale, cele mai abilitate să ofere consultanță de specialitate și training-uri pentru pregătirea personalului și în ultimii ani au avut o activitate susținută de lobby și advocacy pentru a le fi recunoscută activitatea în domeniul social.

Piața privată, prin competiția pe care o presupune, este un instrument de creștere a calității serviciilor. O piață dezvoltată de servicii sociale, în care să activeze mai mulți furnizori privați de servicii, ar conduce nu numai la scăderea costurilor, ci și la o creștere calitativă a acestora. Stimularea și susținerea sectorului privat trebuie să constituie o prioritate guvernamentală și considerată drept soluție eficientă pentru profesionalizarea și extinderea rețelei de servicii de îngrijire pentru persoanele vârstnice.

Statul este cel care are datoria de a stabili cadrul legal de funcționare al parteneriatului public-privat, care este un element de reformă a administrației publice care a contribuit la reducerea presiunii fiscale asupra bugetului public, dar și la creșterea calității serviciilor publice.

Parteneriatul public - privat, în general, îmbracă forma unui contract de cumpărare de servicii, în care instituțiile publice achiziționează serviciu de la organizații non-profit. Aceste contracte sunt caracteristice pentru cicluri mici de finanțare în care instituțiile guvernamentale au control asupra criteriilor de performanță, furnizării de servicii și criteriilor de alegere a beneficiarilor, iar relația dintre cele două entități este de dependență și nu de egalitate. Însă aceste aranjamente contractuale ajung să

subordoneze organizațiile nonprofit statului care cel mai des joacă rolul de sponsor, decât pe cel de partener.

Contractarea socială este procesul de scoatere la licitație a ofertei de servicii sociale către contractori privați externi și va fi eficientă numai dacă sunt îndeplinite anumite criterii:

1. bunurile și serviciile pe care guvernul dorește să le contracteze trebuie să fie clar definite;
2. standardele de calitate să fie stabilite;
3. să existe o piață de servicii sociale bine dezvoltată;
4. costurile de tranziție trebuie să fie minime.

Subvențiile acordate anumitor tipuri de servicii constituie un instrument de creștere a calității acestora, aflat la îndemâna statului. Aceste subvenții pot să acopere unele costuri, astfel încât calitatea serviciilor să crească. Important este ca subvențiile să se acorde în funcție de nevoile identificate și să se poată modifica dacă necesitățile se schimbă.

Anumite viziuni ideologice au marcat evoluția politicilor sociale în Europa. **Ideologia „developmentaristă”** (asociată cu numele lui J. Midgley și Sherraden) promovează dezvoltarea prin „coordonarea eforturilor statului, pieței și comunității în cadrul unui pluralism coordonat”.

În 1995, Midgley propunea **strategia de dezvoltare instituțională**, care are rolul de a rezolva dilema alegerii între cei trei actori – statul, piața și comunitatea, astfel: statul are un rol activ în conducerea și coordonarea procesului de dezvoltare socială încât să maximizeze participarea comunităților, pieței și indivizilor, iar guvernul trebuie să contribuie direct la dezvoltarea socială prin intermediul politicilor publice pe care le formulează și a programelor de acțiune. Strategia instituțională presupune realizarea a trei condiții: cadrul organizațional în care să se implementeze procesul de dezvoltare socială, creșterea economică necesară îmbunătățirii bunăstării indivizilor și implementarea unor programe sociale care să contribuie la dezvoltarea economică.

Sursele bunăstării pot fi: **familia**, prin suportul intra și intergenerațional oferit membrilor săi; **pieța**, prin alocarea resurselor și a veniturilor și competiția pe care o creează ce reprezintă un factor motivator al performanței; **statul**, prin intermediul politicilor sociale pe care le formulează și implementează, în special prin asigurările sociale și asistența socială; **societatea civilă**, prin comunitate, organizații non-profit, biserică.

Implicarea familiei și a comunității în furnizarea serviciilor de îngrijire a persoanelor vârstnice poate, de asemenea, conduce la creșterea calității lor. Familia și comunitatea sunt cel mai aproape de cei care se află în nevoie și cunosc problemele cel mai bine, astfel ei pot să ofere soluțiile optime. **Voluntariatul** este un instrument de creștere a calității serviciilor utilizat în special de către organizațiile neguvernamentale. Faptul că totul este făcut din filantropie, fără implicarea beneficiilor materiale, face ca serviciile să fie oferite la un nivel calitativ ridicat.

Sistemul serviciilor de asistență socială din România s-a recreat după 1989, multe din competențe fiind lăsate la nivelul administrației publice locale. Modalitatea de repartizare a competențelor între administrația publică centrală și locală în domeniul asistenței sociale trebuie să coroboreze dispozițiile Legii nr. 47/2006 și ale Legii descentralizării nr. 195/2006. Atât legea cadru a asistenței sociale, cât și legea descentralizării prevăd ca transferul de competențe de la administrația publică centrală către cea locală să se facă în limitele asigurării resurselor necesare exercitării acestora și numai după transmiterea resurselor financiare necesare. Se remarcă din acest punct de vedere o discrepanță între repartizarea inegală a serviciilor sociale și socio-medicale pentru vârstnici, determinată de resursele financiare ale comunităților și nu de nevoia reală de sprijin specializat.

Pe piața de servicii sociale din România, organizațiile neguvernamentale sunt, în acest moment, cei mai importanți actori privați atât prin numărul acestora cât și prin diversitatea serviciilor sociale oferite celor aflați în nevoie. Din păcate distribuția teritorială a organizațiilor neguvernamentale ca și furnizori privați de servicii sociale este neuniformă existând județe în care numărul ONG este foarte mic.

Comparând datele existente pe site-ul MMFPS referitor la subvențiile acordate pe baza Legii nr. 34/1998 organizațiilor neguvernamentale care desfășoară programe în interesul persoanelor vârstnice a reușit următoarea configurație pentru anii 2009 și 2010:

	2009	2010
Număr de organizații neguvernamentale	46	38
Număr de unități de asistență socială	112	97
Număr de beneficiari (persoane)	7.878	7.471
Sume acordate (lei)	8.150.539	8.343.056

Se observă o scădere a numărului de organizații și implicit a numărului de unități finanțate și de beneficiari în 2010, față de anul precedent, în condițiile în care sumele sunt relativ apropiate, cu ușoară creștere în anul 2010, ceea ce se poate justifica printr-o creștere a costurilor îngrijirii. Menționăm că din aceste organizații fac parte atât cele care desfășoară activități de îngrijire la domiciliu, în regim rezidențial, cât și cele care desfășoară activități de suport și socializare. (Anexa nr. 1 și 2)

Există încă un număr foarte mare de instituții publice la nivel local, în special comune și orașe mici, neacreditate pentru funcționarea serviciilor sociale. Situația este cu atât mai gravă cu cât legea prevede un număr de 3 persoane cu studii superioare de specialitate existente la nivelul administrației locale pentru acreditare. Organigramele și bugetele acestor administrații locale mici nu permit angajarea de personal.

În continuare serviciile și instituțiile de protecție specială a copilului aflat în dificultate sunt cele mai răspândite în comparație cu cele pentru persoane cu dizabilități, vârstnici, etc. Același lucru îl putem spune și despre finanțare prioritară a serviciilor de protecția copilului și în ultima perioadă a celor pentru vârstnici. Se mențin subfinanțate serviciile pentru vârstnici și cele pentru protecția familiei. Politica națională socială se centrează pe sistemul de prestații sociale (măsuri pasive) și mai puțin pe cel de servicii sociale care sunt măsuri active de depășire a unei nevoi sociale. Finanțarea serviciilor sociale este în continuare centralizată, marea parte a surselor (70%) provenind de la bugetul de stat din defalcarea taxei pe valoare adăugată și doar (30%) din venituri proprii ale bugetelor locale. Alocarea financiară pentru asistență socială nu are la baza o strategie locală sau națională privind nevoile sociale. Autoritățile locale pot înființa servicii sociale noi de regulă doar la rectificarea bugetară. Sistemul de externalizare/ contractare a serviciilor sociale este suprareglementat. Autoritățile publice locale au la îndemână patru instrumente total diferite de contractare. Este necesară îmbunătățirea și corelarea tuturor mecanismelor de contractare precum și clarificarea relaționării între acestea și legislația specială (ex.: legea achizițiilor publice).

Pe de altă parte criza financiară cu care se confruntă în prezent societatea românească și măsurile de austeritate luate, care au în vedere limitarea cheltuielilor bugetare vor afecta negativ proiectele sociale în curs de implementare, pe un fond al creșterii presiunii din partea beneficiarilor de servicii și prestații sociale, mai numeroși și având o cauzistică mai complexă.

Parteneriatul public-privat, ce implică guvernul, sectorul privat și societatea civilă, este recunoscut la nivel internațional ca o soluție pentru problemele sociale de orice tip –

îngrijire medicală, educație, protecție socială, trafic de persoane, corupție etc. Parteneriatul public-privat eficient poate ajuta la rezolvarea unora dintre cele mai presante provocări sociale. Multe dintre problemele sociale contemporane depășesc capacitatea unui singur actor - fie acesta public, privat sau societate civilă - de a le rezolva într-un mod eficient. 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 important.

Parteneriatul public-privat are anumite beneficii pentru administrația publică: reducerea costurilor, împărțirea riscurilor, creșterea nivelului de furnizare a serviciilor, creșterea calității acestora, implementarea eficientă. Dar și sectorul privat are beneficii – dezvoltarea pieței și profitul. În domeniul furnizării de servicii sociale sunt preferate parteneriatele realizate cu organizațiile societății civile deoarece caracterul lor non-profit și faptul că sunt instituții bazate pe voluntariat și filantropie permit reducerea costurilor și creșterea calității serviciilor.

Prin intermediul parteneriatului public-privat sunt realizate obiectivele dezvoltării sociale. Societatea civilă este cea care se află cel mai aproape de oameni, cunoscându-le cel mai bine nevoile și problemele putând să ofere soluții adecvate. Prin serviciile pe care le oferă, organizațiile neguvernamentale sunt un actor important în furnizarea bunăstării sociale și în creșterea calității vieții. Organizațiile societății civile derulează programe de dezvoltare socială (programe de mobilizare a resurselor umane, programe de dezvoltare a capitalului social și programe de măsuri active pentru ocuparea forței de muncă) care urmăresc implicarea activă a beneficiarilor în activitățile desfășurate.

Parteneriatul public-privat oferă statului posibilitatea de a cunoaște mai bine nevoile indivizilor și de a oferi soluții adecvate de rezolvare a lor. Furnizarea serviciilor în parteneriat cu societatea civilă permite o rezolvare diferențiată în funcție de nevoi și adecvată a problemelor care apar într-o comunitate. Există o mai mare flexibilitate care conduce la o adresare rapidă a nevoii. Prin îmbunătățirea calității serviciilor oferite se produce și o creștere a calității vieții indivizilor respectivi.

În domeniul serviciilor sociale pentru vârstnici, parteneriatul public-privat permite creșterea calității vieții acestor indivizi sau familiilor aflate în situație de nevoie socială. Parteneriatul asigură furnizarea promptă a acestor servicii în comunitățile care au cea mai mare nevoie de ele (comunitățile sărace, comunitățile rurale).

Spre deosebire de privatizarea serviciilor sociale unde responsabilitatea pentru producerea și furnizarea serviciilor este preluată de către sectorul privat, în contractarea

socială statul își păstrează responsabilitatea pentru oferirea de servicii sociale. Pentru a putea sprijini dezvoltarea socială guvernul poate acționa în parteneriat cu agenții societății civile și sector privat.

Pe măsură ce la nivel local se dezvoltă mijloacele instituționale corespunzătoare și se acumulează experiența necesară, guvernul să sprijine autoritățile locale și organizațiile societății civile în preluarea unora dintre activitățile de rezolvare a problemelor comunității, oferind și o finanțare totală sau parțială a acestora. O astfel de abordare determină: eficientizarea utilizării resurselor financiare, scăderea costurilor furnizării unor astfel de servicii sociale, dezvoltarea solidarității sociale la nivelul comunității, creșterea spiritului de inițiativă la nivelul comunității, creșterea calității serviciilor oferite populației.

Avantajele sectorului public sunt următoarele: asigurarea de capital și reducerea presiunii asupra bugetului public, sprijinirea dezvoltării tehnologiilor, reducerea corupției, împărțirea riscului și a costurilor, accesul la fondurile companiilor, utilizarea expertizei manageriale private, creșterea calității serviciilor, creșterea eficienței în furnizarea acestor servicii.

Comunicarea cu beneficiarii și cunoașterea foarte bună a nevoilor acestora este un alt atu pe care organizațiile societății civile îl posedă. Atuurile de care dispun o.n.g. și care fac din ele cel mai bun partener sunt: calitatea înaltă a serviciilor furnizate, existența unui personal calificat, costurile reduse, flexibilitatea de care dau dovadă, promovarea echității, identificarea rapidă a nevoilor și adaptarea sau dezvoltarea unor noi servicii în funcție de acestea.

La nivel comunitar una dintre cele mai eficiente formule de parteneriat este cea realizată între **administrația publică locală**, care coordonează, reglementează, monitorizează și evaluează activitatea, **sectorul de afaceri**, care aduce experiența ce o posedă în management, eficiența în furnizarea serviciilor și resurse financiare, și **organizațiile societății civile**, care și-a dezvoltat servicii sociale diversificate în funcție de nevoi, posedă standarde de calitate înalte pentru furnizarea acestor servicii, are experiență în realizarea serviciilor.

Strategia instituțională a dezvoltării sociale se bazează pe următoarele principii manageriale: **statul** își păstrează funcția de reglementare și coordonare a activității prin intermediul politicilor publice pe care le formulează și a programelor sociale, **piața** vine să creeze competiție necesară creșterii calității și reducerii costurilor, iar **societatea civilă** aduce experiența sa în lucrul cu comunitatea, servicii de calitate, eficiența în furnizarea acestor servicii.

În legislația românească se întâlnesc mai multe forme de contractare socială respectiv: *contractul de servicii, subvențiile, granturile*.

Contractul/ achiziția de servicii reprezintă o formă de finanțare prin care organizațiile neguvernamentale furnizează pentru autoritățile publice servicii la un preț și în condițiile prevăzute în cadrul unui contract. De cele mai multe ori condițiile de furnizare a serviciilor sunt stabilite de autoritatea publică într-un caiet de sarcini iar organizația va oferi metodologia de furnizare și prețul. Contractarea organizațiilor se face în baza unei proceduri de licitație, care de cele mai multe ori este deschisă tuturor furnizorilor privați de servicii sociale acreditați, în care orice organizație are posibilitatea de a participa. Este declarat câștigător acea organizație care oferă cea mai bună calitate la un preț avantajos.

Subvențiile reprezintă o formă de suport financiar din partea bugetului de stat sau local pentru acoperirea unor costuri directe ocazionate de furnizarea unor servicii. Subsiidiile reprezintă o sumă fixă pentru fiecare beneficiar și se acordă proporțional cu numărul de beneficiari.

Finanțările nerambursabile reprezintă transferuri financiare către o organizație neguvernamentală pentru a desfășura o activitate de interes public fără a urmări generarea unui profit și este strâns legată de scopul organizației. Organizația beneficiară va contribui la desfășurarea serviciului (proiectului) asigurând o cofinanțare din surse externe grantului. Granturile sunt acordate pe baza unei competiții și în urma unui proces de evaluare a propunerii.

Parteneriatul reprezintă o relație contractuală între o autoritate publică și un furnizor privat de servicii care își pun în comun resursele de care aceștia dispun pentru furnizarea unui serviciu de interes public.

Alte forme de finanțare: Restituirea unor costuri operaționale de către autoritățile publice (utilități, energie, comunicații, etc.), tichete pentru anumite tipuri de servicii suportate de la bugetul de stat sau bugetele locale (tichete de grădiniță, tichete sociale, etc.).

Serviciile sociale se pretează foarte bine la contractare, datorită faptului că există deja alternative pe piață, adică organizații private, în special nonprofit, care oferă diverse servicii. În cazul serviciilor sociale, organizațiile neguvernamentale sunt parteneri ideali pentru stat, deoarece prin misiunea și forma lor de organizare răspund cel mai bine nevoilor agențiilor neguvernamentale și beneficiarilor de servicii sociale. Fiind organizații nonprofit, ele nu sunt orientate în principal către realizarea de profit pentru acționari/membrii și sunt guvernate de structuri de conducere pe bază de voluntariat. Aplicarea

unor formule contractuale presupune o capacitate managerială crescută din partea agențiilor guvernamentale care finanțează implementarea în regim privat de servicii de asistență socială.

Actele normative de referință care reglementează și stimulează contractarea socială conducând la acumularea experienței în organizarea de activități în parteneriat public – privat, pentru domeniul persoanelor vârstnice sunt:

- O.G. nr. 68/2003 privind serviciile sociale care prevede **contracte de servicii** și **contracte de parteneriat**;
- Legea nr. 34/1998 privind acordarea unor **subvenții** asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică, care înființează și administrează unități de asistență socială ce instituie finanțarea serviciului social pe baza unui cost mediu lunar al beneficiarului;
- Legea nr. 350/2005 privind regimul **finanțărilor nerambursabile** din fonduri publice alocate pentru activități nonprofit de interes general este o lege cadru ce promovează o procedură aplicabilă tuturor formelor de finanțare a entităților nonprofit din bani publici;
- O.G. nr. 34/2006 privind atribuirea contractelor de **achiziție publică**, a contractelor de concesiune de lucrări publice și a contractelor de concesiune de servicii;
- Legea nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice.

Capitolul 4

Modele de bune practici în asistența socială a persoanelor vârstnice

Contextul socio-economic

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

În ciuda tendințelor comune, există diferențe mari, evidente la nivelul statelor membre și între acestea. Astfel, speranța de viață, în anul 2007, în statele membre UE a oscilat între 67,0 ani (Estonia) și 78,6 ani (Suedia) la bărbați, și între 75,7 (România) și 83,8 ani (Spania) la femei.

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

Din cauza natalității scăzute, se reduce potențialul de susținere între generații (raportul dintre persoanele care pot acorda îngrijire și persoanele care o necesită, adică potențialul de îngrijire în familie) și în același timp devine din ce în ce mai greu să se satisfacă nevoia de personal de îngrijire calificat pe piața forței de muncă.

Un alt aspect al transformărilor demografice și sociale, și anume schimbarea structurii familiale și creșterea numărului de femei încadrate în muncă, a determinat ca multe cazuri în care îngrijirea era în trecut acordată de familie, și mai ales de către femei, nu vor mai fi posibile în viitor sau nu în aceeași măsură (*Avizul Comitetului Economic și Social European din 14.3.2007 privind familia și evoluția demografică; raportor: dl Buffetaut - JO C 161 13.7.2007*).

Posibilitățile mai bune oferite de medicină reprezintă un factor esențial pentru ridicarea speranței de viață și pentru îmbunătățirea calității vieții. Deseori, tratamentele

medicale pot mări considerabil speranța de viață, fără însă a garanta vindecarea. De aceea, sunt tot mai frecvente bolile cronice și bolile lungi, care necesită îngrijire prelungită.

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

x

x x

În continuare ne propunem să prezentăm câteva dintre programele organizate pentru beneficiarii de vârstă a treia de către organizații nonprofit, ale societății civile, pe care le considerăm reprezentative la nivel național și care au fost selectate în urma unei jurizări la care Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice a participat ca partener în cadrul Proiectului “Pentru Seniorii noștri” organizat de Fundația Principesa Margareta în anul 2009. Considerăm benefic popularizarea pe toate căile a celor care reușesc să pună în practică activități consistente, care contribuie la îmbunătățirea vieții persoanelor vârstnice din comunitate.

Servicii rezidențiale

Căminul de bătrâni Sf. Elisabeta – CARITAS ALBA IULIA

- **istoric:** funcționează din 1996 , din 2001 oferă îngrijire permanentă și pentru persoane care suferă de boala Alzheimer, iar din 2005 serviciile au fost acreditate;
- **capacitate:** oferă 135 de locuri;
- **beneficiari:** bătrâni care necesită îngrijire permanentă sau temporară, care trăiesc singure, suferă de sindron Alzheimer etc;
- **servicii:** cazare în camere cu 2-3 paturi, alimentație și îngrijire generală, asistență medicală permanentă, activități de ergoterapie, organizarea de excursii, baluri, facilitare deplasării în exterior, îmbunătățirea abilităților sociale, îmbunătățirea relațiilor interpersonale, terapie cognitivă, terapie psihomotorică, terapie de validare (bolnavii cu demență), ore biblice etc;
- **echipa:** medic, asistente medicale, îngrijitori, asistent social, maseuz, frizer, femei de serviciu, personal administrativ. Din 66 de persoane angajate 3 au studii superioare și 63 studii medii;
- **costuri și finanțarea:** costul mediu per asistat este de 1450 lei suportat astfel – 76,59% contribuția asistaților, 7,87% subvenții pe Legea nr. 34/1998, 3,16% donații și sponsorizări, 9,93% contracte de servicii încheiate cu autoritățile locale, alte venituri 1,41%, 1,04% venituri din activități economice;
- **parteneri:** Caritas Linz, Austria;
- **rezultate:** îmbunătățirea calității vieții , a stării de sănătate , a igienei mentale a asistaților și păstrarea pe cât posibil a independenței acestora, integrare în societate, încurajarea asistaților de a-și folosi aptitudinile și evitarea crizelor prin păstrarea calmului;
- **puncte forte:** servicii de calitate, atmosferă familială, îngrijire profesională, empatizarea cu beneficiarii, stimularea abilităților acestora, formarea continuă a personalului, profesionalism și preocuparea permanentă pentru îmbunătățirea calității serviciilor acordate.

Centre de zi

Servicii Alternative Sociale și Medicale în Comunitate pentru Persoanele Vârstnice – FUNDAȚIA PENTRU ÎNGRIJIREA VÂRSTNICULUI, Cluj

- **istoric:** a demarat în anul 1998, fiind primul proiect al fundației, având 270 membri cotizanți, persoane peste 60 de ani;
- **capacitate:** 55 – 60 de persoane – vizitatori permanenți, zilnic;
- **beneficiari:** 475 de persoane peste 60 de ani, persoane singure, fără susținători legali, cu situație economică și socială precară;
- **servicii:** activități de socializare și petrecere a timpului liber (jocuri de societate, acces la presa zilnică și la cărți, viziune tv, audiții muzicale, videocasete, acces la calculator), consiliere psihologică, grupuri de suport, activități culturale artistice, gimnastică de întreținere și recuperare, cercuri literare (în fiecare miercuri – 2 ore), bridada artistică (20 de persoane) organizare de excursii, donații de alimente, îmbrăcăminte, medicamente;
- **echipa:** 19 persoane dintre care 2 asistenți sociali, 1 asistent medical, 1 psiholog, 1 medic specialist, 1 kinetoterapeut, 2 îngrijitor-curățenie, 9 voluntari persoane vârstnice, un director și președintele fundației;
- **costuri și finanțarea:** costul anual este de 245.331 lei din care 57,83% reprezintă cheltuieli cu beneficiarii iar 42,17% costuri administrative. Finanțarea este asigurată pe baza subvențiilor obținute prin Legea nr. 34/1998 (43%), prin fonduri provenite de la C.J.A.S. Cluj pentru serviciile medicale de îngrijire, recuperare și reabilitare (52%), sponsorizări (5%);
- **parteneri:** Primăria Municipiului Cluj Napoca (sediul fundației), Asociația de Ajutor Mutual Cluj, Mutualitatea Creștină Belgia, Fundația Creștină de Ajutorare Cluj, D.M.P.S. Cluj, Aeroportul Internațional Cluj Napoca (strângere de fonduri);
- **rezultate:** creșterea stimei de sine a beneficiarilor (vizibil în ținută, aspectul personal exterior), schimbarea mentalităților, atitudinilor, îmbunătățirea comunicării, armonie între mai multe categorii etnice, creșterea numărului celor care doresc să devină membri de-a lungul timpului (de la 54 beneficiari în 1998 s-a ajuns la 475 în anul 2008);
- **puncte forte:** fiind printre primele centre de zi din țară a fost un model pentru încurajarea altor inițiative.
-

Îngrijiri la domiciliu

Servicii medicale la domiciliu – CRUCEA ALB GALBENĂ, București

- **istoric:** s-a înființat în 1996, 86% dintre beneficiari fiind vârstnici;
- **capacitate:** grupul țintă este format din 60 de persoane lunar;
- **beneficiari:** persoane vârstnice cu grad de dependență avansat (nedeplasabile), cu stare socială precară, care își ocuiesc la domiciliu – unele fără aparținători, cu diferite patologii, în stare de invaliditate temporară sau definitivă, ce nu fac obiectul internării în spital, inclusiv pacienți în stare terminală cu patologii oncologice, care necesită îngrijiri paliative;
- **servicii:** îngrijiri medicale (monitorizarea parametrilor fiziologici, administrarea medicamentelor per os, intravenos, intramuscular, subcutanat etc, măsurarea glicemiei, recoltarea produselor biologice, alimentație artificială, pasivă, etc, clismă, spălături, îngrijirea escarelor, monitorizarea dializei peritoneale și altele), îngrijiri paliative, îngrijiri socio-medicale, crearea ambientului pacientului, comunicare în scop terapeutic, consilierea persoanelor îndoliate;
- **echipa:** 6 asistență medicali cu jumătate de normă;
- **costuri și finanțarea:** 140 lei/beneficiar/lună, din care United Way acoperă 76% și Fundația CAGR 24%, alte finanțări s-au primit de-a lungul timpului : pe baza Legii nr. 34/1998 (300 de persoane lunar au primit îngrijiri socio-medicale la domiciliu), pe baza Legii nr. 17/2000 îngrijiri socio-medicale la domiciliu pentru un număr de 450 persoane vârstnice/lună din sectoarele 1,2,3,5,6, pe bază de contract cu CASMB, respectiv Casa OPSNAJ;
- **parteneri:** United Way România;
- **rezultate:** 60% dintre pacienții cu patologie neurologică post AVC vor obține semidependența și/sau independență în funcție de gravitatea bolii, peste 90% din pacienții diabetici vor învăța să-și administreze singuri medicația și să gestioneze regimul alimentar, dobândirea de cunoștințe și abilități de autoîngrijire, diminuarea stresului familial în cazurile terminale, vindecarea în proporție de 90% a persoanelor cu escare, reducerea internărilor, recăpătarea deprinderilor în alimentare activă și educarea familiilor în alimentarea artificială a pacienților, creșterea sentimentului de securitate, creșterea calității vieții pacienților;
- **puncte forte:** au realizat pionieratul în domeniul îngrijirilor la domiciliu în România și au contribuit la conștientizarea utilității acestora de către statul român.

Adăposturi de noapte

Casa Deschisă pentru Bătrânii Străzii – FUNDAȚIA DE SPRIJIN A VÂRSTNICILOR GALAȚI

- **istoric:** fundația a fost înființată în 1996, iar în 2002 s-a deschis prina “Casă deschisă” pentru bătrânii străzii din municipiul Galați;
- **capacitate:** 20 de locuri de cazare pe timp de noapte;
- **beneficiari:** vârstnici aflați în situații de criză (maltratați, abuzați) care necesită adăpost temporar, vârstnici aflați în situații conflictuale, expuși riscului victimizării, izolați din punct de vedere social și care nu-și cunosc drepturile și modul de a și le proteja;
- **servicii:** identificarea vârstnicilor acordarea de asistență în stradă, servicii medicale, de masă caldă, cazare și spălătorie, activități de club, servicii de consiliere, asigurarea suportului emoțional, creșterea stimei de sine, medierea conflictelor, întregirea relațiilor familiale, întocmirea documentelor pentru obținerea drepturilor de protecție socială;
- **echipa:** coordonator de proiect, asistent social, psiholog, asistent medical, lucrător social, îngrijitor, personal administrativ și voluntari (14 persoane);
- **costuri și finanțarea:** costul anual este de 252442 lei, fiind susținut de Consiliul Județean Galați, Cantina de Ajutor Social și Fundația de Sprijin a Vârstnicilor;
- **parteneri:** Poliția Comunitară, Spitalul de Psihiatrie “Elisabeta Doamna” Galați și Cantina de Ajutor Social;
- **rezultate:** reducerea numărului de bătrâni ai străzii, victime ale amenințării etc (cca 100 de persoane /an), creșterea gradului de acces la servicii sociale și medicale (cca 50 persoane /an), integrarea socială a bătrânilor străzii;
- **puncte forte:** reprezintă o alternativă pentru vârstnicii ajunși fără adăpost în diverse împrejurări, reducerea costurilor de funcționare prin colaborările cu alte instituții.

Programe de voluntariat pentru vârstnici

“Să trăim 100 de ani!” – FUNDAȚIA PROHOMINI, Brăila

- **istoric:** fundația s-a înființat în anul 1997 , iar din 2003 s-a dezvoltat capacitatea acesteia de a strânge fonduri. A fost achiziționat un imobil modern în care este găzduit “Centrul de zi pentru bătrâni”;
- **capacitate:** 20 de persoane vârstnice pot beneficia de serviciile centrului;
- **beneficiari:** 20 de vârstnici din județul Brăila, marginalizați social, având venituri sub 200 lei, fără a avea alt sprijin familial;
- **servicii:** activități de socializare, de club, organizarea de evenimente, invitarea unor personalități locale și specialiști în diverse domenii, editarea ziarului “Prohomini”, ateliere de creație (confecții, arte plastice etc) încurajarea inițiativelor;
- **echipa:** 2 persoane angajate (asistent social și administrator) și 13 doamne voluntare (10 cadre didactice, 1 farmacistă, 1 tehnician dentar, o persoană inginer);
- **costuri și finanțarea:** costul total este de 55808 lei pe an, fiind asigurat exclusiv prin donații (90% provenind de la grupul de firme “Caruz”);
- **parteneri:** S.P.J.A.S. Brăila și Fundația “Trebuie”
- **rezultate:** redobândirea încrederii în sine a asistaților și reducerea sentimentului apăsător de singurătate;
- **puncte forte:** costul redus al cheltuielilor prin aportul muncii voluntare depuse de către membrii fondatori.

Implicarea vârstnicilor în comunitate

“Cine nu are bătrâni să-i cumpere” –

ASOCIAȚIA HERCULES, Costești – jud. Argeș

- **istoric:** asociația s-a înființat în anul 1994, iar acest proiect bazat pe voluntariat a luat ființă în anul 2007;
- **beneficiari:** 15 seniori / lună, adresându-se persoanelor de vârstă a treia din orașul Costești și comunele limitrofe;
- **servicii:** presupun interacțiunea dintre generații, bătrânii desfășurând activități educative cu copiii dintr-un centru de plasament (lecții de gătit, tricotat, țesut, cusut, atelier de pictură., meșteșugărit, lecții de ecologie și grădinărit etc);
- **echipa:** coordonator de proiect, asistent social, psiholog, educator;
- **costuri și finanțarea:** 100 lei / beneficiar (reprezentând materialele necesare și personalul), fondurile provenind de la Fundația Principesa Margareta a României;
- **parteneri:** Primăria și biserica (semnalează cazuri de seniori singuri și facilitează integrarea acestora în proiect);
- **rezultate:** copiii și vârstnicii duc mai departe anumite meșteșuguri, realizându-se un anumit transfer de cunoștințe și experiență;
- **puncte forte:** activitățile intergeneraționale reprezintă un mecanism eficient de a îmbunătăți relațiile dintre oameni, de a reduce sentimentul de singurătate și inutilitate al persoanelor de vârstă a treia.

Complex de servicii pentru vârstnici
Servicii Integrate pentru Persoane Vârstnice –
FUNDAȚIA DE SPRIJIN COMUNITAR, Vrancea

Istoric:

Oferă din anul 1997 servicii de îngrijire la domiciliu pentru persoane în vârstă dependente: bolnavi cronici, persoane cu handicap, persoane singure, fără ajutor intra sau extra-familial (conform specificațiilor din Legea nr. 17/2000). La început, serviciile au fost acordate în Municipiul Bacău: externare dirijată, asistență medicală, îngrijire de bază, kinetoterapie și asistență socială. Apoi serviciile au fost extinse la nivelul următoarelor localități:

- 1998 - Orașul Roman, jud. Neamț
- 2000 - com. Răcăciuni, situată la 30 Km de Bacău
- 2003 - comuna Podu Turcului, situată la 70 km de Bacău
- 2006 - comuna Tănăsoaia, jud. Vrancea
- 2009 - comunele Dealu Morii, Gaiceana, Glăvănești, Motoșeni, Stănișești, Vultureni, Tătăraști, Huruești din județul Bacău

Prin acordarea serviciilor de îngrijire la domiciliu, FSC a identificat și alte nevoi ale persoanelor vârstnice care nu puteau fi satisfăcute la domiciliu, astfel apărând necesitatea înființării unui centru de zi în 2002. Servicii acordate: recuperare, socializare și asistență medicală.

Capacitate: peste 2000 persoane vârstnice.

Beneficiari:

persoane vârstnice din jud. Bacău și Tănăsoaia jud. Vrancea: persoane vârstnice dependente de îngrijire la domiciliu (cel puțin 50 persoane lunar), persoane care necesită îngrijiri medicale la domiciliu (cel puțin 50 persoane lunar), persoane externate din spital și preluate în serviciile de îngrijire la domiciliu (10 pacienți lunar), bătrâni care necesită recuperare și kinetoterapie la centrul de zi (40 persoane lunar), bătrâni care beneficiază de servicii de asistență socială (inclusiv acordare de materiale de incontinență, materiale de curățenie, alimente etc. – 300 persoane lunar), persoane vârstnice deplasabile, singure sau fără ajutor, care beneficiază de servicii de socializare și punere în valoare a potențialului creator la centrul de zi „Speranța” (70 persoane lunar).

Servicii:

A. Servicii la Domiciliu

a) Externarea dirijată se desfășoară la nivelul Spitalului Județean, serviciile fiind asigurate de către 6 asistenți medicali din echipă. FSC beneficiază în Spitalul Județean Bacău de un punct de lucru situat la parter, într-o zonă cu bună vizibilitate și flux de pacienți constant. Biroul FSC din spital este în același timp și un punct de informare a persoanelor vârstnice asupra serviciilor oferite.

b) *Îngrijirile la domiciliu se desfășoară în comunitate și constau în:*

- Îngrijire de bază prin intermediul îngrijitoarelor la domiciliu: asigurarea igienei personale, pregătirea și administrarea hranei, îngrijirea persoanelor incontinente, cumpărături, ajutor menaj, conversație și contact social etc;
- Asistență socială, consiliere și advocacy prin intermediul serviciului de asistență socială: evaluează/ reevaluează persoana vârstnică și stabilește prioritățile privind acordarea serviciilor, identifică instituțiile și orientează persoana vârstnică în vederea obținerii unor drepturi care i se cuvin, ține legătura cu familia, rudele, prietenii persoanei vârstnice etc.
- FSC asigură: materiale de curățenie, materiale de incontinență, alimente etc. celor care nu își pot permite achiziționarea lor.
- Servicii medicale la domiciliu prin intermediul asistenților medicali: pansamente simple și complexe (post operatorii, ulcerații, escare etc.), tratament injectabil, perfuzii, supravegherea funcțiilor vitale, însoțire la medicul de specialitate, relaționarea cu medicul de familie și cel specialist etc
- FSC asigură: materiale sanitare pentru cei care nu își pot permite achiziționarea lor.

c) *Servicii de îngrijire paleativă (pentru bolnavi terminali, cancere etc.)*

- Asistență medicală
- Suport și consiliere prin psiholog
- Informații privind progresul bolii

d) *Voluntariat* - cu voluntari înscriși la “Centrul de voluntariat” al FSC (pentru persoanele vârstnice care dispun de mai mult ajutor din partea familiei, vecini, prieteni și cu grad mai mic de dependență): socializare, plimbări, cumpărături, mic menaj etc.

B. Servicii în Centrul de Zi:

a) Kinetoterapie: în scop recuperator, pentru menținerea sănătății

b) Terapia ocupațională

c) Asistență medicală: supravegherea funcțiilor vitale, măsurarea glicemiei, consiliere pe probleme de sănătate, organizarea unor întâlniri cu medicii specialiști;

d) Consiliere individuală și de grup: persoanelor care au probleme în familie, cu prietenii sau vecinii etc.

e) Socializare:

- activități artistice și culturale: pictură, desen, dans, lecturarea unor cărți și a presei, vizionarea unor programe TV, poezie, editarea ziarului Centrului de Zi, dezbateri și prelegeri pe diverse teme, întâlniri cu oameni importanți din orașul nostru etc.;
- activități gospodărești: amenajarea spațiului verde și a grădinei;
- activități meșteșugărești: goblen, cusut manual și la mașina de cusut, brodat, împletituri artistice și aranjamente ornamentale din diferite materiale, traforaj etc.;
- activități ludice: bingo, jocuri de cărți, șah, țintar, table, rummy etc.;
- Editarea ziarului “Vocea Seniorilor”;
- excursii, drumeții;

Echipa: 1 coordonator de proiect, 2 asistenți sociali, 1 medic geriatru, 6 asistenți medicali, 7 îngrijitori la domiciliu, 1 kinetoterapeut, 1 lucrător social 1 îngrijitor curățenie, 20 voluntari;

Costuri și finanțare: bugetul în anul 2008 a fost de 516062 lei, acoperit din mai multe surse de finanțare: RFFR – 6224 lei, CJAS Bacău – 71850 lei, Consiliul Local Bacău – 52603 lei, MMFPS – 157500 lei, Fundația Vodafone România – 126875 lei, CEE Trust – 91010 lei, Cybernet AC – 10000;

Parteneri: SPAS Bacău, DGASPC Bacău, DMPS, Consiliul Județean Bacău, Spitalul Județean Bacău;

Rezultate: servicii integrate de îngrijire la domiciliu și în centrul de zi pentru peste 2000 de persoane vârstnice, acoperă servicii pentru vârstnici în 6 localități diferite din județele Bacău, Neamț și Vrancea, participarea la conferințe și simpozioane de prestigiu din țară și străinătate (Elveția, Austria, SUA), realizarea în anul 2003 a unei serii de simpozioane itinerante pentru promovarea modelului derulat de FSC și extinderea lui, colaborarea la elaborarea de ghiduri, folosite ca instrument de lucru pentru dezvoltarea și îmbunătățirea serviciilor de îngrijire la domiciliu, susținerea de cursuri de formare și perfecționare pentru echipele de îngrijire la domiciliu ale unor ong-uri din Bacău, Neamț, Focșani, Sibiu, Iași;

Puncte forte: acordarea serviciilor integrate răspunde nevoilor într-un mod ieftin și profesionist și contribuie la continuitatea serviciilor, iar aportul voluntarilor este o resursă valoroasă pentru comunitate.

Capitolul 5

Concluzii

Înființarea serviciilor sociale și dezvoltarea lor în România după 1990 a condus la necesitatea identificării și diversificării resurselor umane și financiare pentru a susține această activitate necesară într-o societate modernă, dinamică. Tendința de descentralizare a condus de asemenea la o restructurare a autorităților publice locale, acordându-le noi responsabilități organizatorice la nivelul comunităților.

Având ca suport juridic Legea administrației publice locale (**Legea nr. 215/2001**), o serie de comunități au accesat parteneriatul public-privat ca o soluție pentru un mai bun management al serviciilor organizate pe plan local. Aceste inițiative au fost totuși insuficiente și de ele au beneficiat doar comunitățile cu o capacitate financiară crescută și cu un mediu de afaceri dezvoltat, în defavoarea celor slab dezvoltate economic și care se confruntă de fapt cu cele mai mari probleme sociale.

Comunitățile locale din România au fost nevoite să se orienteze către noi metode de atragere a veniturilor, cu precădere a acelor venituri menite să susțină dezvoltarea locală – deoarece pe de o parte transferurile de la bugetul de stat către bugetele locale tind să se diminueze tot mai mult, iar pe de altă parte autoritățile centrale au accelerat procesul de descentralizare, inclusiv cea financiară, rezultând creșterea responsabilităților ce revin autorităților publice locale.

Pornind de la scopul general de a îmbunătăți managementul serviciilor publice la nivel local acordate populației, aflată într-un proces alt de îmbătrânire și având în vedere aspectele specifice pe care le prezintă parteneriatul public-privat realizat la nivel județean considerăm că acesta reprezintă soluția pentru un management eficient al serviciilor sociale pentru comunitățile locale din România.

O descentralizare a furnizării și finanțării serviciilor de asistență socială pentru vârstnici și o transferare de competențe în acest sens se va putea realiza dacă sunt îndeplinite următoarele elemente:

- elaborarea unei strategii unice de descentralizare a serviciilor de asistență socială;

- identificarea resurselor necesare și a costurilor integrale aferente competențelor transferate;
- stabilirea standardelor de cost și de calitate pentru finanțarea diferitelor servicii de asistență socială;
- stabilirea unor indicatori sociali pe baza cărora să se calculeze bugetul aferent unei competențe pentru o autoritate publică locală.

La nivel local mecanismele legislative care permit autorităților să aloce fonduri organizațiilor neguvernamentale - pentru serviciile sociale acordate persoanelor vârstnice - pe care acestea le furnizează comunității sunt: **Legea nr. 34/1998, Legea nr. 350/2005, Legea nr. 17/2000, Legea nr. 215/2001, O.G. nr. 68/2003**, dar ele prezintă anumite lacune și disfuncții în modul de aplicare pe care le sesizează atât organizațiile nonprofit cât și autoritățile publice. O cercetare efectuată de Fundația pentru Dezvoltarea Societății Civile a relevat o serie de probleme, dar și de beneficii pentru administrația publică, pentru organizațiile neguvernamentale și pentru beneficiari, rezultate din această colaborare centrată pe obținerea de fonduri pentru derularea programelor, inclusiv pentru persoanele vârstnice – ca o categorie semnificativă de persoane care necesită asistență socio-medicală.

Legea nr. 34/1998, cel mai vechi instrument de finanțare de la bugetul de stat, a apărut cu scopul de a susține financiar activitatea organizațiilor neguvernamentale din domeniul social. Interesul scăzut al o.n.g.-urilor din domeniul social de a se finanța prin intermediul acestor subvenții poate avea mai multe cauze, precum:

- mediatizarea insuficientă a programului și lipsa sesiunilor de informare și chiar de training;
- slaba capacitate a o.n.g. de a obține informații, neconsultarea regulată a Monitorului Oficial;
- slaba relaționare dintre o.n.g. și direcțiile din subordinea Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale care dețin informațiile;
- incapacitatea o.n.g. de a răspunde criteriilor impuse de actul normativ;
- reticența o.n.g. de a cheltui bani publici, de a face obiectul unui control al Gărzii Financiare, respectiv neîncrederea în structurile statului;
- birocrația prea mare cu care se confruntă o.n.g. atât pentru depunerea documentației, cât și pentru evaluarea activității lor;
- sumele prea mici acordate pe cap de beneficiar;

- reticența reprezentanților Direcțiilor de Muncă, Solidaritate Socială și Familie de a atribui bani publici o.n.g., respectiv gradul scăzut de încredere în noi parteneri sociali.

Cu toate aceste neajunsuri, numărul o.n.g. care cer subvenție este în continuă creștere față de anul 1998, când a fost demarat acest proces.

Din punctul de vedere al autorităților publice, parteneriatele în domeniul furnizării de servicii sociale încheiate cu o.n.g. și externalizarea serviciilor sociale sunt instrumente de lucru ce conduc la o sistematizare a serviciilor, dar reglementarea lor prin lege este lipsită de coerență și neclară. Pentru a evita procedurile birocratice unele administrații locale acordă finanțări o.n.g. care furnizează servicii sociale pe baza unor protocoale de parteneriat. Se preferă această formulă deoarece în acest mod se asigură continuitatea serviciilor oferite beneficiarilor, evitându-se licitația care poate produce disfuncționalități. Beneficiarii se familiarizează cu un anumit o.n.g. care oferă serviciile pentru persoanele vârstnice și este de preferat, din punctul de vedere al autorităților, să se continue cu aceeași organizație neguvernamentală dacă activitatea acesteia corespunde criteriilor și standardelor de performanță impuse. Astfel se fac parteneriate pe perioade mai lungi de timp. Percepția factorilor de decizie din instituțiile administrației publice, dar și a reprezentanților organizațiilor neguvernamentale este că în acest moment avem de-a face cu o suprareglementare în domeniul contractării de servicii sociale, fapt ce creează confuzie și disfuncționalități.

Managementul o.n.g. este apreciat ca fiind de calitate de către autoritățile publice datorită capacității organizațiilor neguvernamentale de a se adapta ușor problemelor care apar, flexibilității, lipsei constrângerilor administrative, rapidității cu care circulă informația, instrumentelor de lucru pe care le posedă.

Raportarea pe care o fac ONG pentru fondurile publice locale obținute este de două tipuri financiară și narativă. Raportarea financiară se face lunar pentru a se putea primi sumele de bani la timp. Cea narativă se face fie lunar, fie trimestrial în funcție de cerințele impuse de administrația locală. Pentru Legea nr. 34/1998 raportarea este lunară, deși o.n.g.-urile au declarat că este de preferat ca ea să fie făcută trimestrial pentru că este aceeași activitate, iar rapoartele sunt asemănătoare în fiecare lună.

Principala critică în ce privește managementul instituțiilor publice este legată de lipsa transparenței în procedurile administrației: informația circulă greu de la administrația publică locală către o.n.g., nu sunt stabilite criterii clare de evaluare a proiectelor depuse, componența comisiilor nu este stabilită înainte, nu se comunică prioritățile de finanțare

pentru anul respectiv, nu sunt stabilite criteriile de evaluare și monitorizare a rezultatelor proiectelor, nu există o consultare reală a o.n.g. pentru stabilirea strategiilor de dezvoltare în domeniul serviciilor sociale și a bugetelor.

Există două efecte majore ale procesului de contractare socială: existența unei presiuni asupra organizațiilor nonprofit pentru a nu comite erori și posibilitatea creării unei dependențe în ce privește finanțarea. Dacă primul efect este unul ce are rezultate pozitive în sensul creșterii calității serviciilor și crearea unei imagini mai bune a activității o.n.g. în comunitate, cel de-al doilea este de combătut deoarece dependența poate face ca o.n.g. să nu își diversifice paleta de servicii, să nu încerce atragerea altor fonduri și în final să nu asistăm la un proces de dezvoltare instituțională.

În cazul administrației publice locale beneficiile sunt: cheltuirea eficientă a bugetului local, împărțirea responsabilităților, creșterea calității serviciilor sociale, diversificarea serviciilor sociale în funcție de nevoile beneficiarilor, descentralizarea furnizării de servicii sociale, atragerea unor surse de cofinanțare. Pentru organizațiile neguvernamentale, beneficiile sunt: sustenabilitatea serviciilor, câștigarea unui capital de imagine necesar pentru accesarea altor finanțări, concentrarea pe servicii, realizarea nevoilor locale identificate. Efectele pozitive pentru beneficiari sunt legate de creșterea calității serviciilor, a numărului nevoilor satisfăcute, oferirea de servicii integrate.

Obstacolele în calea contractării sociale la nivelul administrației publice locale din România identificate în cadrul cercetării efectuate de către Fundația pentru Dezvoltarea Societății Civile au fost grupate pe trei niveluri – obstacole legislative, administrative și culturale.

Obstacolele legislative semnalate sunt: suprapunerile din legislație, inaplicarea Legii nr. 350/2005 la nivel local, lipsa de coerență legislativă, lipsa de coerență între conceptele de contractare, finanțare, parteneriat public-privat. În ceea ce privește obstacolele administrative putem aminti:

- birocrația,
- lipsa unor criterii obiective de evaluare,
- insuficienta dezvoltare a pieței de servicii sociale,
- lipsa unor evaluări de impact,
- lipsa unor baze de date cu beneficiari și prestatori,
- lipsa de transparență a administrației publice locale.

Obstacolele culturale se referă la: tendința de autoconservare a administrației publice locale și teama de concurența o.n.g., slaba implicare a o.n.g. în formularea de politici publice în domeniu, lipsa de dialog între administrația publică și o.n.g.. O problemă majoră identificată de către reprezentanții organizațiilor neguvernamentale o constituie tendința de a-și dezvolta propriile servicii de asistență socială, lucru ce va conduce în viitor la o diminuare a sumelor acordate o.n.g. chiar dacă serviciile oferite de acestea sunt de calitate mai bună. Apare în acest mod o concurență neloială sau mai corect spus o pseudoconcurență atâta timp cât fondurile sunt acordate de către administrația publică locale pentru propriile servicii. Fondurile pentru o.n.g. se vor acorda numai în domeniile care nu sunt acoperite de către instituțiile publice.

Reconstruirea infrastructurii instituționale este un proces de durată și nu lipsit de obstacole și ale cărui efecte pentru a fi vizibile în timp este nevoie de intervenție pe mai multe planuri.

De aceea apreciem ca pozitivă inițiativa multor organizații nonprofit și respectiv a instituțiilor de stat care au consimțit la constituirea unor asemenea parteneriate public-privat. Le considerăm a fi benefice prin cumularea experienței celor două sisteme, în special a celui privat care activează pe piața serviciilor sociale cu un avans de peste șase ani față de sectorul public și care a beneficiat de colaborări în plan internațional, având în vedere că majoritatea organizațiilor neguvernamentale și-au început activitatea pe bază de finanțare străină asimilând un model de lucru bine organizat. Asumarea de către partenerii publici a rolului de finanțator și al sectorului nonprofit de furnizor de servicii și de bune practici în domeniu este o soluție așteptată de societatea civilă pentru a asigura continuitatea programelor.

În prezent, dezvoltarea parteneriatului public-privat pentru asigurarea rețelei de servicii pentru persoanele vârstnice este insuficient dezvoltată și incapabilă să răspundă nevoilor persoanelor de vârstă a treia aflate în dificultate din punct de vedere economic, social sau medical. De aceea se impun măsuri pentru promovarea colaborării între cele două sectoare public și privat ca o modalitate optimă de asigurare a unei rețele de servicii consistente și coerente.

O analiză realizată de Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice reflectă modul în care sunt reglementate, organizate și funcționează parteneriatele dintre sectorul public și cel nonprofit pentru asigurarea rețelei de suport pentru persoanele vârstnice la nivel național și a condus către conturarea următoarelor concluzii care susțin promovarea de

măsurile pentru dezvoltarea și extinderea rețelei de servicii comunitare destinate persoanelor de vârstă a treia în regim de parteneriat public - privat.

Principalele aspecte care se desprind din analiza datelor primite sunt:

► **aspecte organizatorice :**

- **Rețeaua geriatrică la nivel national este insuficient dezvoltată.** Platforma gerontologică preconizată a se implementa nu se regăsește în practica instituțiilor publice și a organizațiilor societății civile decât parțial, fără a exista continuitatea și complementaritatea pe care o poate asigura sistemului parteneriatul public – privat.
- Deși Legea nr.17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice a intrat în vigoare în anul 2000, până în prezent se observă **o slabă dezvoltare a serviciilor pentru vârstnici comparativ cu alte categorii defavorizate (copii, persoane cu handicap) și o slabă dezvoltare a structurilor la nivelul autorităților publice locale** (nu există serviciu destinat persoanelor vârstnice în cadrul direcțiilor de asistență socială județene).
- **Infrastructura este insuficient dezvoltată** și nu asigură condițiile pentru ca partenerii să poată coopera eficient în beneficiul persoanelor vârstnice aflate în dificultate.
- O problemă cu care se confruntă sistemul de asistență socio-medicală pentru persoane vârstnice este **lipsa specialiștilor (asistenți sociali, medici geriatri)**, care ar trebui să evalueze persoanele vârstnice inițial și periodic și să facă recomandări pentru întocmirea planului individual de intervenție.
- Structura de personal a unităților publice și private este incompletă, **lipsind cel mai adesea specialiști precum: îngrijitori, ergoterapeuți, kinetoterapeuți, medici.** Lipsa acestora ne-a fost semnalată deopotrivă de către furnizorii publici, cât și de către cei privați **în corelație cu categoriile de servicii care ar mai fi necesare (evaluare, monitorizare, terapie ocupațională, servicii medicale și servicii de îngrijiri stomatologice).**
- **Echipa multidisciplinară nu funcționează** astfel încât de cele mai multe ori evaluarea, decizia și implementarea îngrijirii sunt fracționate fără ca specialiștii să comunice eficient.
- Furnizorii de servicii socio-medicale la domiciliu se confruntă cu: **lipsa spațiilor** în care să își desfășoare activitatea și **lipsa fondurilor** pentru susținerea programelor.
- **Repartizarea furnizorilor la nivel national este inegală**, oferta de servicii fiind mult mai redusă pentru localitățile mici și pentru cele rurale, în care sunt active doar organizațiile neguvernamentale, iar instituțiile publice nu au decât în mică măsură

organizate servicii de îngrijire pentru vârstnici. Această discrepanță trebuie avută în vedere la elaborarea strategiilor de politică socială și la distribuirea fondurilor de la bugetul de stat, care pot compensa fondurile deficitare ale bugetelor locale incapabile să susțină și să promoveze programe de asistență socială.

- În România **nu au fost încă dezvoltate programe de reinsertie și de menținere a unei vieți active și a unei participări sociale semnificative a persoanelor vârstnice.**

Din acest punct de vedere îngrijirea persoanelor vârstnice ar putea să capete noi valențe incluzând și programe de socializare, divertisment, culturale sau sportive în paralel cu cele de îngrijire socio-medicală și medicală.

- Considerăm ca **un element pozitiv implicarea voluntarilor în activitățile de îngrijire la domiciliu a persoanelor vârstnice**, cu prioritate de către organizațiile neguvernamentale ca efect și al noilor prevederi legislative care stimulează solidaritatea socială în raport cu persoanele de vârsta a treia aflate în situații de risc.

- Deși **personalul este insuficient**, furnizorii de servicii comunitare pentru vârstnici își desfășoară activitatea cu personal specializat care beneficiază de formare continuă în cadrul instituției sau cu voluntari care au fost calificați.

► **aspecte legislative :**

- **Legea nr.17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice prezintă o serie de lacune deoarece nu acoperă întreaga problematică a vârstei a treia, iar prevederile sale nu sunt puse în aplicare corespunzător.**

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

- **Legislația în domeniul financiar nu încurajează transferurile între sectorul nonprofit și cel privat.**

Alte probleme cu caracter general sesizate se referă la :

- suprapuneri legislative, motiv pentru care ar trebui elaborat un mecanism de finanțare simplificat;
- incoerență între serviciile furnizate și cele prevăzute în legea acreditării, rezultând servicii care nu au putut fi acreditate deoarece nu există în nomenclatorul de servicii sociale;

- hipercentralizare a serviciilor în sistemul public (DGASPC) care a dus la crearea unor servicii mamut ce sunt greu de administrat;
- lipsa unei metodologii unitare de evaluare la nivelul întregii țări care să cuprindă indicatori cunoscuți de către toți cei implicați;
- evaluarea urmărește în special modul de cheltuire a sumelor și mai puțin aspecte calitative legate de realizarea obiectivelor, nivelul de îndeplinire al rezultatelor propuse, impactul asupra beneficiarilor, nivelul de atingere al standardelor de performanță.

Capitolul 6

Propuneri

Îmbătrânirea populației este un fenomen mondial. Conform datelor Organizației Națiunilor Unite, proporția populației de vârstă a treia va crește, pe termen lung, fenomenul îmbătrânirii fiind prezent, în mod deosebit în Europa. Se apreciază că aceasta a atins deja un stadiu critic deoarece perspectiva pentru acest secol este un declin natural și o îmbătrânire excesivă a populației. **La 1 iulie 2009 în România populația peste 60 de ani însumează 4.274.640 persoane, reprezentând 19,9% din totalul populației.**

Recomandările Adunării Mondiale a Persoanelor Vârstnice 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.

Propunerile pentru îmbunătățirea activității, așa cum au rezultat din practica furnizorilor de servicii publici și privați, sunt următoarele:

► **Extinderea parteneriatul public-privat:**

- **Creșterea nivelului subvențiilor alocate asociațiilor și fundațiilor** în temeiul Legii nr. 34/1998 pentru înființarea și administrarea unităților de îngrijiri la domiciliu destinate persoanelor vârstnice, în vederea extinderii rețelei și îmbunătățirii calității serviciilor acordate prin programele derulate de către acestea;
- **Încurajarea sponsorizărilor** oferite de persoane juridice ori fizice pentru finanțarea și dotarea instituțiilor de asistență socială și a organizațiilor neguvernamentale;
- **Dezvoltarea culturii filantropice la nivelul agenților economici și responsabilizarea societății civile.**

► **În plan legislativ:**

- **Îmbunătățirea legislației privind drepturile persoanelor vârstnice având ca prioritate: definirea persoanei vârstnice în complexitatea sa și a drepturilor sociale ale persoanei vârstnice în raport cu prevederile existente la nivel european, clarificarea**

termenului de “nevoie” și a “criteriilor de evaluare” a situației medico-sociale a persoanei vârstnice;

- **Corelarea actelor normative în domeniul social cu cele din domeniul sanitar** pentru o coordonare și finanțare comună.
- Elaborarea unor **ordine comune ale Ministerului Sănătății și Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale**, care să reglementeze acordarea asistenței medicale și socio-medicale la domiciliu și să stabilească responsabilitățile și cooperarea între cele două domenii.
- **Elaborarea metodologiei de evaluare a serviciilor de îngrijire la domiciliu și în regim rezidențial.**

▶ **În plan financiar:**

- Identificarea de **noi surse de finanțare**;
- Atragerea de **fonduri din sectorul privat**;
- **Scutirea de taxe și impozite** pentru activitățile de asistență socială destinate persoanelor vârstnice;
- **Încurajarea sponsorizărilor** oferite de persoane fizice sau juridice prin modificări aduse Legii nr. 32/1992;
- **Mărirea volumului subvențiilor alocate asociațiilor și fundațiilor în temeiul Legii nr. 34/1998** pentru înființarea și administrarea unităților de asistență socială destinate persoanelor vârstnice, în vederea îmbunătățirii calității serviciilor acordate prin programele derulate de către acestea;
- Susținerea costurilor pentru programele de îngrijire la domiciliu și rezidențiale prin **subvenții de la bugetul de stat**, deoarece descentralizarea a avut efecte negative asupra asistenței sociale în mediul rural și în zonele defavorizate ale țării unde bugetul local este mic.

▶ **Resurse umane:**

- **Atragerea continuă de specialiști**;
- Organizarea de **schimburi de experiență și formare continuă**;
- **Extinderea rețelei de îngrijitori la domiciliu**;
- **Recunoașterea asistentului medical ca furnizor de servicii medicale independente**;

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

▶ **Servicii și infrastructura:**

- **Implementarea unui sistem de îngrijiri de lungă durată** ca o componentă importantă pentru dezvoltarea strategiei în domeniul persoanelor vârstnice.
- **Extinderea anumitor tipuri de servicii și prestații**, care răspund nevoilor individuale ale persoanelor vârstnice, exemplu: “cantina pe roți”, farmacia socială, asistență stomatologică, terapie ocupațională, cluburi pentru persoane vârstnice etc;
- **Extinderea și reabilitarea centrelor de zi;**
- **Înființarea de centre de ergoterapie** în parteneriat public-privat;
- **Înființare de cluburi pentru persoanele vârstnice;**
- Extinderea și dezvoltarea **serviciilor comunitare - integrate** de asistență medico-socială la domiciliu;
- Dezvoltarea unui **sistem complex de servicii socio-medicale** pentru vârstnici;
- **Îmbunătățirea colaborării cu casele de sănătate și celelalte institutii medicale** (unități medico-sociale, spitale, centre de diagnostic etc);
- **Acordarea de spații de către autoritățile publice locale** prin redirecționarea scopului;
- **Dotarea furnizorilor de servicii cu echipamente și aparatură medicală** necesare desfășurării activității;
- Introducerea unor **facilități în vederea promovării și stimulării îngrijirii la domiciliu a persoanelor vârstnice;**
- Reglementarea unui **sistem unitar de evaluare a nevoilor și a gradului de dependență** a persoanelor vârstnice;
- Reglementarea unei **autorități care să monitorizeze sistemul de servicii sociale, socio-medicale și medicale pentru persoane vârstnice** la nivel național;
- **Introducerea unui sistem de monitorizare a cazurilor sociale** la nivel local pentru o mai bună evaluare a nevoilor comunității;

► **Implicarea comunității în acțiunile sociale:**

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

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

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

Instrumentul cel mai important pentru creșterea calității serviciilor sociale pentru persoanele vârstnice îl deține administrația publică, respectiv guvernul și parlamentul, și este reprezentat de politicile publice pe care le adoptă. Introducerea elementelor „noului management public” în cadrul reformei administrației publice presupune: reducerea cheltuielilor administrative; utilizarea tehnologiei informației pentru a îmbunătăți sistemele financiare, sistemele de achiziții și plăți, facilitarea comunicațiilor în interiorul și în exteriorul sistemului birocratic; adoptarea unui management bazat pe programe; adoptarea planificării strategice, a planificării de afaceri, a regimurilor de management al performanței și o raportare mai transparentă către public; utilizarea unor alternative de livrare directă a serviciilor de către angajații publici permanenți în forma contractului extern, delegarea puterii/sarcinii, acorduri de parteneriat (cu non-profit, cu profit și cu alte

organizații guvernamentale), privatizare și agenții autonome; schimbarea managementului resurselor umane și a sistemului de compensații; accent pus pe calitatea serviciului.

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

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

Reforma în domeniul furnizării serviciilor sociale are în vedere nu numai actorii implicați (public sau privat), ci și modul cum se realizează (legislația). În prezent asistăm la o reformă în ceea ce privește criteriile acordării acestor servicii, trecându-se de la servicii bazate pe principiul universalității, la servicii personalizate în funcție de nevoile cetățenilor. Se impune astfel o schimbare a metodologiei de acreditare deoarece pentru serviciile nou înființate nu se poate obține finanțare. Cum licențierea este de două feluri (licența provizorie și licența de funcționare), ar trebui să existe posibilitatea acreditării provizorii.

Este necesar să fie o centrare mai mare pe evaluarea de rezultate sau pe cea de impact. Trebuie să fie formulați indicatori de calitate pentru serviciile sociale, deoarece standardele de calitate nu sunt suficient de detaliate cu astfel de indicatori. În lipsa acestor indicatori, evaluarea este formală și nu urmărește îndeplinirea standardelor de calitate.

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

- componentele inovatoare trebuie să se nască dintr-o necesitate reală și nu pentru a fi pe placul finanțatorului;
- obținerea de venituri să se poată realiza din desfășurarea de activități economice directe în conformitate cu legea;
- să fie folosite produse de marketing pentru vizibilitate, iar distribuția lor strategică să se facă în timp util atât pentru organizații cât și pentru potențiali beneficiari, prin metode care țin cont de specificul categoriei de populație căreia i se adresează, în speță persoanele vârstnice;
- raportarea la standardele de calitate existente;

- implicarea autorităților publice locale să conducă la o mai mare asumare a responsabilității stabilite prin lege pentru serviciile de proximitate;
- motivarea personalului și diversitatea intervențiilor să conducă la o abordare realistă a serviciilor de îngrijire care sunt extrem de solicitante;
- adaptarea la nevoile beneficiarului vârstnic;
- operaționalizarea transparenței organizaționale;
- realizarea unor contracte cu persoanele beneficiare și respectarea unui orar de funcționare;
- încrederea acordată personalului, să fie valorificată ca o metodă de a crește calitatea serviciilor organizației;
- comunicarea în interiorul și exteriorul organizației să reprezinte un element cheie pentru succesul instituției;
- încrederea că există interes real pentru activitate voluntară din partea vârstnicilor români și implicarea lor în activități ce-i pun în valoare, prin stimularea sentimentului de utilitate și de spolidaritate inter- și intragenerațională.

Întocmit,

Șef birou “Analize și studii” **Alina Matei**

BIBLIOGRAFIE

Burada, V., Berceanu, D., Petrescu, C., *Analiza mecanismelor de finanțare directă de la bugetul de stat pentru organizații neguvernamentale în România*, București, Fundația pentru Dezvoltarea Societății Civile, 2007

Rusu, O., Vîlcu, I., Petrescu, C., *Locul și rolul organizațiilor neguvernamentale pe piața de servicii sociale din România*, București, Fundația pentru Dezvoltarea Societății Civile, 2007

Lambriu, M., *Parteneriat public-privat și contractare de servicii în domeniul social*, „Revista de Asistență Socială”, nr. 1/2004, pp. 3–17

Planul Național Anti-Sărăcie și Promovare a Incluziunii Sociale, „Revista de Asistență Socială”, nr. 3/2002, București, 2002.

Lambriu, M., Mărginean, I., *Parteneriatul public – privat în furnizarea de servicii sociale*, București, Editura Ziua, 2004.

Mărginean I., *Modelul social din perspectiva calității vieții populației*, „Revista Calitatea Vieții”, nr. 3–4, Editura Academiei Române, 2004

Petrescu C., Rusu O., *Instrumente de Politici Publice în Sistemul de Furnizare a Serviciilor Sociale*, „Revista Calitatea Vieții”, nr. 1–2, 2008

Zamfir C, Zamfir E., (coord.), *Politici sociale România în context european*, Editura Alternative, București, 1995

„Modele de bună practică în domeniul programelor pentru vârstnici”, Fundația Principesa Margareta a României

www.fpmr.ro

www.ong-seniori.ro

www.mmuncii.ro

O. G. nr. 68/2003 privind serviciile sociale, modificată și completată

Legea nr. 47/2006 privind sistemul național de asistență socială în România

Legea nr. 34/1998 privind acordarea unor subvenții asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică, care înființează și administrează unități de asistență socială

Legea nr. 350/2005 privind regimul finanțărilor nerambursabile din fonduri publice alocate pentru activități nonprofit de interes general

O.G. nr.34/2006 privind atribuirea contractelor de achiziție publică, a contractelor de concesiune de lucrări publice și a contractelor de concesiune de servicii

ANEXA NR.1

Lista organizațiilor neguvernamentale care desfășoară programe pentru persoanele vârstnice și care au primit subvenții pe baza Legii nr. 34/1998, în anul 2009 (extras din anexa la Ordinul MMFPS nr. 1094/2008)

Nr. crt.	Denumire asociatie/fundatie	Nr.unități asistență socială	Nr.beneficiari (persoane)	Suma aprobata total (lei)
1.	Asociatia „A.S.2001 Alba Iulia” Str.Constantin Brancoveanu,nr.51,bl.12A,ap.17,Alba Iulia,510063,Jud.Alba	3	157	124.440
2.	Asociatia Caritas Mitropolitan Greco-Catolic Blaj-Str.Republicii nr.8,515400,Blaj,Jud.Alba	6	275	312.360
3.	Asociatia „Filantropia Ortodoxa” Alba Iulia –Str.Mihai Viteazu nr.16,510010,Alba Iulia,Jud.Alba	5	130	119.400
4.	Asociatia Caritas Arhieceza Romano Catolica Alba Iulia- Str.Pacii,nr.3,Alba Iulia,510009	13	2.013	2.135.955
5.	Fundatia de Sprijin Comunitar-Str.Livezilor 1,sc.A,ap.2,600059,Bacau	2	300	319.000
6.	Asociatia Caritas Bacau	1	30	13.452
7.	Asociatia „Sf.Fata a Domnului Nostru Isus Cristos-Str.Intre Vii nr.141-142,Magura,Bacau	1	33	64.080
8.	Fundatia pentru Educatie ,Dezvoltare si Spijin Comunitar „Constantin Brancoveanu”-Str.Ardealului ,Bl.6,sc.C,Ap.3,Bacau	1	70	84.000
9.	Fundatia Umanitara Salem-Str.Horea nr.10,Salonta,Bihor	1	8	14.000
10.	AS Caritas Catolica,Oradea-Str.Sirul Canonicilor nr.21,Oradea	1	40	62.400
11.	Asociatia Ramiluck-Str.Anatole France nr.23,Oradea	1	35	50.400

12.	Asociatia Ruhama -Str.General Magheru nr.21,ap.159,Oradea	1	30	36.000
13.	Fundatia Filadelfia NOOM -Str.Principala nr.547-548,Salard,Bihor	1	32	67.968
14.	Fundatia Hospice „Casa Sperantei” -Str.Sitei,nr.17A,Brasov	3	280	338.400
15.	Fundatia Crucea Alb-Galbena Romania -Str.Splaiul Independentei nr.169,sect.5,Bucuresti	1	300	305.620
16.	Casa de ajutor reciproc a pensionarilor „Omenia” -Str.Amurgului nr.53,sect.5,Bucuresti	1	50	51.000
17.	Fundatia „Copii in dificultate” -Str.Radu de la Afumati,nr.16,sect.2,Bucuresti	1	20	24.800
18.	Asociatia Sf.Stelian -Str.Mitropolit Nifor nr.44,sect.4,cod 040502,Bucuresti	1	80	26.880
19.	Fundatia pentru Copii „Sf.Sava”de la Buzau -Str.Bistritei,nr.19,Buzau	1	9	27.000
20.	Asociatia Serviciul de Ajutor Maltez -Str.Nuferilor,nr.1,ap.9,Cluj	4	100	117.700
21.	Asociatia de Caritate „Proiect Theodora” -Str.Blajului nr.9A,Cluj Napoca,Cluj	1	80	238.546
22.	Asociatia Caritas Eparhial Greco-Catolic -B-dul Eroilor nr.10,ap.5,Cluj	2	125	93.600
23.	Fundatia Crestina Diakonia -Str.Zambilei nr.7,Cluj Napoca,Cluj	5	628	325.280
24.	Fundatia Crucea Alb-Galbena ,filiala Targoviste-Str.Calea Domneasca,BI.X2E,parter,Targoviste,Dambovita	1	180	96.400
25.	Fundatia „Catedrala Eroilor ” -Str.I.C.Bratianu nr.33,Targoviste,Dambovita	1	20	60.000
26.	Asociatia Provita Targoviste 2003 -Str.10 Mai nr.15,Targoviste,Dambovita	1	125	60.400
27.	Fundatia de Sprijin a Varstnicilor –Micro 17,Str.Barbosi nr.6,Galati	2	80	127.430
28.	Asociatia Samaritanilor –Str.Rozei,nr.16/B,Odorheiu Secuiesc 535600.Harghita	1	30	90.000
29.	Fundatia „Jakab Lajos” -Str.Principala nr.10,Locodeni,Harghita	1	45	126.800
30.	Centrul Diecezan Caritas Oasi -Str.Sararie nr.134,Iasi	10	550	405.408

31.	Congregatia Fiicelor „Sf.Maria a Divinei Providente” -Str.Plopii Fara Sot nr.7,Iasi	1	36	76.200
32.	Asociatia „Sofiaman pentru Comunitate” -Loc.Brusturi,Jud.Neamt	1	110	52.800
33.	Organizatia Caritas Satu Mare -P-ta Libertatii nr.20,Municipiul Satu Mare,440014	14	707	513.180
34.	Fundatia Umanitara „Agape” -Loc.Tihau,nr.248/A,com.Surduc,Jud.Salaj	1	25	75.000
35.	Fundatia Rainbow -Str.Gh.Doja,nr.110,Cehu Silvaniei ,Salaj	1	27	81.000
36.	Asociatia Evanghelica de Diaconie Medias –Piata Castelului nr.2,Medias,Jud.Sibiu	2	120	187.200
37.	Asociatia Crestina Buna Vestire -Str.Pielarilor nr.8,Sibiu,jud.Sibiu	1	28	64.800
38.	Fundatia B&B Adept Agnita -555100 Str.Smardan nr.11,Agnita,jud.Sibiu	1	49	147.000
39.	Asociatia „Dr.Carl Wolff” a Bisericii Evanghelice C.A.Din Romania -Str.Pedagogilor nr.3-5,Sibiu,550132	1	14	42.000
40.	Asociatia „Diakonisches Werk” a Credinciosilor Bisericii Evanghelice CA din Romania -550009 Sibiu ,Str.Andrei Saguna nr.5,Sibiu	1	90	58.800
41.	Fundatia Filantropia Timisoara –B-dul C.D.Loga,nr.7,Timisoara,jud.Timis	1	45	12.000
42.	Uniunea Adam-Muller-Guttenbrunn -Str.Gheorghe Lazar 10-12,300080,Timisoara,Jud.Timis	5	177	454.200
43.	Federatia Caritas a Dieceziei Timisoara -Str.Corbului nr.2,Timisoara,Timis	5	345	282.360
44.	Asociatia Sanmed ,Rm.Valcea-Str.Matei Basarab nr.3,Rm.Valcea,Valcea	1	80	52.800
45.	Asociatia „Totul pentru Viata” ,Husi-Str.1 Decembrie nr.12,Mun.Husi,Vaslui	1	70	60.480
46.	Fundatia Academica „Sf.Imparati Constantin si Elena” ,Str.Stefan cel Mare 14B,bl.A2,sc.2,ap.11,Focsani,Vrancea	1	100	72.000
TOTAL		112	7.878	815.053.900

ANEXA NR.2

Lista organizațiilor neguvernamentale care desfășoară programe pentru persoanele vârstnice și care au primit subvenții pe baza Legii nr. 34/1998, în anul 2010 (extras din anexa la Ordinul MMFPS nr.1857/29.12.2009)

Nr. crt.	Denumire asociatie/fundatie	Nr. unitati asistență socială	Nr.beneficiari (persoane)	Suma aprobata total (lei)
1.	Asociatia Caritas Mitropolitan Greco-Catolic Blaj-Str.Republicii nr.8,515400,Blaj,Jud.Alba	6	285	340.800
2.	Asociatia „Filantropia Ortodoxa” Alba Iulia –Str.Mihai Viteazu nr.16,510010,Alba Iulia,Jud.Alba	1	20	11.520
3.	Asociatia Caritas Arhidieceza Romano Catolica Alba Iulia- Str.Pacii,nr.3,Alba Iulia,510009	13	2.113	1.901.760
4.	Fundatia de Sprijin Comunitar-Str.Livezilor 1,sc.A,ap.2,600059,Bacau	2	300	344.400
5.	Asociatia „Sf.Fata a Domnului Nostru Isus Cristos-Str.Intre Vii nr.141- 142,Magura,Bacau	1	59	177.000
6.	Fundatia pentru Educatie ,Dezvoltare si Spijin Comunitar,,Constantin Brancoveanu”-Str.Ardealului ,Bl.6,sc.C,Ap.3,Bacau	1	143	163.020
7.	AS Caritas Catolica,Oradea-Str.Sirul Canonicilor nr.21,Oradea, Bihor	1	35	105.000
8.	Asociatia Ramiluck-Str.Anatole France nr.23,Oradea, Bihor	1	40	57.600
9.	Fundatia Filadelfia NOOM-Str.Principala,nr.547-548,Salard,Bihor	1	32	96.000
10.	Fundatia Agape	1	50	72.000
11.	Fundatia Ruhama-Str.General Magheru,nr.21,ap.159,Oradea, Bihor	2	80	115.200
12.	Fundatia Umanitara Salem-Str.Horea,nr.10,Salonta,Bihor	1	8	24.000
13.	Asociatia Filantropica Madical Crestina „Christiana”-Str.Dr.Ioan	1	50	150.000

	Cantacuzino,nr.14,500073,Brasov			
14.	Fundatia Crucea Alb-Galbena Romania -Str.Splaiul Independentei nr.169,sect.5,Bucuresti	1	200	182.808
15.	Asociatia Sf.Stelian -B-dul Corneliu Coposu nr.1A,et.2,ap.4,sect.3,Bucuresti	1	32	28.032
16.	Asociatia de Caritate „Proiect Theodora” -Str.Blajului nr.9A, Cluj Napoca,Cluj	1	90	270.000
17.	Asociatia „Pulsul Vietii” Chesau-Str.Principala nr.260A,Comuna Mociu,loc.Chesau,Jud.Cluj	1	70	96.600
18.	Asociatia Serviciul de Ajutor Maltez in Romania -Str.nuferilor,nr.1,ap.9,Cluj	4	130	249.000
19.	Fundatia Crestina Diakonia -Str.Zambilei nr.7,Cluj Napoca,Cluj	6	980	937.800
20.	Fundatia Crucea Alb-Galbena ,filiala Targoviste-Str.Calea Domneasca,BI.X2E,parter,Targoviste,Dambovita	1	190	139.080
21.	Asociatia Provita Targoviste 2003 -Str.10 Mai nr.15,Targoviste,Dambovita	1	125	156.000
22.	Asociatia Samaritanilor –Str.Rozei,nr.16/B,Odorheiu Secuiesc 535600.Harghita	1	34	102.000
23.	Centrul Diecezan Caritas Iasi -Str.Sararie nr.134,Iasi	12	389	281.638
24.	Congregatia Fiicelor „Sf.Maria a Divinei Providente” -Str.Plopilor Fara Sot nr.7,Iasi	1	36	90.288
25.	Fundatia Solidaritate si Speranta Iasi -Str.Costache Negri,nr.48,Iasi	1	50	39.000
26.	Asociatia Pro Christo et Ecclesia -filiala Tg.mures-Str.Hegzi Lajos nr.9,Tg.Mures,Mures	1	60	52.050
27.	Organizatia Caritas Satu Mare -P-ta Libertatii nr.20,Municipiul Satu	13	692	302.420

	Mare,440014			
28.	Fundatia Rainbow -Str.Gh.Doja,nr.110,Cehu Silvaniei ,Salaj	1	32	87.600
29.	Asociatia Evanghelica de Diaconie Medias –Piata Castelului nr.2,Medias,Jud.Sibiu	2	120	165.600
30.	Asociatia Crestina Buna Vestire -Str.Pielarilor nr.8,Sibiu,jud.Sibiu	1	30	52.920
31.	Asociatia „Dr.Carl Wolff”a Bisericii Evanghelice C.A.Din Romania -Str.Pedagogilor nr.3-5,Sibiu,550132	2	120	292.000
32.	Asociatia „Diakonisches Werk” a Credinciosilor Bisericii Evanghelice CA din Romania -550009 Sibiu ,Str.Andrei Saguna nr.5,Sibiu	1	90	55.800
33.	Asociatia Medical Crestina Lukas Spital Laslea -str.Principala,nr.10-11,Sibiu	1	35	85.600
34.	Asociatia B&B Adept Agnita -Str.Smardan,nr.11,Agnita,555100,Sibiu	1	49	103.000
35.	Uniunea Adam-Muller-Guttenbrunn -Str.Gheorghe Lazar 10-12,300080,Timisoara,Jud.Timis	5	177	431.300
36.	Federatia Caritas a Dieceziei Timisoara -Str.Corbului nr.2,Timisoara,Timis	4	370	150400
37.	Asociatia Sanmed ,Rm.Valcea-Str.Matei Basarab nr.3,Rm.Valcea,Valcea	1	80	49.000
38.	Asociatia de recuperare Fitomed ,Vaslui-Str.Calugareni,nr.7,Mun.Vaslui,Vaslui	1	75	36.900
TOTAL		97	7.471	8.343.056