

HOTĂRÂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

pentru aprobarea Strategiei naționale privind îngrijirea de lungă durată și îmbătrânirea activă pentru perioada 2023—2030*)

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, și al art. 25 lit. e) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 57/2019 privind Codul administrativ, cu modificările și completările ulterioare,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Articol unic. — Se aprobă Strategia națională privind îngrijirea de lungă durată și îmbătrânirea activă pentru perioada 2023—2030, prevăzută în anexa care face parte integrantă din prezenta hotărâre.

PRIM-MINISTRU
NICOLAE-IONEL CIUCĂ

Contrasemnează:

p. Ministrul muncii și solidarității sociale,
Mădălin-Cristian Vasilcoiu,
secretar de stat

Ministrul investițiilor
și proiectelor europene,
Marcel-Ioan Boloș

Ministrul sănătății,
Alexandru Rafila

Ministrul dezvoltării, lucrărilor publice
și administrației,
Cseke Attila-Zoltán

Ministrul educației,
Ligia Deca

Ministrul afacerilor interne,
Lucian Nicolae Bode

Ministrul antreprenoriatului și turismului,
Constantin-Daniel Cadariu

p. Ministrul familiei, tineretului
și egalității de șanse,
Domnica-Doina Pârcălabu,
secretar de stat

p. Ministrul cercetării, inovării
și digitalizării,
Constantin Saragea,
secretar general

p. Ministrul finanțelor,
Mihai Diaconu,
secretar de stat

București, 14 decembrie 2022.
Nr. 1.492.

*) Hotărârea Guvernului nr. 1.492/2022 a fost publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1251 din 23 decembrie 2022 și este reprodusă și în acest număr bis.

ANEXĂ

Strategia națională privind îngrijirea de lungă durată și îmbătrânirea activă pentru perioada 2023-2030

INTRODUCERE

România se confruntă cu o îmbătrânire rapidă a populației, având în prezent aproximativ 3,7 milioane de persoane în vârstă de 65 de ani sau mai mult, ceea ce reprezintă aproximativ 19,2% din populație. Se preconizează că ponderea populației adulte vârstnice din România cu vârsta de 65 de ani sau mai mult va crește și mai mult, ajungând la 27,7%, până în anul 2050. În aceeași perioadă, se preconizează că ponderea persoanelor în vârstă de 80 de ani sau mai mult va crește de la nivelul actual de 4,8% la 8,5%. Acest lucru se întâmplă în contextul soldului negativ al migrației externe, al ratelor scăzute de natalitate și al creșterii speranței de viață. Îmbătrânirea și creșterea speranței de viață sunt, în general, însoțite de perioade prelungite de fragilitate și de dependență. În România există o proporție semnificativă de persoane în vârstă, în special de peste 80 de ani, care necesită servicii de îngrijire pe termen lung.

Dezvoltarea sistemelor de sănătate, de îngrijire pe termen lung și de protecție socială care pot răspunde nevoilor unei populații îmbătrânite este recunoscută din ce în ce mai mult la nivel mondial ca fiind o prioritate urgentă. Adoptarea Deceniului ONU privind îmbătrânirea în condiții bune de sănătate, 2021-2030, condus de OMS, reprezintă o recunoaștere clară a urgenței de a acționa și de a se asigura că cele peste un miliard de persoane în vârstă care trăiesc în prezent în lume pot avea acces la resursele de bază necesare pentru o viață împlinită și demnă. Pandemia COVID-19 a accentuat și a evidențiat lacunele existente în politicile, sistemele și serviciile destinate persoanelor în vârstă. Ea a întărit hotărârea actorilor naționali și internaționali de a face eforturi pentru o abordare globală concertată.

Uniunea Europeană intenționează să formuleze recomandări privind îngrijirea pe termen lung. La nivelul UE, există planuri pentru o Strategie europeană de îngrijire. În timp ce politicile și serviciile de îngrijire pe termen lung rămân o competență națională, procesul de la nivelul UE vizează să sprijine punerea în aplicare a Pilonului european al drepturilor sociale. Se preconizează că aceasta va contribui la orientarea și influențarea politicilor naționale în domeniul îngrijirii pe termen lung prin promovarea unor standarde mai ridicate, creșterea sprijinului financiar, monitorizarea progreselor și încurajarea statelor membre să convină asupra unor obiective ambițioase în materie de investiții și de dezvoltare a serviciilor.

România s-a angajat deja în reforme profunde ale asistenței sociale. Principalele direcții ale acestor reforme sunt: creșterea capacității administrative a unităților/subdiviziunilor administrativ-teritoriale, prin angajarea asistenților sociali și a asistenților medicali comunitari responsabili de identificarea, evaluarea și monitorizarea nevoilor grupurilor vulnerabile din comunitate, asigurarea serviciului public de asistență socială în fiecare comunitate, îmbunătățirea performanțelor prin asigurarea disponibilității de personal calificat, în special în zonele rurale, dezvoltarea serviciilor sociale; asigurarea sustenabilității serviciilor sociale prin distribuirea echitabilă a resurselor financiare de la bugetul de stat pentru serviciile descentralizate și de la bugetele locale. În ceea ce privește serviciile sociale pentru persoanele vârstnice, principala prioritate este dezvoltarea serviciilor de îngrijire la domiciliu și a serviciilor de îngrijire de zi la nivel comunitar și creșterea rezilienței serviciilor rezidențiale publice. De asemenea, se are în vedere creșterea ponderii fondurilor de la bugetul de stat alocate pentru serviciile sociale pentru persoanele vârstnice, acordate ca măsură de asistență socială și implementarea principiului finanțarea urmează beneficiarul.

Strategia include date și informații din Studiul de fundamentare elaborat în cadrul proiectului cu asistență tehnică din partea Băncii Mondiale.

1. VIZIUNEA

Prin atingerea obiectivelor generale și specifice prevăzute în prezenta strategie, până în anul 2030, sistemul de îngrijire de lungă durată pentru persoanele vârstnice din România ar trebui să poată asigura accesul tuturor persoanelor vârstnice dependente, din orice localitate și indiferent de venituri, la o formă adecvată de suport, de îngrijire și asistență. Strategia recunoaște ca obiective prioritare sustenabilitatea resurselor financiare și umane pentru dezvoltarea continuă a sistemului de îngrijire de lungă durată.

Strategia privind îngrijirea de lungă durată și îmbătrânirea activă 2023-2030 este în concordanță cu direcțiile acestor reforme de anvergură și cu evoluțiile globale. Aceasta își propune să ofere fundamentul analitic pentru dezvoltarea unui cadru strategic pentru îmbunătățirea accesului, calității și sustenabilității serviciilor de îngrijire pe termen lung pentru persoanele în vârstă.

Actuala strategie a fost dezvoltată pe baza unei analize detaliate a Strategiei Naționale pentru îmbătrânire activă, 2015 -2020, și urmărește cu precădere continuarea progreselor în ceea ce privește obiectivele anterioarei strategii, cât și extinderea acestora ca răspuns la schimbările din contextul național și internațional.

Îngrijirea de lungă durată (ÎLD) pentru persoanele vârstnice nu este un serviciu care răspunde unei situații excepționale, ci unei nevoi sociale firești și care este în creștere, într-o societate îmbătrânită. Prin urmare, soluțiile pentru asigurarea îngrijirii de lungă durată pentru persoanele vârstnice trebuie să fie sustenabile.

Durabilitatea acestor soluții se bazează pe responsabilitatea persoanei și a comunităților, obligația de întreținere prevăzută de Codul Civil, accesul la servicii de prevenire și, complementar, asistența socială.

Viziunea globală a prezentei strategii este de a ne asigura că toate persoanele vârstnice din România pot trăi cu demnitate și își pot menține calitatea vieții, autonomia și posibilitatea de alegere, indiferent de starea lor funcțională, și de a reduce perioadele trăite cu limitări funcționale și capacitatea intrinsecă la vârste înaintate.

Pentru a realiza această viziune, strategia urmărește, prin atingerea obiectivelor consolidarea și dezvoltarea unui sistem de îngrijire pe termen lung care să asigure accesul la servicii de îngrijire pe termen lung de calitate tuturor celor care au nevoie de acestea, în cadrul ales de aceștia, respectându-le preferințele și răspunzând în mod eficient la schimbările în ceea ce privește nevoile lor de îngrijire.

Principii generale și considerații-cheie

- a) Îngrijirea centrată pe persoană, ceea ce presupune că serviciile sunt acordate în baza unui plan individualizat de asistență și îngrijire, cu respectarea demnității, autonomiei și a dreptului la alegere informată;
- b) Fără o abordare centrată pe prevenția declinului funcțional, nu se vor putea asigura serviciile de îngrijire de lungă durată pentru toți cei care au nevoie; Prevenția declinului funcțional este o premisă esențială care asigură sustenabilitatea sistemului de îngrijiri de lungă durată astfel încât acesta să răspundă nevoilor de îngrijiri ale beneficiarilor.
- c) România trebuie să dezvolte un continuum de servicii ÎLD pentru persoanele în vârstă asigurând servicii de îngrijire de lungă durată care să răspundă în mod dinamic nevoilor de îngrijire pe tot parcursul vieții;
- d) Respectarea autonomiei și libertății de a alege, inclusiv locul de îngrijire. Susținerea cu prioritate a îngrijirii la domiciliu și în comunitate, inclusiv sprijinul pentru îngrijitorii informal;
- e) Autoritățile administrației publice trebuie să garanteze asigurarea serviciilor de îngrijire de lungă durată pentru persoanele vârstnice, ca măsură de asistență socială, precum și continuumul de servicii prin implicarea tuturor actorilor instituționali și colaborare interinstituțională;
- f) Fluxurile de finanțare publică ar trebui să fie organizate în conformitate cu principiul "finanțarea urmează beneficiarul", respectând dreptul beneficiarilor la alegere și, implicit, la accesarea serviciilor ÎLD prestate de furnizori privați de servicii sociale și finanțate din fondurile publice destinate asistenței sociale; Finanțare sustenabilă, adaptată nevoilor instituționale și ale pacientului. Respectarea fluxului "finanțarea urmează pacientul".
- g) Accesul la servicii finanțate din resurse publice, se bazează pe o evaluare strictă a nevoilor, prin utilizarea instrumentelor standardizate;
- h) Pentru a asigura sustenabilitatea, finanțarea pentru ÎLD trebuie să respecte principiul subsidiarității;

- i) Toate persoanele vârstnice ar trebui să fie eligibile pentru servicii de prevenire finanțate din fonduri publice;
- j) Respectarea dreptului la servicii sociale acordate ca măsură de asistență socială;
- k) Îmbunătățirea calității ar trebui să se bazeze pe procesele interne ale furnizorilor și să fie stimulată de autoritățile publice.

2. PRIORITĂȚILE, POLITICILE ȘI CADRUL LEGAL EXISTENTE

Programul de Guvernare 2021-2024 prevede:

- A. Ministerul Muncii și Solidarității Sociale este responsabil de implementarea și gestionarea unor proiecte/programe de investiții și reforme cuprinse în Planul Național de Redresare și Reziliență (PNRR), printre care și componenta *Dezvoltarea unui cadru pentru asigurarea serviciilor de îngrijire pe termen lung pentru persoanele vârstnice*.
- B. Ministerul Muncii și Solidarității Sociale va elabora proiectul de lege privind asistența socială a persoanelor vârstnice, care vizează asigurarea eficienței în finanțarea serviciilor de îngrijire pe termen lung, îmbunătățirea sistemului actual de asistență socială a persoanelor vârstnice, în special a sistemului de servicii de îngrijire pe termen lung, dezvoltarea unui program de îngrijire pe termen lung și implementarea politicilor publice pentru promovarea îmbătrânirii active și protecția persoanelor vârstnice.
- C. În domeniul asistenței sociale, obiectivul este ca finanțarea să se facă per beneficiar, indiferent de furnizorul de servicii de asistență socială, iar abordarea să fie personalizată și integrată în funcție de profilul beneficiarului.

În cadrul PNRR, Pilonul V Sănătate, Reziliență economică, socială și instituțională, Componenta 13: Reforme Sociale, este prevăzută Reforma îngrijirii de lungă durată pentru persoanele vârstnice și promovarea îmbătrânirii active, precum și investiția în înființarea unui număr de 71 de centre de zi de asistență și îngrijire pentru persoanele vârstnice dependente, cu echipe mobile de îngrijire la domiciliu.

Indicatorul de performanță pentru reforma îngrijirii de lungă durată a persoanelor vârstnice, prevăzută în PNRR, în responsabilitatea Ministerului Muncii și Solidarității Sociale, cu termen anul 2022, îl reprezintă aprobarea și intrarea în vigoare a cadrului normativ pentru asigurarea mecanismului sustenabil de asigurare a îngrijirii de lungă durată acordată în centrele de zi și la domiciliu și, implicit, a responsabilităților administrației publice la nivel local și central.

Cadrul normativ pentru asigurarea mecanismului sustenabil de asigurare a îngrijirii de lungă durată la domiciliu și în centre de zi de îngrijire și recuperare, este reprezentat de modificările și completările necesare sau inițierea unor acte normative noi, după cum urmează:

1. modificarea și completarea *Legii nr.17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, republicată, cu modificările și completările ulterioare*, pentru asigurarea mecanismului sustenabil de finanțare a îngrijirii de lungă durată cu respectarea principiilor prevenției și subsidiarității, pentru reglementarea managementului de caz pentru persoana vârstnică, clarificarea sprijinului acordat îngrijitorilor informalți etc.
2. hotărâri ale Guvernului pentru aprobarea strategiei privind îngrijirea de lungă durată și îmbătrânire activă 2023-2030, pentru elaborarea standardului de cost pentru centrul de zi de îngrijire și asistență pentru persoanele vârstnice dependente și revizuirea standardului de cost pentru serviciile de îngrijire acordate la domiciliu, pentru revizuirea grilei naționale de evaluare a persoanelor vârstnice, aprobată prin *Hotărârea Guvernului nr.886/2000 pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice*;
3. Ordine ale ministrului muncii și solidarității sociale pentru aprobarea standardelor de calitate pentru managementul de caz, pentru modificarea și completarea *Ordinul ministrului muncii și justiției sociale nr.29/2019 pentru aprobarea standardelor minime de calitate pentru acreditarea serviciilor sociale destinate persoanelor vârstnice, persoanelor fără adăpost, tinerilor care au părăsit sistemul de protecție a copilului și altor categorii de persoane adulte aflate în dificultate, precum și a serviciilor acordate în comunitate, serviciilor acordate în sistem integrat și cantinele sociale*.

În *Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei pentru perioada 2022-2027*, aprobată prin *Hotărârea Guvernului nr.440/2022 pentru aprobarea Strategiei naționale privind incluziunea socială și reducerea sărăciei pentru perioada 2022-2027*, sunt prevăzute următoarele măsuri:

- a) Elaborarea metodologiei utilizată de autoritățile administrației publice locale, de estimare anuală a numărului persoanelor vârstnice dependente care necesită sprijin pentru activitățile de bază ale vieții zilnice, nu primesc ajutor din partea îngrijitorilor informali și voluntari și trăiesc în sărăcie/au venituri sub cuantumul indemnizației minime de pensionari;
- b) Asigurarea creșterii constante a veniturilor mici, indemnizații pentru persoane vârstnice dependente și persoane cu dizabilități, ajutoarelor sociale pentru alte grupuri vulnerabile sau defavorizate;
- c) Existența/inițierea unor programe sociale destinate persoanelor vârstnice, pensionarilor - tichete valorice de masă, vouchere pentru alimente, produse pentru igienă, bilete de tratament;
- d) Creșterea nivelului de competențe digitale și folosirii Internetului în rândul populației, în general, și a categoriilor defavorizate, în special, precum și în mediul rural, inclusiv pentru persoanele vârstnice;
- e) Creșterea fondului de locuințe sociale prin dezvoltarea mecanismelor complementare pentru diminuarea deficitului în domeniul locuirii, inclusiv pentru persoanele vârstnice;
- f) Dezvoltarea serviciilor sociale destinate cu precădere persoanelor vârstnice singure sau dependente care au ca obiectiv asigurarea îmbătrânirii active și egalitatea de șanse prin:
 1. consolidarea serviciilor care vizează încurajarea participării vârstnicilor la viața socială, prevenirea izolării și a instituționalizării;
 2. dezvoltarea rețelei serviciilor de îngrijire la domiciliu și/sau în comunitate, inclusiv prin unități mobile de îngrijire și subvenționarea costurilor îngrijirii și serviciilor conexe pentru persoanele vârstnice singure și/sau dependente, inclusiv prin programe finanțate din fonduri europene, în limita sumelor alocate și cu respectarea prevederilor și regulilor de eligibilitate stabilite la nivelul fiecărui program operațional sau PNRR;
 3. dezvoltarea de locuințe protejate pentru vârstnici;
 4. call-centere de urgență, dar și pentru consiliere;
 5. dezvoltarea teleasistenței sociale prin utilizarea dispozitivelor electronice, comunicării online, dispozitivelor asistive de tip brățări și a altor tehnologii asistive, aplicații electronice etc.;
 6. formarea specialiștilor ce lucrează cu persoane vârstnice;
 7. adaptarea, amenajarea și dotarea minimală a locuințelor persoanelor vârstnice aflate în risc de sărăcie și excluziune socială, în funcție de nevoile acestora pentru a preveni riscul de cădere și de pierdere a autonomiei funcționale, achiziționarea de echipamente asistive;
 8. elaborarea algoritmului de estimare automată a standardului de cost pentru serviciile sociale pentru persoane vârstnice, persoane fără adăpost și alte categorii de persoane vulnerabile;
 9. dezvoltarea unei noi abordări strategice privind incluziunea socială a persoanelor vârstnice.

În *Strategia națională pentru ocuparea forței de muncă 2021 - 2027*, aprobată prin *Hotărârea Guvernului nr.558/2021 privind aprobarea Strategiei naționale pentru ocuparea forței de muncă 2021-2027 și a Planului de acțiuni pe perioada 2021-2027 pentru implementarea Strategiei Naționale pentru ocuparea forței de muncă 2021-2027*, este prevăzută necesitatea promovării conceptului de îmbătrânire activă și în condiții bune de sănătate, precum și a unor măsuri de activare și reținere pe piața muncii, astfel încât toate persoanele vârstnice interesate să își poată continua viața activă, măsuri care să fie corelate cu alte documente programatice din domeniu, în continuarea obiectivelor stabilite prin *Strategia națională pentru promovarea îmbătrânirii active și protecția persoanelor vârstnice pentru perioada 2015 - 2020*.

Strategia prevede pachete de măsuri și servicii de ocupare și formare adaptate grupurilor dezavantajate, pentru persoanele cu vârsta peste 50 de ani, precum și finanțarea serviciilor de susținere a îmbătrânirii active prin implicarea lucrătorilor vârstnici de peste 60 de ani în programe de mentorat pentru formarea și integrarea lucrătorilor noi.

Strategia națională de sănătate 2022-2030, publicată în consultare publică pe pagina de internet a Ministerului Sănătății la următoarea adresă: https://www.ms.ro/wp-content/uploads/2022/04/SNS_consultare-public%C4%83.pdf, prevede următoarele măsuri, în legătură cu îngrijirea de lungă durată:

Direcția de acțiune "Sănătatea vârstnicului":

- a) Furnizarea intervențiilor preventive care conduc la creșterea calității vieții;
- b) Promovarea îngrijirilor de lungă durată la domiciliu, neinstituționalizate, ca servicii comunitare integrate medico-sociale;
- c) Elaborarea și implementarea de planuri locale, județene, regionale, național de îngrijiri de lungă durată pentru populația vârstnică și alte persoane vulnerabile cu prioritate pentru populația vârstnică din rural;
- d) Evaluarea nevoilor persoanelor vârstnice - evaluarea gradului de dependență a acestora pe baza unei grile comune de evaluare a dependenței între sectorul medical și social, definirea planurilor individuale de servicii și definirea necesarului de servicii de îngrijire pe termen lung la domiciliu, neinstituționalizate și instituționalizate;

Direcția de acțiune "Sănătatea grupurilor vulnerabile":

- a) Definirea și catagrafierea grupurilor vulnerabile din perspectiva furnizării serviciilor de sănătate: persoanele cu risc ridicat de sărăcie, cum ar fi grupurile cu status socioeconomic scăzut și gospodăriile monoparentale; persoanele cu probleme de comportament care provoacă dependență; persoanele cu dizabilități fizice și intelectuale; persoanele cu afecțiuni și boli rare; persoanele în vârstă, fragile și persoanele care suferă de demență; persoanele cu probleme majore de sănătate mintală; persoane cu risc ridicat de probleme de sănătate și securitate în muncă; migranți și solicitanți de azil etc.;
- b) Evaluarea și identificarea nevoilor pentru servicii de sănătate specifice a grupurilor vulnerabile;
- c) Efectuarea unei evaluări a nevoilor pentru persoanele cu dizabilități fizice și intelectuale severe care au nevoie de îngrijire pe termen lung și servicii specializate de îngrijire comunitară;

Direcția de acțiune "Dezvoltarea și extinderea structurilor de îngrijire ambulatorie post-acute":

- a) Asigurarea interoperabilității structurilor de îngrijire ambulatorie post-acute, inclusiv a îngrijirilor la domiciliu, cu serviciile de asistență socială, serviciile de îngrijire de bază oferite de organizații neguvernamentale și serviciile de îngrijire oferite de lucrătorii informali - aparținători, îngrijitori;
- b) Modernizarea și dezvoltarea rețelei care furnizează servicii de psihiatrie comunitară;
- c) Dezvoltarea accelerată și asigurarea echitabilă a serviciilor ambulatorii de paliativ / îngrijiri terminale, la nivelul fiecărui județ și creșterea ofertei de servicii paliative / îngrijiri terminale pentru toți pacienții care necesită acest tip de îngrijiri;
- d) Dezvoltarea capacității de furnizare la nivel local a îngrijirilor de lungă durată la domiciliu, neinstituționalizate;
- e) Contractarea de furnizori acreditați de servicii de îngrijire de lungă durată la domiciliu și/sau dezvoltarea de noi tipuri instituționale de furnizori de îngrijiri de lungă durată la domiciliu - recrutarea și salarizarea personalului calificat etc.;
- f) Furnizarea sustenabilă de servicii de îngrijire de lungă durată la domiciliu populației vârstnice dependente;

Direcția de acțiune "Asigurarea necesarului de finanțare și a unui nivel adecvat de eficiență pentru servicii medicale specifice":

- a) Revizuirea mecanismelor de planificare, contractare și plată, implementarea unor măsuri de îmbunătățire a acestora și asigurarea unui nivel adecvat de finanțare a serviciilor de sănătate publică;
- b) Creșterea și diversificarea surselor de finanțare pentru serviciile de sănătate publică, inclusiv promovarea sănătății, prin mecanisme de impozitare a factorilor de risc asociați bolilor cronice cu impact major în dizabilitate și mortalitate evitabilă;
- c) Finanțarea adecvată a monitorizării regulate a dezvoltării somatice și psihice a nou-născutului și copilului mic în cadrul rețelei de asistență medicală primară;
- d) Finanțarea adecvată și sustenabilă, partajată de la bugetul de stat și din bugetele locale, a serviciilor de îngrijire de lungă durată la domiciliu;
- e) Creșterea adecvată a alocării financiare pentru asistența medicală primară și ambulatoriul clinic de specialitate, în baza nevoilor reale de servicii la aceste niveluri și importanței acestora în ameliorarea indicatorilor de sănătate;
- f) Simplificarea cadrului de finanțare pentru transplant prin introducerea plății pe proces pentru seturile de proceduri eligibile pentru acest mecanism de finanțare. Inclusiv prin implementarea costurilor reale ale procedurilor respective;
- g) Asigurarea unei finanțări adecvate și continue a tuturor componentelor Sistemului informațional integrat în domeniul sănătății;
- h) Completarea Dosarului Electronic de Sănătate (DES) cu funcționalitățile care lipsesc - servicii paraclinice, ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, de recuperare, îngrijiri la domiciliu, stomatologie, dispozitive medicale și consultațiile de urgență la domiciliu;
- i) Dezvoltarea metodologiei pentru elaborarea Master Planurilor Regionale de Servicii de asistență medicală comunitară, asistență medicală primară, recuperare / reabilitare, asistență medicală la domiciliu etc.

Strategia multianuală pentru dezvoltarea resurselor umane în sănătate 2022 - 2030, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr.854/2022 privind aprobarea Strategiei multianuale pentru dezvoltarea resurselor umane în sănătate 2022-2030 propune identificarea de inițiative care au potențialul de a atrage cu succes medicii în zonele care oferă posturi vacante, precum și selecția de opțiuni fezabile pentru păstrarea medicilor în zone rurale, izolate sau neatractive. Totodată, se dorește realizarea unui inventar al deficiențelor de organizare și funcționare a programelor de formare, rezidențiat, educație medicală continuă, coroborată cu identificarea soluțiilor pentru a depăși aceste deficiențe, dar și îmbunătățirea reglementărilor care guvernează activitatea medicilor, în deplin acord cu legislația europeană.

Potrivit strategiei, se constată un deficit de personal în specialitatea medicală *geriatrie și gerontologie*, la nivelul anului 2020, existând numai 241 de specialiști.

În *Strategia națională privind drepturile persoanelor cu dizabilități "O Românie echitabilă" 2022 - 2027* aprobată prin Hotărârea Guvernului nr.490/2022 pentru aprobarea Strategiei naționale privind drepturile persoanelor cu dizabilități "O Românie echitabilă" 2022-2027, se precizează că "Numărul persoanelor cu vârsta de peste 50 de ani reprezintă 72,72% din totalul persoanelor adulte cu dizabilități. Din centralizarea datelor pe grupe de vârstă, rezultă că 53,04% sunt persoane cuprinse între 18 - 64 de ani - 415.995 de persoane și 46,96% au peste 65 de ani - 368.369 de persoane, în total persoane adulte cu dizabilități." De asemenea, "Estimările realizate pe baza informațiilor furnizate de Serviciile de Autoritate Tutelară indică o creștere a numărului de persoane puse sub interdicție; doar în 2019, 4.000 de persoane au fost puse sub interdicție. Dintre acestea, femeile reprezintă puțin peste jumătate, iar persoanele de 65 de ani și peste reprezintă 46%, cu procente importante și în grupele de vârstă de 18 - 34 și 35 - 49 de ani. 95% dintre persoanele puse sub interdicție au încadrare în grad de handicap. Marea majoritate au un certificat de încadrare în grad de handicap grav (84%), însă există și persoane cu grad accentuat (14%) sau chiar mediu și ușor. În ceea ce privește tipul de handicap, pentru persoanele încadrate în grad de handicap, cea mai mare parte este într-adevăr dată de persoane cu handicap psihic (44%) și mintal (37%), însă există și persoane care sunt încadrate în grad de handicap fizic, somatic, vizual sau surdocecitate."

"Serviciile de îngrijire la domiciliu sunt nedezvoltate, parțial pe fondul unei așteptări ca acestea să fie dezvoltate doar de autoritățile locale. Echipele mobile sunt aproape inexistente, iar rolul lor este neclar reprezentanților de la nivel județean."

"Organizarea administrativă a serviciilor medicale este necesar a fi centrată pe aplicarea principiilor "continuum al îngrijirii" și "îngrijire centrată pe pacient".

Diagnoza situației persoanelor cu dizabilități în România. Disponibil la: <http://anpd.gov.ro/web/wp-content/uploads/2021/11/Diagnoza-situatiei-persoanelor-cu-dizabilitati-in-Romania.pdf>

Ministerul Sănătății a publicat în data de 26 iulie 2022, Ghidul de finanțare pentru Centrele Comunitare Integrate aferent Componentei 12 - Sănătate, Investiția 1. Dezvoltarea infrastructurii medicale prespitalicești, Investiția specifică I1.4: Centre Comunitare Integrate.

Un număr de 200 de centre comunitare integrate vor fi construite /reabilitate/modernizate/extinse și/sau dotate în cadrul PNRR. Principalul scop al centrelor comunitare integrate este acela de a spori accesul la servicii medicale de calitate pentru populație și, în special, pentru grupurile vulnerabile.

La nivelul Ministerului Muncii și Solidarității Sociale este în curs de elaborare Strategia Națională pentru Formarea Adulților 2023-2027, în cadrul căreia urmează să fie incluse și măsuri care ar conduce la implementarea principiilor îmbătrânirii active și care ar reprezenta și măsuri de prevenire în vederea prelungirii vieții active. Spre exemplu, printre nevoile identificate în cadrul consultărilor publice, una dintre posibilele soluții la problemele identificate ar *"utilizarea și în administrația publică a „reverse mentoring-ului”, prin care tinerii angajați care au competențe digitale mult mai dezvoltate pot transmite aceste cunoștințe și personalului mai în vârstă, la locul de muncă."*

3. ANALIZA CONTEXTULUI ȘI DEFINIREA PROBLEMELOR

Din analiza legislației care reglementează sistemul de asistență socială și sistemul de sănătate/de asistență medicală, constatăm că nu există o continuitate/sinergie în acoperirea tuturor dimensiunilor conceptului de îngrijire de lungă durată.

3.1. Îngrijirea de lungă durată în sistemul de asistență socială

Ca și în alte state, sistemul de asistență socială din România, intervine subsidiar sau, după caz, complementar (1) efortului fiecărei persoane/familii de implicare activă în soluționarea situațiilor de dificultate, (2) obligației de întreținere prevăzute de Codul civil și (3) sistemelor de asigurări sociale.

Conceptul de îngrijire de lungă durată include două dimensiuni: îngrijirea și durata acesteia.

În primele forme de clasificare a serviciilor acordate la domiciliu, în anul 2000, era prevăzut un mix între serviciile de îngrijire personală, de îngrijire medicală și de amenajare și adaptare a ambientului¹. În ceea ce privește perioada, a fost reglementată *îngrijirea temporară și îngrijirea permanentă*. Spre exemplu, în Legea nr.17/2000, republicată, cu modificările și completările ulterioare, era reglementată îngrijirea temporară sau permanentă la domiciliu sau într-un cămin pentru persoane vârstnice.

¹ Serviciile comunitare asigurate persoanelor vârstnice la domiciliu sunt:

- a) servicii sociale privind, în principal, îngrijirea persoanei, prevenirea marginalizării sociale și sprijinirea pentru reintegrarea socială, consiliere juridică și administrativă, sprijin pentru plata unor servicii și obligații curente, îngrijirea locuinței și gospodăriei, ajutor pentru menaj, prepararea hranei;
- b) servicii sociomedicale privind, în principal, ajutorul pentru realizarea igienei personale, readaptarea capacităților fizice și psihice, adaptarea locuinței la nevoile persoanei vârstnice și antrenarea la activități economice, sociale și culturale, precum și îngrijirea temporară în centre de zi, aziluri de noapte sau alte centre specializate;
- c) servicii medicale, sub forma consultațiilor și îngrijirilor medicale la domiciliu sau în instituții de sănătate, consultații și îngrijiri stomatologice, administrarea de medicamente, acordarea de materiale sanitare și de dispozitive medicale.

Având în vedere faptul că situația de dependență este o consecință a bolii, traumei sau dizabilității și poate fi exacerbata de absența relațiilor sociale și a resurselor economice adecvate, îngrijirea are, de asemenea, mai multe dimensiuni: îngrijirea personală și îngrijirea medicală.

În ceea ce privește durata, înainte de utilizarea sintagmei "lungă durată" în legislația care reglementează sistemul de asistență socială este utilizată sintagma "pe perioadă nedeterminată".

Termenul de instituționalizare face diferența între servicii acordate în centre pe perioadă nedeterminată și servicii acordate temporar. Spre exemplu, în atribuțiile asistentului social din unitățile medico-sociale este să identifice mediile în care poate fi integrată persoana internată timp îndelungat și să prevină instituționalizarea.

Forma în vigoare a definiției îngrijirii de lungă durată, reglementată în anul 2011, prevede acordarea persoanelor aflate în situație de dependență a ajutorului pentru îndeplinirea activităților de bază și instrumentale ale vieții zilnice, pentru o perioadă mai lungă de 60 de zile. Definiția include numai serviciile de îngrijire personală, însă reglementarea prevede faptul că aceasta se pot acorda integrat cu serviciile de îngrijire medicală, servicii de reabilitare și adaptare a mediului: mici amenajări, reparații și altele asemenea, servicii de recuperare/reabilitare: kinetoterapie, fizioterapie, gimnastică medicală, terapie ocupațională, psihoterapie, psihopedagogie, logopedie podologie și altele asemenea, servicii de consiliere socială, juridică și de informare.

Îngrijirea de lungă durată se asigură la domiciliu, în centre rezidențiale, în centre de zi, la domiciliul persoanei care acordă serviciul și în comunitate.

Situația serviciilor sociale pentru persoanele vârstnice, licențiate de MMSS, în cadrul cărora se acordă și îngrijire de lungă durată sau servicii de prevenire, este următoarea:

Tabel: Numărul de servicii sociale licențiate în perioada 2016-2022²

COD SS	Categorie de serviciu social	2016	2018	2019	2020	2021	2022	Modificare relativă 2022/2016	Rata de creștere medie anuală între 2016-2022
Centre rezidențiale de îngrijire și asistează medico-socială pentru persoane vârstnice, bolnavi cronici în fază terminală									
8710 CRMS-I	Centre rezidențiale medico sociale	37	52	53	61	72	68	0,8	0,14
8710 CRMS-II	Centre rezidențiale de îngrijiri paliative	3	4	5	5	8	8	1,7	0,28
Centre rezidențiale pentru persoane vârstnice									
8730 CR-V-I	Cămine pentru persoane vârstnice	228	352	503	643	698	697	2,1	0,34
8730 CR-V-II	Centre de tip respiro/ centre de criză	2	2	5	4	3	3	0,5	0,08
8730 CR-V-III	Locuințe protejate	0	10	18	17	17	9	-0,1	-0,02
Centre de zi pentru persoane vârstnice									
8810 CZ-V-I	Centre de zi de asistență și recuperare	29	47	49	48	44	41	0,4	0,07
8810 CZ-V-II	Centre de zi de socializare și petrecere a timpului liber (tip club)	28	67	82	104	121	125	3,5	0,58
Servicii de îngrijire la domiciliu pentru persoane vârstnice, persoane cu dizabilități, persoane aflate în situații de dependență									
8810 ID-I	Unități de îngrijire la domiciliu	157	226	250	271	312	309	1,0	0,16
centre de zi pentru asistență și suport pentru alte persoane aflate în situații de nevoie									

² Pentru anul 2016, datele disponibile se referă la 1.09.2016; pentru perioada 2017-2021, date disponibile la 31 decembrie; pentru 2022 – date disponibile la 15.07.2022.

COD SS	Categorie de serviciu social	2016	2018	2019	2020	2021	2022	Modificare relativă 2022/2016	Rata de creștere medie anuală între 2016-2022
8899 CZ-PN-V	Servicii de asistență comunitară	34	94	108	153	202	228	5,7	0,95
Centre de preparare și distribuie a hranei pentru persoane în risc de sărăcie									
8899 CPDH-I	Cantine sociale	60	114	127	135	137	133	1,2	0,20
8899 CPDH-II	Servicii mobile de acordare a hranei - masa pe roți	5	7	9	12	20	20	3,0	0,50

Chiar dacă observăm o creștere importantă a numărului căminelor pentru persoane vârstnice, totuși, numărul de locuri din totalul centrelor rezidențiale, la nivelul anului 2020, este de 25.373. Prin urmare, numărul de paturi în centrele rezidențiale pentru îngrijirea de lungă durată, la 100 mii de locuitori este, în continuare, printre cele mai mici din UE, semnalând un sistem de îngrijire de lungă durată insuficient dezvoltat.³

Structura de personal este prevăzută în Nomenclatorul serviciilor sociale, iar standardele minime de calitate prevăd recomandări pentru raportul angajat/beneficiar, în funcție de gradul de dependență. Pentru serviciile acordate în centrele de zi pentru persoane vârstnice, încadrate potrivit grilei de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice, în gradele de dependență IIIA și IIIB, raportul angajat/beneficiar recomandat este de minimum 1/20. Pentru serviciile acordate în centrele de zi pentru persoane vârstnice dependente raportul angajat/beneficiar recomandat este de minimum 1/4.

În conformitate cu prevederile Legii asistenței sociale nr.292/2011, cu modificările și completările ulterioare, care este o lege-cadru, legile speciale privind protecția socială a diferitelor categorii de beneficiari eligibili pentru servicii de îngrijire pe termen lung - persoane vârstnice, cu handicap și bolnavi cronici, ar fi trebuit actualizate în conformitate cu reglementările legislației-cadru în termen de un an de la aprobarea Legii nr.292/2011.

Totodată, deși există o lege unică pentru serviciile sociale, respectiv, Ordonanța Guvernului nr. 68/2003 privind serviciile sociale, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr.515/2003, cu modificările și completările ulterioare, legile speciale adresate persoanelor vârstnice, persoanelor cu handicap, copiilor, victimelor violenței domestice, au capitole speciale pentru serviciile sociale acordate. Ca urmare, fiecare act normativ are propriile definiții și terminologie utilizate pentru serviciile sociale, precum și reglementări diferite privind beneficiile de asistență socială și procentul de finanțare a serviciilor sociale asigurat de la bugetul de stat, inclusiv pentru serviciile ÎLD.

Spre exemplu, nevoile de îngrijire personală sunt similare pentru o persoană cu dizabilități și pentru o persoană în vârstă care se află într-un grad similar de dependență. Implicit, serviciile de îngrijire personală de care ar avea nevoie, sunt similare pentru ambele categorii de beneficiari. Cu toate acestea, finanțarea acestor servicii de la bugetul de stat este diferită. Dacă pentru serviciile rezidențiale pentru persoanele cu dizabilități finanțarea este susținută până la 90% din bugetul de stat, pentru centrele rezidențiale pentru vârstnici reperul de stabilire a sumelor alocate din bugetul de stat este minim 10% din standardul de cost. De asemenea, în cazul în care o persoană cu handicap grav poate beneficia de un asistent personal, angajat de primărie sau, în schimb, de o indemnizație lunară, persoana în vârstă de gradul I de dependență trebuie să plătească o contribuție pentru serviciile de îngrijire la domiciliu, stabilite de autoritățile locale care prestează aceste servicii.

³ [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Long-term_care_beds_in_nursing_and_residential_care_facilities,_2013_and_2018_\(per_100_000_inhabitants\)_Health20.png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Long-term_care_beds_in_nursing_and_residential_care_facilities,_2013_and_2018_(per_100_000_inhabitants)_Health20.png)

Persoanele în vârstă fără venituri și pensionarii care primesc indemnizație socială reprezintă categoriile unice de persoane în vârstă scutite de la această plată.

În schimb, serviciile de recuperare/reabilitare sunt diferite: serviciile de recuperare/reabilitare pentru persoanele în vârstă se referă, în special, la menținerea sau recuperarea autonomiei funcționale pentru a limita situația de dependență de realizarea ABVZ și AIVZ, în timp ce recuperarea/reabilitarea persoanei cu handicap are, pe lângă limitarea situației de dependență, asigurarea autonomiei funcționale necesare pentru o viață activă, inclusiv integrarea pe piața muncii.

Ca urmare a reglementărilor multiple și necoordonate, există o mulțime de suprapuneri și inechități în ceea ce privește sistemul de servicii sociale, inclusiv serviciile de îngrijire pe termen lung. De asemenea, o consecință a acestei situații este migrarea masivă a persoanelor în vârstă dependente către sistemul de protecție a persoanelor cu dizabilități.

Alte aspecte care pot fi considerate obstacole reale în dezvoltarea serviciilor ÎLD, acordate la domiciliu și în centrele de zi la nivel comunitar sunt:

- A. Lipsa de corelare între serviciile ÎLD - servicii de îngrijire personală, efectuate și finanțate de la bugetul de stat și bugetele locale prin sistemul de asistență socială și serviciile de asistență medicală la domiciliu, finanțate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. În această situație, doar o parte dintre furnizorii privați pot accesa fonduri din ambele surse de finanțare.
- B. Metodologia de evaluare a situației de dependență și a nevoilor de îngrijire personală utilizate în prezent este foarte dificil de implementat în practică, din cauza lipsei de personal specializat - asistenți sociali și medici și, pe de altă parte, din cauza lipsei de fonduri pentru susținerea acestei activități.
- C. De asemenea, reglementările actuale privind tipurile de servicii sociale definite în Nomenclatorul serviciilor sociale, pe categorii de beneficiari, determină, în practică, situații paradoxale. De exemplu, un centru de zi de asistență și recuperare pentru persoanele în vârstă nu poate oferi servicii pentru persoanele cu dizabilități, deoarece există standarde diferite de calitate și cost.

Potrivit datelor furnizate de Institutului Național de Statistică, "sistemul de îngrijire socială a oferit, în anul 2020, servicii de îngrijire medicală în 266 de unități rezidențiale pentru persoane vârstnice (58,6% dintre unități fiind în mediul urban), în 526 centre rezidențiale destinate persoanelor cu dizabilități (67,3% în mediul urban) și în 111 centre de zi, de asemenea, destinate persoanelor cu dizabilități (95,5% dintre acestea situate în mediul urban)."⁴

3.2. Îngrijirea de lungă durată în sistemul de asistență medicală

Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, art. 170 alin (1) lit. g) definește *spitalul pentru bolnavi cu afecțiuni cronice - spitalul în care durata de spitalizare este prelungită datorită specificului patologiei. Bolnavii cu afecțiuni cronice și probleme sociale vor fi preluați de unitățile de asistență medico-sociale, precum și de așezămintele de asistență socială prevăzute de lege, după evaluarea medicală.*

Prin urmare, pentru bolnavii cu afecțiuni cronice și probleme sociale, îngrijirea de lungă durată, după ce au fost externați din spitalele pentru bolnavi cu afecțiuni cronice, se acordă în unități medico-sociale sau în centre de servicii sociale.

⁴ Activitatea rețelei sanitare și de ocrotire a sănătății în anul 2020, <https://insse.ro/cms/ro/content/activitatea-%C8%99Belei-sanitare-%C8%99i-de-ocrotire-s%C4%83n%C4%83t%C4%83%C8%9Bii-%C3%AEEn-anul-2020-0>

Din prelucrarea datelor publicate de INS, rezultă următoarea situație a numărului paturilor în unitățile sanitare cu paturi pentru internare continuă⁵ sau pentru unități medico-sociale de zi.

Categorii de unitati sanitare	Forme de proprietate	1990	1997	2003	2016	2017	2018	2019	2020	2021
In unitati medico-sociale - paturi pentru internare continua	publica	:	:	858	3298	3305	3427	3416	3415	3415
In unitati medico-sociale - paturi pentru cazuri de zi	publica	:	:	:	:	:	:	:	15	15

Serviciile de îngrijiri pe termen lung și reabilitare funcționează fragmentat și se confruntă cu o insuficientă clarificare a standardelor de calitate și a rolurilor diverșilor furnizori de astfel de servicii. Finanțarea acestor servicii este fragmentată între sectorul social, sănătății, autoritățile publice locale și Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate. Numărul centrelor care oferă îngrijiri pe termen lung și servicii de reabilitare este insuficient, distribuit neuniform, existând județe care nu au nici o astfel de unitate.

România cu cele 122 de servicii de paliativ pentru adulți și 12 pediatrie, se situează ca număr de servicii la 100.000 locuitori în jumătatea inferioară a clasamentului țărilor investigate. În 2019 în România existau 635 de furnizori de îngrijiri medicale la domiciliu. 9 furnizori de îngrijiri paliative la domiciliu și un furnizor autorizat pentru ambele tipuri de îngrijire la domiciliu. Majoritatea serviciilor de îngrijiri paliative sunt în unități cu paturi. La nivelul anului 2019 în România în sistem public și privat erau aprobate 2.545 de paturi, din care 55% în sistem. Din cele 2545 de paturi, 1.995 erau contractate de CNAS.

Capacitatea de îngrijiri paliative este limitată și concentrată într-un număr redus de unități. Distribuția acestor servicii este extrem de neuniformă: 11 județe nu au servicii de îngrijiri paliative, peste 30% din serviciile de îngrijire paliativă sunt concentrate în regiunea Nord Est. Serviciile existente de îngrijiri paliative la domiciliu, în ambulatoriu, echipe mobile, spital, reprezintă 2% din necesarul la nivel național. Resursa umană implicată în astfel de servicii este insuficient pregătită la nivel de bază și specializat.

Dezvoltarea palierelor de asistență medicală comunitară, îngrijiri de lungă durată, îngrijiri paliative și îngrijiri de reabilitare-recuperare este suboptimală, pe fondul insuficienței numerice și de calificare a resurselor umane și a unei infrastructuri neadecvate și/sau precare.

Pe fondul tendinței generale de scădere a natalității și implicit de îmbătrânire a populației, a creșterii incidenței cancerului, afecțiunilor neurologice și cardiologice invalidante pentru pacienți și în mod deosebit pentru pacienții cu vârstă de +65 ani, România se confruntă în ultimele decenii cu o creștere a numărului de bolnavi incurabili de această vârstă, pentru a căror asistență specializată sistemul de sănătate nu este pregătit. În ultimii ani, după adoptarea Legii nr. 95/2006 republicată, cu modificările și completările ulterioare, privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificări și completări ulterioare, îngrijirile paliative s-au dezvoltat în România ca răspuns la o nevoie imediată de îngrijire de specialitate, prin servicii inițial acordate în organizații neguvernamentale și ulterior extinse în sistemul public de sănătate.

Dezvoltarea serviciilor de lungă durată și a îngrijirilor paliative a avut loc în mod aleator, în lipsa unui cadru legislativ general care să permită integrarea îngrijirii paliative în sistemul național de sănătate.

⁵ În conformitate cu prevederile art. 914 alin.(1) lit.i) din Legea nr.95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, prin spitalizare continuă - spitalizare mai mare de 24 de ore - pentru tipurile de tratament stabilite prin hotărâre a Guvernului;

În conformitate cu prevederile Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui casei naționale de asigurări de sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare. Tipurile de îngrijiri în regim de spitalizare continuă sunt: îngrijiri acute și îngrijiri **cronice** sau de recuperare. Printre secțiile din nomenclatorul de secții spitalicești în vigoare pentru care se întocmesc FOCG pentru îngrijiri de tip cronic sau de recuperare sunt: Cronici (1061); Îngrijiri paliative (1061_PAL); Geriatrie și gerontologie (1121);

De asemenea, Recomandarea Rec(2003)24 a Comitetului de miniștri ai statelor membre ale Consiliului Europei privind îngrijirea paliativă, recomandă ca “Guvernele statelor membre: să adopte politici, măsuri legislative și de altă natură necesare pentru crearea unei strategii naționale coerente și comprehensive în îngrijiri paliative”.

Rezoluția Organizației Mondiale a Sănătății privind consolidarea îngrijirilor paliative, ca parte componentă a asistenței comprehensive pe tot parcursul vieții, a identificat ca acțiuni la nivel de țară, pentru consolidarea îngrijirilor paliative, următoarele:

1. formularea și implementarea unor politici naționale care integrează serviciile de îngrijiri paliative bazate pe dovezi în fluxul continuu al asistenței medicale la toate nivelurile, pentru bolile cronice amenințătoare de viață, cu accent pe asistența primară, comunitară și pe îngrijirile la domiciliu;
2. susținerea îngrijirilor paliative prin eforturi de promovare a unor politici de asigurare a dreptului universal la sănătate și la medicamentele esențiale, pe baza rezultatelor evaluărilor și pentru îmbunătățirea calității și siguranței îngrijirilor paliative;
3. implementarea și monitorizarea recomandărilor din planul global de acțiune al OMS pentru prevenirea și controlul bolilor netransmisibile și asigurarea integrării acestora în sistemele de acoperire universală și de acces la medicamentele esențiale;
4. asigurarea educației în îngrijirile paliative, inclusiv în privința aspectelor etice, la nivelul pregătirii de bază a medicilor și asistenților medicali și a personalului sanitar la toate nivelurile, în concordanță cu rolurile și responsabilitățile în cadrul serviciilor, precum și ca parte a dezvoltării resurselor umane;
5. asigurarea accesului corespunzător la medicamentele controlate, cu minimizarea potențialului de uz ilicit și abuz, prin alinierea reglementărilor naționale și locale la ghidurile OMS pentru politicile referitoare la substanțele controlate;
6. asigurarea accesului la îngrijiri paliative sub toate aspectele - suport medical de bază, suport psiho-social și spiritual pentru pacienți și familii, cu supervizarea corespunzătoare din partea personalului sanitar cu instruire specializată;
7. stabilirea unor repere etice în asigurarea serviciilor de îngrijiri paliative, în privința accesului echitabil și implicării comunității în politici și programe;
8. parteneriatul între diferitele sectoare pentru realizarea de cercetări operaționale în îngrijirile paliative, inclusiv dezvoltarea unor modele cost-eficiente de îngrijire.

Totodată, conform Legii drepturilor pacientului nr.46/2003, cu modificările și completările ulterioare, acesta are dreptul la îngrijiri terminale pentru a putea muri în demnitate, respectiv la îngrijiri atunci când nu mai este posibilă îmbunătățirea prognozei fatale a stării de boală, precum și îngrijirile acordate în apropierea decesului. Acest drept se poate asigura numai prin dezvoltarea unor servicii integrate între spital și comunitate, iar dezvoltarea acestora trebuie stimulată printr-un cadru normativ-strategic.

3.3. Tendințe demografice, epidemiologice și sociale în România

Procesul de îmbătrânire a populației din România a început cu zeci de ani în urmă, iar această tendință s-a accelerat în ultimii 20 de ani, în special atunci când se analizează rata de dependență a vârstnicilor. Vârsta mediană în România a crescut de la 26,3 ani în 1950 la 43,2 ani în 2020 și se preconizează că va ajunge la 47,4 ani în 2050. De asemenea, se preconizează că ponderea persoanelor în vârstă în cadrul populației, de obicei, cei cu vârsta de peste 65 de ani, va crește cu aproape 50% în aceeași perioadă, de la 19,2% din totalul populației în 2020 la 27,7% în 2050 (UN, 2019). Se preconizează că grupul cu vârsta de peste 80 de ani va crește cu 3,7 puncte procentuale, de la 4,8 la 8,5% din totalul populației.

Indicele de dependență a persoanelor în vârstă - raportul dintre populația în vârstă de peste 65 de ani împărțită la populația în vârstă de muncă, a crescut, de asemenea, începând cu anii 1950 și s-a accelerat, în special, în ultimii 20 de ani. Pe baza proiecțiilor ONU, se preconizează că populația vârstnică va ajunge la aproape 50% din populația activă până în 2050.

Îmbătrânirea populației are dimensiuni regionale și urbane/rurale pronunțate. În timp ce zonele urbane beneficiază de migrația internă a tinerilor, în unele zone rurale, numărul persoanelor în vârstă raportat la populația de vârstă activă poate fi de până la 2,5 ori mai mare decât în zonele urbane.

În conformitate cu INS, populația după domiciliu la 1 ianuarie 2022, fenomenul de îmbătrânire demografică s-a accentuat, populația vârstnică de 65 ani și peste depășind cu peste 20% populația tânără de 0-14 ani: 3836 mii, față de 3195 mii persoane.

(https://insse.ro/cms/sites/default/files/com_presa/com_pdf/popdom1ian2022r.pdf)

În localitățile rurale, numărul persoanelor vârstnice de 65 ani și peste raportat la populația 0-14 ani poate fi și de 5, până la de 10 ori mai mare.

Se așteaptă ca speranța de viață în România să crească în următoarele câteva decenii. Speranța de viață la naștere în România în 2020 a fost de 76,5 ani, ceea ce se numără printre cele mai scăzute din UE, ocupând locul 24 din cele 27 de state membre. Același model este evident atunci când se analizează speranța de viață la 65 de ani, care este cu 17,2 ani mai mare, clasându-se pe locul 26 în întreaga UE27. Cu toate acestea, se preconizează că ambii indicatori vor crește puternic în următoarele câteva decenii, ajungând la 80,8 ani și, respectiv, 21,6 ani, până în 2050. Speranța de viață a femeilor la 65 de ani este 18,7 ani, mai mult, față de speranța de viață a bărbaților la 65 de ani, care este de 15,3 ani. Cifre bazate pe EURSTAT (European Commission 2022) diferă ușor de cele furnizate de UN (2019), cu toate acestea, tendințele și clasamentele preconizate sunt foarte apropiate.

Tendențele epidemiologice reflectă tendințele demografice.

Tabelul 1 prezintă principalele cauze de deces, principalii factori determinanți pentru decesele premature și pentru anii de viață trăiți cu dizabilitate și factorii de risc asociați cu dizabilitatea, în rândul populației în vârstă. Afecțiunile netransmisibile au dominat la toți indicatorii, atât pentru bărbați, cât și pentru femei, bolile cardiace ischemice și accidentele vasculare cerebrale ischemice remarcându-se ca principale cauze de deces pentru ambele sexe. În schimb, căderile, pierderea auzului, durerile lombare și bolile pulmonare obstructive cronice se evidențiază ca fiind principalele cauze de dizabilitate (WHO, 2020).

Tabelul 1 . Cauzele principale de deces și dizabilitate, România, 2017

Cauză și risc	Femei	Bărbați
Principalele cauze de deces la persoane în vârstă de 70 ani+	Boală cardiacă ischemică	Boală cardiacă ischemică
	Accident vascular cerebral ischemic	Accident vascular cerebral ischemic
	Boala Alzheimer	Hemoragie intercerebrală
	Hemoragie intercerebrală	Boala Alzheimer
Principalii factori determinanți pentru anii de viață pierduți ajustați cu dizabilitatea la persoane în vârstă de 70 ani +	Boala cardiacă hipertensivă	Boala cardiacă hipertensivă
	Boală cardiacă ischemică	Boală cardiacă ischemică
	Accident vascular cerebral ischemic	Accident vascular cerebral ischemic
	Boala Alzheimer	Hemoragie intercerebrală
Principalii factori determinanți pentru anii trăiți în dizabilitate la persoane în vârstă de 70 ani +	Hemoragie intercerebrală	Boala Alzheimer
	Boala cardiacă hipertensivă	Boala pulmonară obstructivă cronică
	Dureri lombare	Căderi
	Boală cardiacă ischemică	Dureri în partea inferioară a spatelui
Principalii factori de risc asociați cu dizabilitatea la persoane în vârstă de 70 ani +	Căderi	Boală cardiacă ischemică
	Pierderea auzului	Pierderea auzului
	Boala pulmonară obstructivă cronică	Boala pulmonară obstructivă cronică
	Tensiune arterială sistolică ridicată	Fumatul
Principalii factori de risc asociați cu dizabilitatea la persoane în vârstă de 70 ani +	Indicele de masă corporală ridicat	Tensiune arterială sistolică ridicată
	Glicemia mare, pe nemâncate	Consumul de alcool
	Densitate minerală osoasă scăzută	Glicemie mare, pe nemâncate
	Fumatul	Indicele de masă corporală ridicat

Sursa: WHO Biroul Regional pentru Europa, România studiu de caz privind furnizarea îngrijirilor pe termen lung, 2020”.

Profilul epidemiologic al României este, în mare parte, similar cu cel al altor țări membre ale UE. Acesta include o prevalență scăzută a bolilor infecțioase și o proporție din ce în ce mai mare de boli cardiovasculare, cancer și afecțiuni care apar din cauze externe, inclusiv violență și leziuni. La fel ca în majoritatea statelor membre ale UE, numărul tot mai mare de persoane obeze și supraponderale crește presiunea asupra costurilor serviciilor de sănătate și a îngrijirii persoanelor afectate, mai ales atunci când obezitatea este asociată cu alte boli, inclusiv cu diabetul de tip 2, care este una dintre cele mai costisitoare afecțiuni cronice din țările OCDE. Rata standardizată a mortalității din cauza consumului de alcool în România este de 42 la 100.000 de locuitori, cea mai mare din UE (WHO, 2020). Fumatul zilnic și hipertensiunea arterială sunt, de asemenea, mai frecvente în România decât media UE.

Speranța de viață sănătoasă la 65 de ani și speranță de viață la 65 de ani plasează din nou România printre țările cu cele mai mici valori - în 2018, 37% față de 50% la nivelul UE-27. În 2018, românii la 65 de ani se puteau aștepta, în medie, la 6,1 ani de viață sănătoasă, ceea ce reprezintă o îmbunătățire cu 0,6 ani față de 2010. Cu toate acestea, această cifră este cu 62% mai mică decât numărul mediu de ani sănătoși din UE-27 (European Commission, 2021b).

Speranța de viață pentru românii de 65 de ani cu o percepție pozitivă a sănătății este mai mică decât cea a individului mediu din UE. În 2018, speranța de viață la 65 de ani în România pentru persoanele cu o percepție pozitivă a sănătății era de 13,7 ani pentru femei și de 12,2 ani pentru bărbați. Aceleași cifre în țările UE au fost de 16,7 și 14,9 pentru bărbați și, respectiv, femei. Acest indicator a crescut în mod constant de când datele au devenit disponibile în 2007, ceea ce sugerează că o parte din creșterea speranței de viață s-a tradus printr-o creștere a numărului de ani cu percepție proprie a sănătății. Cu toate acestea, toate cifrele disponibile sunt anterioare la COVID-19.

Mortalitatea tratabilă a scăzut pe parcursul deceniului precedent, dar a rămas peste media UE, fiind de 239 pentru femei și 415 pentru bărbați la 100 000 de persoane în 2014. În comparație, aceasta se situează la 97 și, respectiv, 158 de decese, pentru UE27. De asemenea, spitalizările evitabile pentru afecțiuni cronice comune în România, cum ar fi diabetul, hipertensiunea, insuficiența cardiacă, boala pulmonară obstructivă cronică și astmul, în 2015 au fost printre cele mai ridicate din UE, cu 8,5% din totalul spitalizărilor și 1,7 externări la 100 de locuitori (WHO, 2020). Durata medie a spitalizării în 2016 a fost de 7,5 zile, foarte aproape de media UE.

În 2012, se estima că în România existau 270 034 de persoane cu demență, adică 1,38% din totalul populației, ușor mai puțin decât media UE de 1,55%. Aceste estimări sunt însă probabil o subestimare, deoarece ratele oficiale de diagnosticare sunt scăzute. Aproximativ două treimi dintre persoanele cu demență erau femei. În rândul persoanelor în vârstă de peste 60 de ani, prevalența demenței în 2018 a fost de aproximativ 4%, mai mică decât media UE de 7%. (WHO, 2020).

În ceea ce privește dizabilitatea, în 2020, numărul total de persoane de orice vârstă, cu dizabilități certificate era de 857.638, dintre care 368.369, aproximativ 43%, cu vârsta de 65 de ani și peste. Aceste cifre sunt comunicate Autorității Naționale pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții (ANDPDCA) prin intermediul Direcțiilor Generale Județene de Asistență Socială și Protecția Copilului.

Persoanele singure sau vârstnice cu funcționalitate limitată, precum și cele cu dizabilități, au fost identificate ca fiind grupuri vulnerabile în România. Grupurile vulnerabile se confruntă cu diverse forme de excluziune socială sau sunt expuse unui risc ridicat de excluziune în moduri care sunt uneori, dar nu întotdeauna, asociate cu sărăcia. Deoarece grupurile vulnerabile se confruntă cu probleme specifice, pentru care este posibil ca politicile generice să nu funcționeze, acestea au adesea nevoie de servicii adaptate și integrate pentru a le spori participarea socială și economică. Identificarea și răspunsul adecvat la nevoile specifice ale grupurilor vulnerabile sunt esențiale pentru conceperea și punerea în aplicare a unor politici de incluziune socială eficiente. (World Bank, 2015).

Persoanele în vârstă sunt expuse unui risc mai mare de sărăcie și excluziune socială. România are a doua cea mai mare cifră de persoane vârstnice aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială dintre membrii UE. Din populația sa de peste 65 de ani, 43,7 % se încadrează în această categorie, față de o medie de 23,1 % în toate țările UE. Cifra este, de asemenea, mai mare în cazul femeilor în vârstă din România, 49,1 %, față de 35,6 % în cazul bărbaților. (European Commission, 2022). Riscul de sărăcie crește semnificativ în cazul persoanelor în vârstă care trăiesc singure.⁶

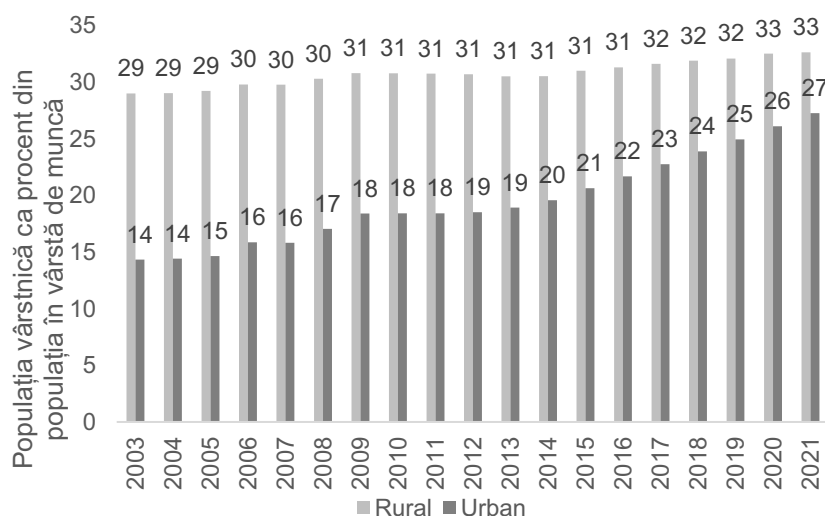
Coabitarea între generații a fost în mod tradițional mai răspândită în România decât în alte țări din UE. În 2011, gospodăria medie din România avea 2,6 membri, peste media UE de 2,3. Modelul de coabitare al persoanelor în vârstă de peste 65 de ani, este destul de divizat: 35 % din acest grup trăiesc cu un partener, 28 % trăiesc singuri, iar 37 % trăiesc cu copiii, familia extinsă sau cu persoane care nu sunt rude (WHO, 2020).

În ciuda faptului că au o rată medie de coabitare mai mare decât alte țări din UE, adulții români au niveluri ridicate de singurătate, care a fost exacerbată de efectul pandemiei COVID-19. De exemplu, potrivit unui raport recent al Centrului European care acoperă țările UE27, România a avut cea mai mare prevalență a singurătății, măsurată ca procent de adulți care au indicat că s-au simțit singuri "mai mult de jumătate din timp, majoritatea timpului sau tot timpul" în cele două săptămâni care au precedat sondajul (Sandu, Zólyomi, and Leichsenring, 2021). Un raport al Institutului de Economie a Muncii (IZA) a arătat un model similar pentru izolarea socială (D'Hombres, Barjaková, and Schnepf, 2021).

Responsabilitățile de îngrijire pe termen lung și rolurile tradiționale de gen din România afectează ratele de participare a femeilor la forța de muncă. Ancheta UE privind forța de muncă estimează rata de participare a femeilor la 45,3 %, cu 21,1 puncte procentuale sub aceeași cifră pentru bărbați, estimată la 65,4%. Diferența se explică parțial prin așteptările de gen în ceea ce privește îngrijirea pe termen lung. De exemplu, un sondaj realizat în 2015 în rândul femeilor angajate cu responsabilități de îngrijire din București a constatat că 50 % dintre respondenți nu au fost deloc de acord cu afirmația: "O femeie nu ar trebui să lase îngrijirea unei rude în vârstă să stea în calea carierei sale". Mai mult, 31 % nu au fost deloc de acord cu faptul că o femeie ar putea să-și asume responsabilitatea de a oferi sprijin financiar pentru gospodărie în timp ce soțul ei oferă îngrijire neremunerată unei rude (WHO, 2020).

Rata de dependență a persoanelor vârstnice este mai mare în zonele rurale, însă decalajul dintre zonele rurale și cele urbane a scăzut de-a lungul timpului. În timp ce în 2003, populația vârstnică din zonele rurale reprezenta 29% din populația în vârstă de muncă, aceeași cifră se ridică la 14% în zonele urbane. Ritmul de îmbătrânire a fost mai rapid în zonele urbane (pornind de la o bază mai mică), prin urmare, diferența a scăzut de la 15 puncte procentuale în 2003, la 6 puncte procentuale în 2021 (Figura 1). Acest lucru se explică parțial prin dinamica migratorie care face ca procesul de îmbătrânire din România să fie diferit de cel observat în majoritatea țărilor UE (cu excepția Bulgariei, Letoniei și Lituaniei). În comparație cu alte țări, este mai probabil ca scăderea populației României să favorizeze migrația internațională decât urbanizarea internă (Șoșea, 2021). Acest proces s-a accelerat probabil în 2007, când România a devenit stat UE. Românii de vârstă activă (20-64 de ani) sunt de departe cel mai mare grup național în rândul cetățenilor UE mobili, majoritatea dintre aceștia deplasându-se din motive legate de ocuparea unui loc de muncă (Mantu, 2020).

⁶ Imaginea este mai nuanțată atunci când se analizează persoanele în vârstă pe grupe de vârstă. Creșterea prestațiilor de pensie din ultimii ani a dus la un risc mai mic de sărăcie pentru populația cu vârste cuprinse între 65 și 74 de ani decât media populației. Cu toate acestea, riscul crește brusc pentru persoanele cu vârsta de peste 75 de ani, în special pentru cei care sunt mai vulnerabili la sărăcie, cum ar fi femeile în vârstă, persoanele care primesc pensii minime sau persoanele care primesc pensii de agricultor (European Commission, 2020).

Figura 1 . România: rata de dependență a persoanelor în vârstă, pe reședință urbană-rurală, 2003-21

Sursa: Institutul Național de Statistică (2022).

3.4. Modelele de cerere de îngrijire pe termen lung pentru persoanele în vârstă rezultate din sondajul SHARE din România din 2017 și 2019

Pe baza rezultatelor sondajului Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) din România din 2017 și 2019, studiul de fundamentare care a stat la baza elaborării prezentei strategii, descrie modelele de cerere de îngrijire pe termen lung pentru persoanele în vârstă. Sondajul SHARE a evaluat o serie de activități de bază ale vieții zilnice (ABVZ) și activități instrumentale ale vieții zilnice (AIVZ).

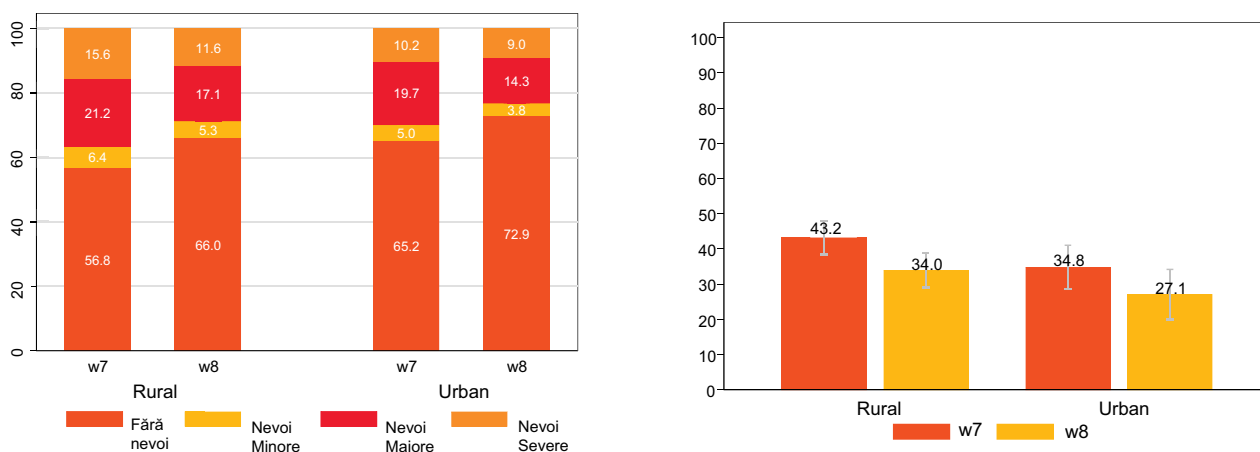
Datele SHARE au dat următoarea distribuție generală a celor trei grupe de nevoi de îngrijire în 2019: 5 % au avut o nevoie minoră de îngrijire, 16,7 % au avut o nevoie majoră de îngrijire și 11,2 % au avut o nevoie severă de îngrijire. Restul de 67,1 % dintre persoanele vârstnice din România nu aveau nicio nevoie de îngrijire, conform autoevaluării realizate în cadrul sondajului SHARE.

Aproximativ o treime (32,9 %) dintre românii cu vârsta de 65 de ani sau mai mult au raportat că au avut cel puțin o nevoie de îngrijire minoră în 2019. În timp ce în grupa de vârstă 65-79 de ani, aproximativ 21,7 la sută au raportat cel puțin o nevoie de îngrijire minoră, în grupa de vârstă 80+, 64,3 la sută au raportat nevoi. În grupa de vârstă 65-79 de ani, 78,3 % nu au raportat nicio limitare în ceea ce privește ABVZ-urile sau AIVZ-urile în 2019. Aproximativ una din douăzeci de persoane din această grupă de vârstă a raportat o nevoie de îngrijire minoră (4,6 %), în timp ce mai mult de una din zece persoane (11,1 %) a raportat o nevoie de îngrijire majoră, iar aproximativ 6 % a raportat o nevoie de îngrijire severă. În grupa de vârstă 80+, aproximativ una din douăzeci de persoane a raportat, de asemenea, o nevoie minoră de îngrijire (6,4%), în timp ce una din trei persoane în vârstă din această grupă de vârstă a raportat o nevoie majoră de îngrijire (32,3%), iar una din patru a raportat o nevoie severă de îngrijire (25,6%).

Femeile sunt mai susceptibile de a avea nevoie de îngrijire decât bărbații. Ponderea persoanelor cu cel puțin o nevoie minoră de îngrijire conform grilei de evaluare a îngrijirii din România este mai mare la femeile în vârstă. La fel ca în alte țări, femeile reprezintă o parte mai mare din populația vârstnică din România. Conform recensământului din 2010, 58% dintre românii din grupa de vârstă 65-79 de ani sunt femei. În grupa de vârstă 80+, aproape două din trei persoane în vârstă sunt femei (65,9%). Acest lucru amplifică importanța nevoilor de îngrijire mai mari ale subpopulației feminine.

Ponderea persoanelor în vârstă care au nevoie de îngrijire tinde să fie mai mare în zonele rurale decât în cele urbane. Având în vedere că accesul la servicii de sănătate preventivă și la servicii de îngrijire de lungă durată diferă între zonele rurale și cele urbane, este important să se înțeleagă această dimensiune într-o analiză a nevoilor de îngrijire pe termen lung ale persoanelor în vârstă. În populația rurală, aproximativ două din trei persoane în vârstă (66,0%) nu au nevoi de îngrijire, una din douăzeci (5,3%) are o nevoie minoră de îngrijire, 17,1% are o nevoie majoră de îngrijire și 11,6% are o nevoie severă de îngrijire Figura 2. În populația urbană, mai mult de șapte din zece adulți (72,9 %) nu au nevoi de îngrijire, 3,8 la sută au o nevoie minoră de îngrijire, 14,3 % au o nevoie majoră de îngrijire și 9 la sută au o nevoie severă de îngrijire. Pentru toate cele trei categorii de nevoi de îngrijire, cifrele tind, prin urmare, să fie mai mari în rândul populației rurale atât în 2017, cât și în 2019.

Figura 2. România: Nevoi de ÎLD și ponderea persoanelor cu nevoi de ÎLD în funcție de tipul de așezare în



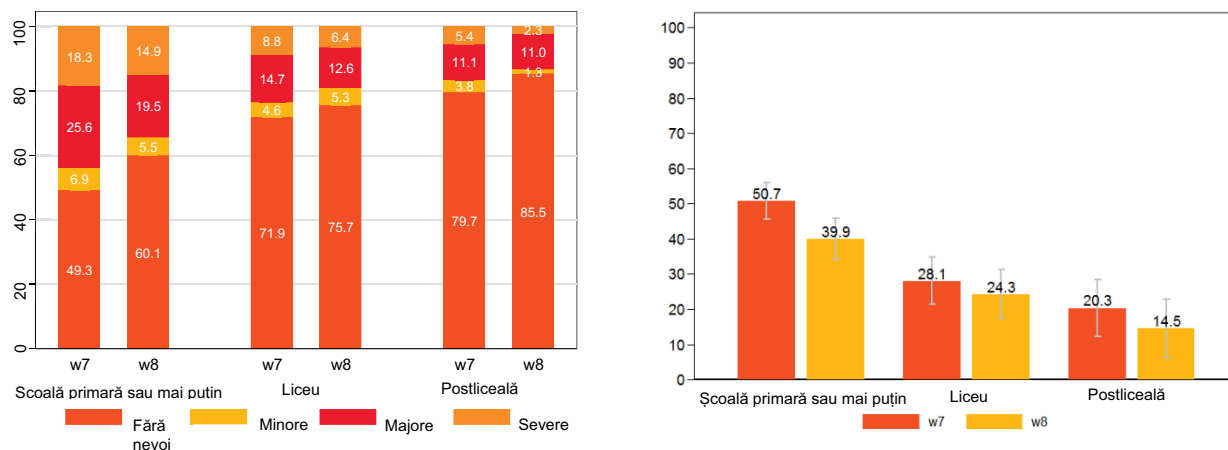
timp (în procente)

Sursa: SHARE 2017 și SHARE 2019, versiunea de lansare 8.0.0.

Persoanele vârstnice cu un nivel de educație mai ridicat au mai puține șanse de a raporta nevoi de îngrijire decât persoanele vârstnice cu un nivel de educație mai scăzut. Studiile au identificat educația ca fiind un factor determinant major al rezultatelor în materie de sănătate mai târziu în viață (Grossman și Kaestner, 1997; Grossman, 2000). Acest lucru a fost atribuit comportamentelor de sănătate diferențiate, modelate de școlarizarea primită și de interacțiunile cu colegii. Dintre cele trei grupuri analizate - nivel de bază, nivel secundar superior și nivel post-secundar, incidența nevoilor de îngrijire este semnificativ mai mare în grupul cu cel mai scăzut nivel de educație (Figura 6). În special, în rândul celor care au primit doar educație de bază sau mai puțin, ponderea persoanelor cu o nevoie majoră de îngrijire este de 19,5%, iar ponderea persoanelor cu o nevoie severă de îngrijire este de 14,9%. Nu există nicio dovadă de creștere a nevoilor de îngrijire între grupurile de educație.

Figura 3. România: Nevoi de ÎLD și ponderea persoanelor cu nevoi de ÎLD în funcție de nivelul de educație

de-a lungul timpului (în procente)

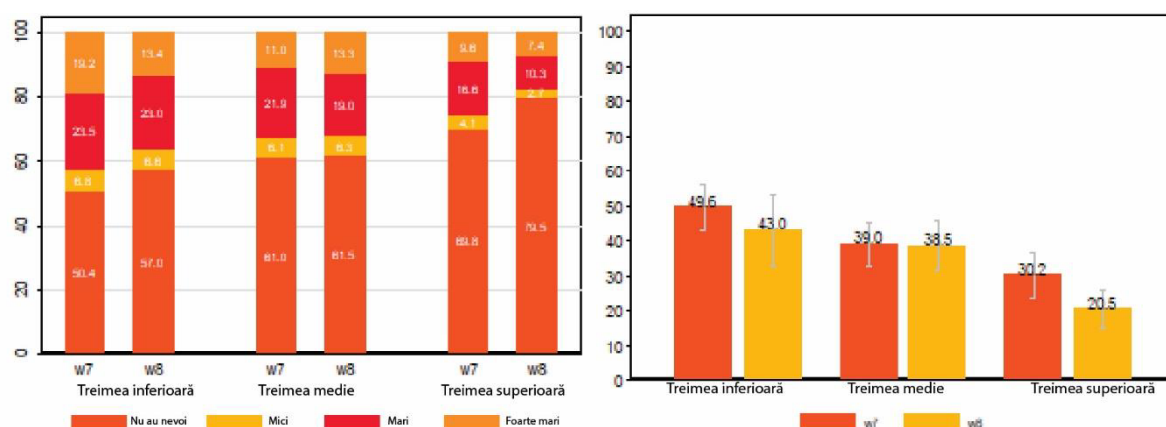


Sursa: SHARE 2017 și SHARE 2019, versiunea de lansare 8.0.0.

Persoanele vârstnice din România care fac parte din grupele de venituri mai mari sunt mai puțin susceptibile să declare că au nevoie de îngrijire pe termen lung decât persoanele vârstnice mai puțin bogate. Venitul, la fel ca și nivelul de educație, este strâns legat de rezultatele în materie de sănătate pe tot parcursul ciclului de viață. În plus, venitul disponibil al gospodăriei este un factor crucial în ceea ce privește capacitatea de a plăti serviciile de îngrijire.

Figura 4 arată că doar 20,5% dintre persoanele în vârstă, din treimea cu cel mai ridicat nivel de venit, aveau nevoie de îngrijire de lungă durată, în timp ce acest număr era de 38,5% în treimea de mijloc și de 43% pentru persoanele în vârstă care trăiesc în gospodării din cea mai săracă treime a distribuției veniturilor. Ponderea persoanelor vârstnice din fiecare dintre cele trei categorii - minoră, majoră și gravă, a fost mai mică în grupa superioară de venituri în comparație cu grupa de venituri medii, unde a fost din nou mai mică decât în grupa inferioară de venituri. De asemenea, cifrele referitoare la venituri arată unele tendințe pozitive în timp, în special în grupurile de venituri superioare și inferioare.

Figura 4. România: Nevoi de ÎLD și ponderea persoanelor cu nevoi de ÎLD în funcție de venitul pe cap de familie pe cap de locuitor de-a lungul timpului (în procente)

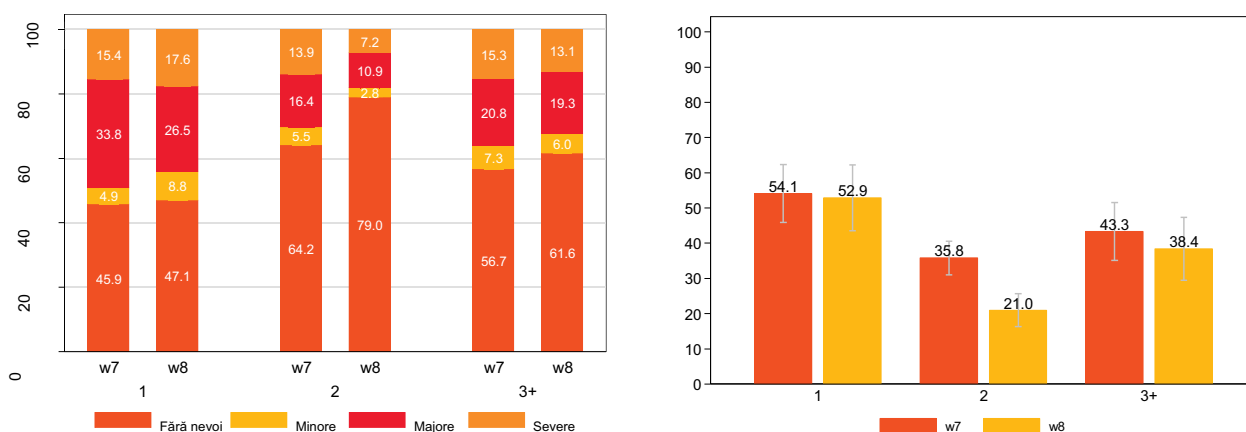


Sursa: SHARE 2017 și SHARE 2019, versiunea de lansare 8.0.0.

Nevoile de îngrijire ale persoanelor în vârstă care trăiesc în gospodării formate dintr-o singură persoană au fost în mod constant și semnificativ mai mari decât cele ale persoanelor în vârstă care trăiesc cu alte persoane. Pentru a interpreta constatările privind dimensiunea gospodăriei (Figura 5), este important să se ia în considerare faptul că este obișnuit ca cuplurile în vârstă să intre la pensie în timp ce locuiesc împreună. În timp, decesul unui partener poate duce la o gospodărie formată dintr-o singură persoană. De asemenea, poate duce la mutarea persoanei în

vârstă la membrii familiei, transformând situația într-o gospodărie cu trei sau mai multe persoane. Din acest motiv, mărimea gospodăriei este puternic corelată cu vârsta, gospodăriile formate din două persoane fiind forma dominantă în rândul respondenților cu vârste cuprinse între 65 și 69 de ani. Pentru toate cele trei categorii de nevoi de îngrijire, cele mai mici procente se regăsesc în gospodăriile formate din două persoane, în timp ce cele mai mari procente se regăsesc în gospodăriile formate dintr-o singură persoană. Gospodăriile formate din trei sau mai multe persoane se situează între aceste două categorii. Într-adevăr, ponderea persoanelor cu nevoi majore de îngrijire (26,5%) și cu nevoi severe de îngrijire (17,6%) au fost cele mai mari valori găsite în toate subpopulațiile socio-demografice analizate, cu excepția grupului de vârstă de peste 80 de ani.

Figura 5. România: Nevoi de ÎLD și ponderea persoanelor cu nevoi de ÎLD în funcție de mărimea gospodăriei, în timp (în procente)



Sursa: SHARE 2017 și SHARE 2019, versiunea de lansare 8.0.0.

Categoria de nevoi de îngrijire minoră este cea mai puțin frecventă categorie de nevoi, cuprinzând aproximativ 5% din populația vârstnică a României. Nevoile de îngrijire minoră sunt mai răspândite în rândul persoanelor cu un nivel de educație mai scăzut și cu venituri mai mici ale gospodăriei. Acestea tind să fie mai răspândite în rândul persoanelor cu vârsta de peste 80 de ani și a celor care locuiesc fie în gospodării individuale, fie în gospodării formate din trei sau mai multe persoane. În rândul persoanelor în vârstă cu nevoi minore de îngrijire, cele mai frecvente limitări sunt incapacitatea de a face cumpărături, de a ieși din casă în mod independent pentru a accesa servicii de transport și de a folosi o hartă pentru a se deplasa într-un loc necunoscut.

Aproximativ una din șase persoane vârstnice din România raportează o nevoie majoră de îngrijire. Aceasta a fost definită în setul de date SHARE ca fiind exact o limitare ABVZ sau mai mult de o limitare AIVZ. În rezultatele ambelor sondaje, 42,2% dintre persoanele cu nevoi majore de îngrijire îndeplinesc criteriul AIVZ, în timp ce aproximativ aceeași cantitate de persoane îndeplinesc criteriul ABVZ (38,7%), iar aproximativ una din cinci persoane din această categorie îndeplinește ambele criterii (19,1%).

Nevoile majore de îngrijire sunt mai răspândite în rândul populației în vârstă de 80 de ani sau mai mult, în rândul populației feminine în vârstă, în rândul persoanelor cu un nivel de educație scăzut și cu venituri mici ale gospodăriei, precum și în gospodăriile formate dintr-o singură persoană. În subpopulația vârstnică cu nevoi majore de îngrijire, limitările în efectuarea de lucrări în casă sau în grădină și utilizarea serviciilor de transport public sunt cele mai frecvente AIVZ, în timp ce urcatul/coborâtul din pat și îmbrăcatul independent sunt cele mai frecvente ABVZ.

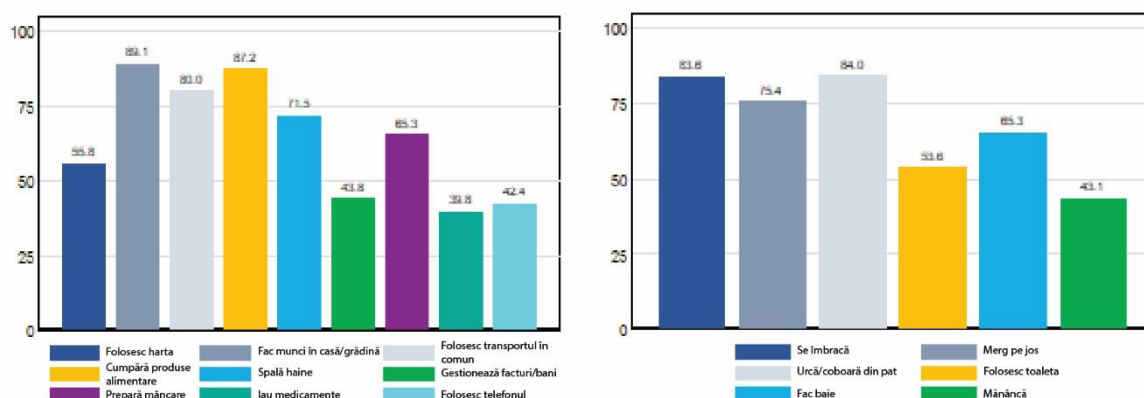
Pentru a corela datele SHARE cu grila de evaluare a nevoilor de îngrijire din România, respondenții care au raportat două sau mai multe limitări în ABVZ au fost considerați ca având o nevoie severă de îngrijire. Aproximativ una din nouă persoane vârstnice din România are o nevoie severă de îngrijire (11,2%), ceea ce face ca aceasta să fie a doua cea mai răspândită categorie de nevoi de îngrijire.

Nevoile severe de îngrijire sunt semnificativ mai răspândite în rândul populației cu vârsta de 80 de ani sau mai mult, în grupul cu un nivel de educație mai scăzut și în rândul celor care trăiesc în gospodărie cu venituri mici. În plus, nevoile severe de îngrijire tind să fie ușor mai frecvente în rândul femeilor, al locuitorilor din mediul rural și al celor care locuiesc singuri sau în gospodărie cu trei sau mai mulți membri.

Persoanele vârstnice cu nevoi severe de îngrijire suferă de diverse limitări, mai mult de patru din cinci persoane fiind incapabile să efectueze activități precum lucrul în casă sau în grădină, să cumpere alimente, să se ridice/coboare din pat și să se îmbrace singure. Figura 6 arată că șase din cele nouă limitări AIVZ și cinci din cele șase limitări ABVZ afectează fiecare mai mult de jumătate din populația cu nevoi severe de îngrijire.

Cele mai răspândite limitări sunt restricțiile în ceea ce privește capacitatea de a face lucrări în casă sau în grădină (89,1%), de a cumpăra alimente (87,2%), de a se băga și de a se da jos din pat (84,0%), de a se îmbrăca (83,6 %) și de a ieși din casă în mod independent și de a utiliza serviciile de transport public (80,0%). Alte limitări AIVZ, care afectează mai mult de jumătate din populația cu nevoi severe de îngrijire, includ spălatul rufelor (71,5%), gătitul meselor (65,3%) și utilizarea unei hărți pentru a se orienta într-un loc necunoscut (55,8%). Alte limitări ABVZ comune care afectează mai mult de jumătate din această subpopulație sunt limitările legate de mersul pe jos (75,4%), îmbăiatul (65,3%) și folosirea toaletei (53,6%). Chiar și cea mai puțin frecventă limitare ABVZ, și anume capacitatea de a mânca independent, este prezentă în cazul a 43,1% dintre persoanele cu nevoi severe de îngrijire.

Figura 6. România: Nevoia severă de îngrijire, incidența limitărilor în AIVZ (stânga) și ABVZ (dreapta) (în procente)



Sursa: SHARE 2017 și SHARE 2019, versiunea de lansare 8.0.0.

Îngrijirea informală este forma dominantă de îngrijire oferită persoanelor vârstnice din România care au nevoie de îngrijire, în timp ce foarte puțini au apelat la servicii de îngrijire private profesionale sau publice. În 2019, 61,7% dintre persoanele vârstnice cu nevoi de îngrijire au primit îngrijire informală în România. Ponderea persoanelor care au beneficiat de îngrijire profesională a fost de 3,1%, în timp ce ponderea persoanelor care au primit ajutor profesional pentru sarcini casnice a fost de 2,4%. Ponderea persoanelor vârstnice cu nevoi de îngrijire care au primit o altă formă de îngrijire profesională privată a fost de 3,3%. Aceste modele reprezintă o ușoară creștere a primirii de îngrijire profesională între 2017 și 2019. Îngrijirea acordare de serviciile publice a fost primită doar de 0,6 % dintre persoanele în vârstă cu nevoi de îngrijire.

În general, utilizarea serviciilor profesionale private de îngrijire este scăzută. Utilizarea acestora este mai mare în rândul persoanelor cu cea mai mare categorie de nevoi. Deficitul de îngrijire - cererea nesatisfăcută, este substanțial, dar este mai puțin răspândit în rândul persoanelor în vârstă cu categorii mai mari de nevoi de îngrijire.

În ceea ce privește tipurile de îngrijire informală primite de persoanele vârstnice, utilizarea îngrijirii informale din afara gospodăriei este forma dominantă de îngrijire pentru persoanele cu toate nivelurile de nevoi.

S-au înregistrat puține progrese în ceea ce privește asigurarea unui număr suficient și a unei calificări suficiente a resurselor umane pentru îngrijire, atât în ceea ce privește forța de muncă formală, cât și în ceea ce privește îngrijitorii informali.

3.5. Implementarea Strategiei naționale pentru promovarea îmbătrânirii active și protecția persoanelor vârstnice pentru perioada 2015 – 2020 și obiective de continuat

Strategia națională 2015-2020 a stabilit un program de reformă transsectorială extrem de ambițios, grupat în trei obiective generale:

- A. Obiectivul 1 Prelungirea și îmbunătățirea calității vieții profesionale a persoanelor în vârstă;
- B. Obiectivul 2 Promovarea participării sociale și a unei vieți demne la vârste înaintate;
- C. Obiectivul 3 Atingerea unei independențe și a unei securități sporite pentru persoanele cu nevoi de îngrijire pe termen lung.

În pofida unei evoluții pozitive consistente în majoritatea obiectivelor și acțiunilor specifice declarate, doar o parte din strategie a fost pe deplin realizată.

Principalele realizări care au creat cele mai importante oportunități de accelerare a progresului și care pot acționa ca pietre de temelie pentru extinderea modelelor de succes în anii următori și au avut în vedere:

- a) Recunoașterea din ce în ce mai mare a ÎLD ca o ramură importantă a securității sociale.
- b) Creșterea capacității serviciilor de îngrijire pe termen lung și a autorităților administrației publice locale de a stabilit eligibilitatea; Pentru a accelera progresele, ambele linii de acțiune ar trebui să fie continuate. Proiectarea sistemului ar trebui să se concentreze pe consolidarea stimulentei pentru ca furnizorii privați de servicii de îngrijire să intre pe piață într-un număr și mai mare decât până acum. În paralel, investițiile publice ar trebui intensificate pentru a reduce deficitul de capacități în zonele insuficient deservite și dezavantajate și pentru a asigura un acces echitabil la îngrijire în întreaga țară.
- c) În contextul creșterii rapide a nevoilor de îngrijire și a ofertei de îngrijire, în special în sectorul privat, o realizare importantă este actualizarea standardelor de calitate și dezvoltarea standardelor de cost pentru aproape toate tipurile de servicii sociale, inclusiv pentru îngrijirea pe termen lung. Serviciile de îngrijire de calitate scăzută expun utilizatorii de îngrijire, care reprezintă deja un grup vulnerabil, la un risc crescut de deteriorare a stării lor de sănătate și a calității vieții. Dezvoltarea unui mecanism solid de asigurare a calității ar asigura că resursele investite în îngrijirea pe termen lung răspund nevoilor de îngrijire și contribuie la obținerea unui impact pozitiv asupra sănătății și bunăstării persoanelor în vârstă. Progresele în acest domeniu ar trebui să continue cu dezvoltarea altor mecanisme de promovare a calității îngrijirii, cum ar fi creșterea capacității de control și de executare, promovarea inițiativelor voluntare în materie de calitate, implicarea utilizatorilor de servicii de îngrijire și a comunităților în asigurarea calității și introducerea de stimulente economice bazate pe performanță.
- d) Pașii importanți în ceea ce privește monitorizarea, colectarea de date și schimbul de informații îmbunătățesc semnificativ oportunitățile de planificare, asigurare a calității și analiză comparativă. O infrastructură de date mai puternică și mai integrată va duce la câștiguri considerabile în materie de eficiență, la îmbunătățiri ale capacității de reacție a sistemului de îngrijire și va permite evaluări detaliate ale rezultatelor politicilor. Vor fi necesare investiții în consolidarea competențelor digitale în unitățile locale de servicii sociale și în rândul forței de muncă din domeniul îngrijirii, pentru a valorifica întregul potențial al tehnologiei disponibile. De asemenea, ar trebui să se pună accentul pe armonizarea și facilitarea schimbului de date, între sectoare și domenii de politică, pentru a spori eficiența și eficacitatea îngrijirii.
- e) O mai bună integrare între sectorul sănătății și cel social a fost recunoscută ca fiind un factor important pentru dezvoltarea unor politici și intervenții coerente în domeniul îmbătrânirii active în cadrul Strategiei naționale 2015-2020. Implementarea serviciilor comunitare integrate reprezintă un pas semnificativ în această direcție, oferind un model de succes de coordonare a proceselor și de colaborare intersectorială. Deși strategia prevedea consolidarea funcțiilor sistemului de îngrijire pe termen lung într-un departament interministerial comun, colaborarea prin protocoale dedicate pentru intervenții specifice

s-a dovedit a fi o abordare mai reușită pentru alinierea eforturilor și punerea în comun a resurselor între autoritățile din domeniul sănătății, social și educațional.

- f) Pe parcursul perioadei de punere în aplicare a strategiei, s-au înregistrat progrese clare în ceea ce privește capacitatea autorităților relevante, în special a Ministerului Muncii și Solidarității Sociale, de a atrage și de a investi resurse financiare europene în dezvoltarea sistemului național de îngrijire pe termen lung. Alte resurse au fost angajate prin intermediul PNRR. Având în vedere interesul sporit la nivelul UE de a sprijini reformele în domeniul îngrijirii pe termen lung în statele membre, este esențial să se valorifice orice oportunități viitoare. Pentru a accelera progresul, ar trebui să se continue investițiile în capacitatea autorităților regionale și locale de a obține și de a gestiona finanțarea programelor.

Următoarele obiective și acțiuni din strategia anterioară, ar trebui continuate:

- a) Elaborarea unui program național de ÎLD prin consolidarea legislației în domeniul sănătății și protecției sociale, acordând o atenție specială persoanelor în vârstă și stabilirea unui sistem de finanțare pentru ÎLD.

Este esențial să se elaboreze un cadru național structurat pentru furnizarea de servicii de îngrijire pe termen lung, stabilind o strategie organizațională și de finanțare orientată spre viitor și durabilă, care să depășească finanțarea și programele pe termen scurt și sporadice care au predominat în ultimii ani. În timp ce responsabilitatea primară pentru îngrijirea pe termen lung rămâne în sarcina autorităților locale, nu există nici capacitatea financiară, nici capacitatea organizatorică necesară la acest nivel extrem de descentralizat, cel puțin nu în mod consecvent pe întreg teritoriul. Prin urmare, coordonarea metodologică și finanțarea de la nivel național care să sprijine eforturile locale sunt esențiale pentru dezvoltarea sistemului de ÎLD.

Un alt aspect crucial în această privință este analiza și reducerea neconcordanțelor și suprapunerilor care duc la un tratament și un acces inechitabil la asistență socială între persoanele vârstnice dependente și persoanele cu dizabilități. În mod similar, programele și inițiativele organizate în sectorul sănătății și în cel al protecției sociale trebuie să fie aliniate pentru a asigura o mai bună acoperire și o mai mare acoperire a nevoilor de îngrijire în rândul persoanelor în vârstă.

- b) Integrarea programelor de voluntariat în politicile de resurse umane din instituțiile publice. Autoritățile naționale responsabile nu au raportat niciun progres în ceea ce privește stabilirea unor programe naționale sau regionale structurate pentru a crește numărul de voluntari în rândul persoanelor în vârstă.
- c) Revizuirea și îmbunătățirea procedurii existente pentru evaluarea multidisciplinară a nevoilor și a eligibilității pentru prestații pentru persoanele care au nevoie de îngrijire la domiciliu, prin modificarea și completarea legislației existente privind protecția persoanelor în vârstă. Adoptarea unui instrument de evaluare unic și cuprinzător este un pas important în direcția armonizării și promovării integrării între serviciile de sănătate și de îngrijire pe termen lung, indiferent dacă acestea se acordă persoanelor vârstnice dependente sau persoanelor adulte cu dizabilități.
- d) Crearea de puncte de acces unice împreună cu managementul externării din spital, inclusiv formarea de "manageri de caz" și de profesioniști în domeniul îngrijirii pe termen lung. În pofida evoluției pozitive în ceea ce privește îmbunătățirea resurselor umane și a coordonării în cadrul sistemului de asistență socială, nu s-au înregistrat progrese în ceea ce privește consolidarea managementului după externare și stabilirea unor trasee de îngrijire care să treacă de granițele dintre sistemul de sănătate și cel de asistență socială. Investițiile în crearea de servicii de coordonare și gestionare a activităților de îngrijire pe termen lung la domiciliu după externarea din spital sunt esențiale pentru a asigura continuitatea îngrijirii și pentru a îmbunătăți experiența de îngrijire și rezultatele pentru utilizatori. În absența unui angajament comun de a investi în coordonarea îngrijirii și în gestionarea externării de către factorii de decizie și planificatorii de servicii din sistemul de asistență socială și cel de sănătate, calitatea și eficiența îngrijirii pe termen lung vor continua să aibă de suferit.
- e) Asigurarea colectării periodice de date, a monitorizării și a raportării privind sistemul de ÎLD, cu scopul de a prognoza cererea de ÎLD și nevoile de finanțare.

Totuși, încă nu se asigură integrarea și schimbul de date între cele două sisteme - al îngrijirii de lungă durată din sistemul de asistență socială și din sistemul de sănătate, respectiv, între furnizorii de servicii sociale și de sănătate.

- f) Stabilirea unui mecanism de alocare echitabilă a transferurilor de la bugetul de stat către bugetele locale pentru implementarea programelor de asistență socială/îngrijire pe termen lung.

Proiectul de lege pentru modificarea și completarea Legii nr.17/2000 republicată, cu modificările și completările ulterioare, care extinde acordarea finanțării de la bugetul de stat pentru ÎLD informală și formală la domiciliu și în centrele de zi, se află în dezbateri la Parlament; este necesară inițierea de modificări și completări ale legii cu reglementări în ceea ce privește prevenirea, întărirea responsabilității autorităților administrației publice locale și a furnizorilor de servicii sociale și stabilirea contravențiilor specifice;

- g) Îmbunătățirea furnizării de servicii de îngrijire pe termen lung, cu accent pe zonele rurale și îndepărtate, servicii de îngrijire de zi și facilități de cazare temporară.

Este esențial ca inițiativele viitoare să încurajeze în continuare dezvoltarea furnizării private de servicii de îngrijire. În același timp, va fi necesară, de asemenea, o investiție continuă în furnizarea finanțată din fonduri publice și conceperea unui sistem care să stimuleze furnizarea privată în zonele rurale.

- h) Îmbunătățirea planurilor de recrutare, de formare și de menținere a personalului de îngrijire;

- i) Organizarea de programe de formare privind managementul integrat al serviciilor de îngrijire pe termen lung;

- j) Dezvoltarea unor mecanisme de sprijin pentru îngrijitorii informal, inclusiv actualizări legislative, oportunități de formare și acces preferențial la servicii de respiro subvenționate;

O revizuire a legislației existente, care să clarifice definiția îngrijitorului informal și să introducă drepturi în bani și în natură, este imperativă pentru durabilitatea unui sistem național de ÎLD.

În plus, va fi necesar să se dezvolte servicii de asistență și de formare pentru a le oferi îngrijitorilor informal drepturile deja recunoscute prin lege.

- k) Implementarea managementului de caz pentru persoanele vârstnice cu nevoi de îngrijire și a principiului proximității prin prioritizarea îngrijirii la domiciliu și în comunitate.

- l) Accentuarea imaginii sociale a populației vârstnice și promovarea participării și incluziunii sociale.

- m) Îmbunătățirea accesibilității infrastructurii spațiului public. Niciun oraș sau comunitate nu participă la Rețeaua globală pentru orașe și comunități prietenoase cu vârstnicii și doar un singur oraș - Oradea, este listat ca membru în Rețeaua orașelor sănătoase din Europa. Deși la nivel național se observă unele progrese în ceea ce privește îmbunătățirea accesibilității infrastructurii pentru persoanele cu handicap, există încă mari bariere. Un studiu de evaluare recent, realizat în cadrul proiectului "Consolidarea mecanismului de coordonare pentru punerea în aplicare a Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu handicap", a constatat că este necesară consolidarea măsurilor legislative, de aplicare și de îndrumare pentru a asigura accesibilitatea spațiilor publice și a transportului în mediul urban și rural.

- n) Prevenirea abuzului și excluderii populației vârstnice. Combaterea abuzurilor asupra persoanelor vârstnice prin completarea legislației în vigoare privind protecția socială a persoanelor vârstnice împotriva abuzurilor și întărirea sancțiunilor pentru acestea. Să prevină, să identifice și să intervină în cazurile de abuz asupra persoanelor în vârstă, inclusiv asupra persoanelor cu dizabilități, prin: (i) Elaborarea și reglementarea unei metodologii de identificare și sancționare a abuzurilor asupra persoanelor vârstnice, inclusiv a persoanelor cu dizabilități și (ii) Monitorizarea campaniilor de prevenire, identificare și intervenție în cazurile de abuz asupra persoanelor vârstnice și asigurarea conformității cu reglementările în vigoare. Este necesar să se consolideze sprijinul pentru victimele abuzurilor asupra persoanelor în vârstă și să se formuleze obiective mai ambițioase pentru prevenirea abuzurilor asupra persoanelor în vârstă, inclusiv prin inspecții și mecanisme de monitorizare continuă a serviciilor sociale.

- o) Asigurarea sprijinului pentru furnizorii de servicii sociale prin înființarea unei linii telefonice de urgență 24/24 la nivelul SPAS/DGASPC, care să ofere consiliere și îndrumarea persoanelor vârstnice către servicii specializate.

3.6. Probleme identificate în domeniul îngrijirii de lungă durată

- a) Cadrul legislativ actual care reglementează îngrijirea de lungă durată: nu există o continuitate/sinergie în acoperirea tuturor dimensiunilor conceptului de îngrijire de lungă durată în legislația care reglementează sistemul de asistență socială și sistemul de sănătate/de asistență medicală.
- b) Lipsa de corelare între serviciile ÎLD - servicii de îngrijire personală, acordate și finanțate de la bugetul de stat și bugetele locale prin sistemul de asistență socială și serviciile de asistență medicală la domiciliu, finanțate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.
- c) Principiul prevenției, care presupune acordarea cu prioritate a îngrijirii în comunitate - la domiciliu și în centrele de zi, pentru prevenirea agravării situației de dependență și, implicit, prevenirea instituționalizării, internarea în cămin reprezentând numai ca o măsură cu titlu de excepție, fiind aplicabile criterii clare de prioritate, se respectă într-o măsură foarte mică.
- d) Principiul subsidiarității în asigurarea cheltuielilor pentru acordarea serviciilor comunitare de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice dependente, similar îngrijirii pe termen lung asigurată în căminele pentru persoane vârstnice, respectiv, presupune alocarea de sume de la bugetul de stat în completarea celor alocate de la bugetul local, nu se implementează.
- e) Există suprapuneri și inechități în ceea ce privește sistemul de servicii sociale, inclusiv serviciile de îngrijire pe termen lung. De asemenea, o consecință a acestei situații este migrarea masivă a persoanelor în vârstă dependente către sistemul de protecție a persoanelor cu dizabilități.
- f) Metodologia de evaluare a situației de dependență și a nevoilor de îngrijire personală utilizate în prezent este foarte dificil de implementat în practică, din cauza lipsei de personal specializat - asistenți sociali și medici și, pe de altă parte, din cauza lipsei de fonduri pentru susținerea acestei activități.
- g) Există o abordare diferită între persoanele vârstnice dependente și persoanele cu dizabilități și dezechilibre în sistemul de servicii sociale în ceea ce privește implementarea principiilor calității;
- h) Există o abordare diferită în ceea ce privește modul de finanțare a cheltuielilor de funcționare a serviciilor sociale și a serviciilor medico-sociale.
- i) Reglementările actuale privind tipurile de servicii sociale definite în Nomenclatorul serviciilor sociale, pe categorii de beneficiari, determină, în practică, situații paradoxale. De exemplu, un centru de zi de asistență și recuperare pentru persoanele în vârstă nu poate oferi servicii pentru persoanele cu dizabilități, deoarece există standarde diferite de calitate și cost.
- j) Forța de muncă în domeniul ÎLD - lipsa acută de personal și de competențe;
- k) Necesitatea integrării serviciilor medicale pentru asigurarea accesului egal și echitabil și pentru a asigura continuitatea de îngrijiri.

Experiența de implementare a Planului de acțiune 2015-2020 a scos la iveală și deficiențe în cadrul sistemelor de sănătate și de asistență socială din România, fiecare dintre acestea reprezentând o barieră în calea progresului și conducând direct la lacune în implementarea strategiei. Cele mai relevante, sunt următoarele:

- a) Dificultățile persistente în actualizarea legislației-cadru privind îngrijirea pe termen lung și asistența socială. Fără revizuirea legislației, progresele vor fi încetinite în mod semnificativ, cu costuri în ceea ce privește nevoile de îngrijire nesatisfăcute și oportunitățile ratate de prevenire a nevoilor de îngrijire.
- b) Fragmentarea pronunțată și colaborarea dificilă între sectorul sănătății și cel al asistenței sociale, cât și între nivelurile local, județean și național. În timp ce consolidarea funcțiilor

rămâne un obiectiv extrem de ambițios pe termen scurt și mediu, se pot realiza progrese prin alinierea proceselor și încheierea de protocoale de colaborare.

- c) Lipsa unei finanțări stabile și suficiente reprezintă cel mai important obstacol în calea dezvoltării capacității de servicii. Resursele financiare limitate la nivel local și lipsa unor surse stabile de finanțare blochează inițiativele locale de dezvoltare a furnizării de servicii. Cele mai multe dintre poveștile de succes din perioada de punere în aplicare a strategiei se referă la proiecte susținute de sume mari de finanțare din partea UE. În timp ce finanțarea bazată pe programe poate sprijini proiectele demonstrative și pilotarea modelelor și abordărilor inovatoare de îngrijire, vor fi necesare mecanisme de finanțare pe termen mai lung și mai stabile pentru a extinde și a asigura durabilitatea inițiativelor și programelor de succes. O strategie de finanțare pentru un sistem național performant de îngrijire pe termen lung ar trebui să abordeze nu numai necesitatea de a atrage o cantitate suficientă de resurse în sector, ci și predictibilitatea finanțării.
- d) Pentru a accelera progresul, ar trebui consolidată răspunderea juridică pentru nerespectarea obligațiilor prevăzute de lege la nivel local, județean și național.
- e) Concentrarea pe politici reactive de dezvoltare a îngrijirii pe termen lung, în detrimentul măsurilor de prevenire și de întârziere a apariției dependenței și a nevoilor de îngrijire, reprezintă o alocare ineficientă a resurselor disponibile. Măsurile și inițiativele preventive, complementare celor organizate în cadrul programelor de sănătate, sunt esențiale pentru ca creșterea nevoilor de îngrijire să nu devină imposibil de gestionat pentru sistem. Acestea includ investiții în medii favorabile vârstei și de sprijin, precum și programe de promovare a sănătății, de intervenție timpurie și de îngrijire reparatorie.
- f) Asigurarea sustenabilității forței de muncă în domeniul îngrijirii, atât formale, cât și informale, este o provocare comună cu alte țări europene, dar deosebit de pronunțată pentru România. Este necesară o strategie extrem de ambițioasă pentru a dezvolta, a păstra și a proteja forța de muncă formală de îngrijire pe termen lung și pentru a sprijini îngrijitorii informal. Aceasta ar trebui să fie susținută prin alocarea de fonduri cu destinație specială pentru formare, perfecționare și îmbunătățirea condițiilor de muncă și a perspectivelor de carieră.

4. Obiective generale și specifice

Obiectivul general al strategiei urmărește creșterea numărului persoanelor vârstnice care reușesc să trăiască o viață independentă cât mai mult timp posibil pe măsură ce îmbătrânesc și îmbunătățirea accesului la servicii adecvate de îngrijire de lungă durată pentru persoanele vârstnice dependente, asigurând egalitate în accesarea acestora și reziliența și sustenabilitatea sistemului de îngrijiri de lungă durată.

Obiectivul specific 1: Consolidarea responsabilității și managementului serviciilor ÎLD pentru persoanele în vârstă

Obiectivul specific 2: Asigurarea unui continuum al serviciilor ÎLD pentru persoanele în vârstă din România și respectarea drepturilor fundamentale

Obiectivul specific 3: Asigurarea finanțării durabile și a sustenabilității sistemului ÎLD pentru persoanele în vârstă

Obiectivul specific 4: Îmbunătățirea calității serviciilor ÎLD pentru persoanele în vârstă

Obiectivul specific 5: Consolidarea și protejarea forței de muncă formală și informală pentru ÎLD pentru persoanele vârstnice

Obiectivul specific 6: Promovarea participării sociale active și demne a persoanelor vârstnice

5. Programe - direcții de acțiune

Obiectiv specific 1: Consolidarea responsabilității și managementului ÎLD pentru persoanele vârstnice

Direcția de acțiune 1.1. Revizuirea cadrului juridic care stă la baza asigurării îngrijirii de lungă durată

Direcția de acțiune 1.2. Dezvoltarea de instrumente și instituții pentru a promova abordarea sustenabilă a ÎLD pentru persoanele vârstnice

Direcția de acțiune 1.3. Sprijinirea dezvoltării capacităților locale și a capacității administrative a autorităților administrației publice locale în domeniul ÎLD

Direcția de acțiune 1.4 Dezvoltarea de parteneriate strategice pentru schimbări sustenabile în domeniul ÎLD

Obiectiv specific 2: Asigurarea unui continuum al serviciilor ÎLD pentru persoanele în vârstă din România și respectarea drepturilor fundamentale

Direcția de acțiune 2.1. Dezvoltarea de servicii pentru persoanele vârstnice care și-au păstrat autonomia funcțională

Direcția de acțiune 2.2. Dezvoltarea de servicii pentru persoanele cu autonomie funcțională în scădere și nevoi reduse de îngrijire

Direcția de acțiune 2.3. Dezvoltarea de servicii pentru persoanele cu pierderi semnificative ale autonomiei funcționale

Direcția de acțiune 2.4. Acțiuni transversale pentru creșterea ofertei de servicii și reducerea riscului de instituționalizare a persoanelor vârstnice

Obiectivul specific 3: Asigurarea finanțării durabile și a sustenabilității sistemului ÎLD pentru persoanele în vârstă

Direcția de acțiune 3.1. Creșterea finanțării la nivel național pentru centrele de zi și serviciile de îngrijire la domiciliu

Direcția de acțiune 3.2. Asigurarea complementarității măsurilor de asistență socială și implementarea principiului liberei alegeri

Direcția de acțiune 3.3. Asigurarea sprijinului financiar pentru dezvoltarea sectorului îngrijirii informale

Direcția de acțiune 3.4. Asigurarea complementarității între sistemul de asistență socială și sistemul de asistență medicală în îngrijirea de lungă durată

Obiectivul specific 4: Îmbunătățirea calității serviciilor ÎLD pentru persoanele în vârstă

Direcția de acțiune 4.1. Sprijin acordat furnizorilor de servicii sociale pentru implementarea principiului „centrarea pe persoană”

Direcția de acțiune 4.2. Elaboarea/revizuirea standardelor de calitate și de cost privind serviciile ÎLD pentru persoanele vârstnice

Direcția de acțiune 4.3. Introducerea de stimulente pentru furnizorii de ÎLD pentru îmbunătățirea calității serviciilor

Direcția de acțiune 4.4: Încurajarea inovației

Obiectivul specific 5: Consolidarea și protejarea forței de muncă formală și informală pentru ÎLD a persoanelor vârstnice

Direcția de acțiune 5.1. Creșterea atractivității locurilor de muncă în domeniul îngrijirii

Direcția de acțiune 5.2. Dezvoltarea resurselor umane în sectorul ÎLD pentru perioada 2023-2030

Direcția de acțiune 5.3. Dezvoltarea sectorului de îngrijire informală a persoanelor vârstnice

Direcția de acțiune 5.4. Creșterea gradului de conștientizare a populației generale și consolidarea capacității autorităților locale pentru organizarea ÎLD pentru persoanele vârstnice din comunitate

Obiectivul specific 6: Promovarea participării sociale active și demne a persoanelor vârstnice

Direcția de acțiune 6.1. Organizarea de acțiuni pentru a crește gradul de conștientizare cu privire la îmbătrânirea activă

Direcția de acțiune 6.2 Îmbunătățirea accesibilității infrastructurii sociale și a spațiului public

REZULTATELE AȘTEPTATE

Rezultatele Strategiei naționale privind îngrijirea de lungă durată și îmbătrânirea activă pentru perioada 2023-2030 sunt formulate în sensul atingerii unui set minimal de ținte și implementării unor reforme care sunt corelate cu prioritățile stabilite în cadrul noii perioade de programare 2021-2027 și investițiile asumate prin PNRR.

Reformele propuse prin Strategia națională privind îngrijirea de lungă durată și îmbătrânirea activă pentru perioada 2023-2030 urmăresc dezvoltarea unui cadru pentru asigurarea serviciilor de îngrijire pe termen lung pentru persoanele vârstnice, prin clarificarea și îmbunătățirea cadrului normativ și dezvoltarea unor instrumente metodologice și financiare care să faciliteze implementarea acestuia.

Revizuirea cadrului normativ privind asistența socială a persoanelor vârstnice vizează îndeosebi asigurarea **eficienței în finanțare a serviciilor de îngrijire pe termen lung**, îmbunătățirea sistemului actual de asistență socială a persoanelor vârstnice, în special a sistemului de servicii de îngrijire pe termen lung, dezvoltarea unui program de îngrijire pe termen lung și implementarea politicilor publice pentru promovarea îmbătrânirii active și protecția persoanelor vârstnice. Noul cadru normativ va avea în vedere stabilirea unei surse stabile de finanțare a măsurilor de intervenție, un mecanism de implementare cu responsabilități clare stabilite pentru autoritățile publice centrale și locale și un mecanism de rambursare condiționat de realizarea indicatorilor cheie de performanță asociați obiectivelor politicii.

Sunt vizate, de asemenea, revizuirea sau elaborarea, după caz, a standardelor de calitate și de cost pentru serviciile destinate persoanelor vârstnice, elaborarea indicatorilor de performanță pentru serviciile sociale, precum și revizuirea grilei naționale de evaluare a nevoilor pentru persoanele vârstnice.

În cadrul reformei îngrijirii de lungă durată și al sistemului național de asistență socială, MMSS are în vedere reglementarea mecanismului de implementare a principiilor prevenției, subsidiarității și al dreptului beneficiarului la libera alegere a furnizorului cu care încheie contractul de servicii sociale acordate ca măsură de asistență socială.

Respectarea principiului prevenției presupune acordarea cu prioritate a îngrijirii în comunitate - la domiciliu și în centrele de zi, pentru prevenirea agravării situației de dependență și, implicit, prevenirea instituționalizării, internarea în cămin reprezentând numai ca o măsură cu titlu de excepție, fiind aplicabile criteriile clare de prioritate. Din aceste considerente, propunerea de investiții are în vedere înființarea de centre de zi și unități de îngrijire la domiciliu.

Respectarea principiului subsidiarității în asigurarea cheltuielilor pentru acordarea serviciilor comunitare de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice dependente, similar îngrijirii pe termen lung asigurată în căminele pentru persoane vârstnice, respectiv, presupune alocarea de sume de la bugetul de stat în completarea celor alocate de la bugetul local.

Pe scurt, rezultatele strategiei vor urmări:

- a) Abordarea problemei îngrijirii de lungă durată pe tot parcursul vieții, astfel încât să se poată asigura serviciile de îngrijire de lungă durată pentru toți cei care au nevoie;
- b) Dezvoltarea unui continuum de servicii ÎLD pentru persoanele vârstnice;
- c) Susținerea cu prioritate a îngrijirii la domiciliu și comunitate, inclusiv sprijinul pentru îngrijitorii informal, astfel încât persoana vârstnică să poată să își facă un plan pentru perioada de bătrânețe;
- d) Garantarea, de către autoritățile administrației publice, a asigurării serviciilor de îngrijire de lungă durată pentru persoanele vârstnice, ca măsură de asistență socială;
- e) Organizarea fluxurilor de finanțare publică în conformitate cu principiul „finanțarea urmează beneficiarul”, respectând dreptul beneficiarilor la alegere și, implicit, la accesarea serviciilor ÎLD prestate de furnizori privați de servicii sociale și finanțate din fondurile publice destinate asistenței sociale;
- f) Asigurarea complementarității între sistemul de asistență socială și sistemul de asistență medicală în îngrijirea de lungă durată.

INDICATORI

În monitorizarea și evaluarea implementării Strategiei și a atingerii rezultatelor așteptate la nivel național, precum și a măsurării impactului Strategiei - efecte derivate direct din acțiunile și măsurile planificate, vor fi avuți în vedere ca indicatori cantitativi de referință, în principal, indicatorii naționali de incluziune socială aprobați prin hotărâre a Guvernului, precum și indicatorii de performanță aferenți măsurilor asumate pentru atingerea obiectivelor Strategiei elaborați pe baza datelor statistice existente și a datelor din surse administrative de la nivelul instituțiilor publice responsabile/implicate în implementarea măsurilor din Planul de acțiune pentru perioada 2023-2030, prevăzut în Anexa la prezenta Strategie.

PROCEDURILE DE MONITORIZARE ȘI EVALUARE

Monitorizarea implementării Strategiei, precum și evaluarea acesteia, vor fi coordonate la nivelul MMSS.

Autoritățile și instituțiile publice responsabile de implementarea acțiunilor stabilite vor raporta progresele înregistrate în implementarea acțiunilor și atingerea rezultatelor, prin raportarea la evoluția indicatorilor de îndeplinire a rezultatelor așteptate ale Strategiei.

Instituțiile și autoritățile publice menționate ca surse pentru calcularea indicatorilor pentru rezultatele așteptate ale strategiei sunt responsabile pentru calcularea acestora și comunicarea lor către MMSS și/sau includerea lor în rapoartele publicate.

La finalul perioadei de implementare a Strategiei, va fi realizată evaluarea ex-post privind stadiul de îndeplinire a obiectivelor Strategiei, precum și emiterea/furnizarea unor recomandări privind realizarea acțiunilor ulterioare.

În funcție de conținutul recomandărilor cuprinse în evaluările periodice ale progreselor realizate, în funcție de modificările intervenite la nivelul mecanismelor europene sau al priorităților naționale, Strategia și Planul pot fi adaptate sau revizuite și ulterior prezentate Guvernului în vederea aprobării.

Monitorizarea strategiei se realizează prin Mecanismul național pentru promovarea incluziunii sociale în România prevăzut la art.117 alin.(3) din Legea asistenței sociale nr.292/2011, cu modificările și completările ulterioare și constituit prin Hotărârea Guvernului nr.1217/2006, cu modificările și completările ulterioare.

Instituțiile responsabile de implementarea măsurilor prevăzute în Planul de acțiune pentru perioada 2023-2030 raportează anual Ministerului Muncii și Solidarității Sociale stadiul implementării acestora, pe baza indicatorilor prevăzuți în Plan, precum și pe baza indicatorilor naționali de incluziune socială, aprobați prin Hotărârea Guvernului nr. 731/2021 pentru aprobarea indicatorilor de incluziune socială.

Planul de acțiune poate fi revizuit în funcție de rezultatele monitorizării și de prioritățile naționale din domeniul incluziunii sociale identificate de Comisia națională de incluziune socială din cadrul Mecanismului național pentru promovarea incluziunii sociale în România.

INSTITUȚIILE RESPONSABILE

Instituțiile responsabile sunt menționate în planul de acțiune pentru perioada 2023-2030, conform responsabilităților stabilite prin lege.

IMPLICAȚIILE BUGETARE ȘI SURSELE DE FINANȚARE

Strategia prevede atât măsuri care nu presupun resurse financiare, cum ar fi reglementarea unor acte normative, elaborarea unor metodologii și instrumente de lucru pentru asigurarea coordonării metodologice a serviciilor publice de asistență socială, implementarea legislației existente dar și măsuri care presupun resurse financiare din diverse surse.

Principala sursă financiară pentru investițiile în centrele de zi și unitățile de îngrijire la domiciliu o reprezintă fondurile din PNRR. Aceste măsuri sunt complementare măsurilor care vor fi finanțate din fonduri europene nerambursabile în limita sumelor alocate și cu respectarea prevederilor și regulilor de eligibilitate stabilite la nivelul fiecărui program operațional.

Finanțarea măsurilor prevăzute în Strategie și în Planul de acțiuni pentru perioada 2023-2030 se realizează în limita bugetelor anuale aprobate.

Pe termen lung, faptul că strategia pune accent pe implementarea măsurilor de prevenție, va conduce la eficientizarea cheltuielilor pentru măsurile de asistență socială.

IMPLICAȚIILE ASUPRA CADRULUI JURIDIC

Pentru îndeplinirea obiectivelor enunțate în Strategie este necesară elaborarea de noi reglementări în domeniu, precum și modificarea celor existente, vizând inclusiv documente programatice în domeniu, prin raportare la necesitatea și oportunitatea de adaptare și modernizare a cadrului legal incident și în conformitate cu programele legislative anuale.

Strategia este parte din Mecanismul național pentru promovarea incluziunii sociale în România.

PLANUL DE ACȚIUNE PENTRU PERIOADA 2023-2030

Obiectivul general al strategiei este creșterea numărului persoanelor vârstnice care reușesc să trăiască o viață independentă cât mai mult timp posibil pe măsură ce îmbătrânesc și îmbunătățirea accesului la servicii adecvate de îngrijire de lungă durată pentru persoanele vârstnice dependente.

Nr. crt.	Direcție de acțiune/măsuri	Rezultate	Indicatori de monitorizare	Perioada de implementare	Instituții responsabile	Resurse financiare, după caz
Obiectiv specific 1: Consolidarea responsabilității și managementului ÎLD pentru persoanele vârstnice						
Direcție de acțiune 1.1: Revizuirea cadrului juridic care stă la baza asigurării ÎLD						
1.1.1.	Dezvoltarea unui cadru strategic și legislativ unic pentru ÎLD;	Cadrul juridic permite accesul tuturor persoanelor vârstnice cu nevoi de ÎLD	Intrarea în vigoare a actului normativ/actelor normative	2023	MMSS MS	Nu este cazul
1.1.2.	Revizuirea definiției ÎLD pentru a include toate dimensiunile conceptului, inclusiv componenta de sănătate;	O definiție unificată a ÎLD care include toate dimensiunile conceptului, inclusiv componenta de sănătate	Intrarea în vigoare a actului normativ/actelor normative prin care se reglementează definiția	2023	MMSS MS MFTEȘ	Nu este cazul
1.1.3.	Revizuirea procedurii de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice în vederea încadrării în grade de dependență, pentru accesul la servicii sociale și medicale, pe baza clasificării internaționale a funcționalităților;	Procedură unică de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice bazată pe clasificarea internațională a funcționalităților aprobată și pusă în implementare la nivel național, în vederea accesării serviciilor de îngrijire de lungă durată în domeniul social și medical	Intrarea în vigoare a actului normativ/actelor normative prin care se reglementează grila de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice	2023	MMSS MS	PNRR

Nr. crt.	Direcție de acțiune/măsură	Rezultate	Indicatori de monitorizare	Perioada de implementare	Instituții responsabile	Resurse financiare, după caz
1.1.4.	Reglementarea definiției serviciilor de prevenire a situației de dependență și, implicit, a nevoii de îngrijire de lungă durată, și a accesului la serviciile preventive pentru toate persoanele vârstnice, indiferent de venituri și de dreptul la asistență socială;	Acte normative modificate și/sau completate	Intrarea în vigoare a actelor normative	2023	MMSS MS	Nu este cazul
1.1.5	Elaborarea cadrului legislativ care să asigure colectarea sistematică și comprehensivă de date și monitorizarea nevoilor de ÎLD;	Acte normative modificate și/sau completate	Intrarea în vigoare a actelor normative	2025-2030	MMSS MS	Nu este cazul
1.1.6	Revizuirea legislației naționale și a procedurilor relevante pentru a asigura transparența procesului decizional și reprezentarea beneficiarilor, a familiilor și a societății civile în procesul de elaborare a politicilor ÎLD, acordând o atenție deosebită nivelului local și județean;	Acte normative revizuite pentru a mandata reprezentarea beneficiarilor de servicii ÎLD în procesele decizionale relevante.	Intrarea în vigoare a actelor normative	2023 - 2030	MMSS MS	Nu este cazul
Direcție de acțiune 1.2.: Dezvoltarea de instrumente și instituții pentru a promova abordarea integrată și sustenabilă a ÎLD pentru persoanele vârstnice						
1.2.1.	Coordonarea între furnizarea serviciilor sociale de ÎLD și furnizarea de servicii de medicale de lungă durată;	Protocole-cadru de comunicare și colaborare între serviciile publice de asistență socială și direcțiile județene de sănătate publică, între furnizorii de servicii sociale și furnizorii de servicii medicale;	Intrarea în vigoare a actului normativ prin care se reglementează protocoalele-cadru; Numărul protocoalelor încheiate la nivelul fiecărui UAT;	2023 - 2030	MMSS MS AAPL	Nu este cazul
1.2.2.	Înființarea unei structuri interministeriale de control strategic pentru dezvoltarea sistemului de îngrijire de lungă durată, cu responsabilități de supraveghere și planificare strategică, și a unor echipe operaționale în ministerul muncii și solidarității sociale și ministerul sănătății, cu responsabilități de coordonare a implementării și monitorizării programelor intersectoriale;	Îmbunătățirea coordonării și a comunicării între autoritățile naționale din domeniul sănătății și al asistenței sociale; Protocoale pentru managementul îngrijirilor la domiciliu semnate între serviciul public de	Modificări în organigrama ministerelor, aferente stabilirii echipelor operaționale ÎLD Inițiere corp/programe de control interministerial	2023 - 2026	MMSS MS	BA

Nr. crt.	Direcție de acțiune/măsuri	Rezultate	Indicatori de monitorizare	Perioada de implementare	Instituții responsabile	Resurse financiare, după caz
		asistență socială și direcțiile județene de sănătate publică;				
1.2.3.	Coordonarea evaluării nevoilor ÎLD și a furnizării de servicii pentru persoanele vârstnice, cu evaluarea nevoilor de ÎLD și furnizarea de servicii pentru persoanele cu dizabilități, prin: - Audit cuprinzător al drepturilor și accesibilității serviciilor de ÎLD pentru persoanele cu dizabilități și a celor pentru persoanele vârstnice, cu scopul de a identifica orice disparități/inechități în acces pentru grupurile cu nevoi similare de îngrijire și potențiale soluții durabile pentru abordarea acestora; - Revizuirea legislației și a procedurilor pentru a asigura standarde egale de reprezentare în luarea deciziilor, alegerea și controlul accesului la servicii pentru persoanele cu dizabilități și nevoi de îngrijire pe termen lung, indiferent de vârstă; - Revizuirea legislației privind personalul în domeniul ÎLD pentru a identifica lacunele și disparitățile și pentru a defini un set de intervenții armonizate pentru a îmbunătăți performanța și convergența;	Acte normative prin care se reglementează instrumentele de evaluare și standardele de calitate;	Intrarea în vigoare a actelor normative; Implementarea programelor;	2023-2030	MMSS ANPDPD ANPIS	Nu este cazul
1.2.4.	Îmbunătățirea colaborării între Consiliul Național al Organizațiilor de Pensionari și al Persoanelor Vârstnice și MMSS și îmbunătățirea activității comitetelor consultative de dialog civic pentru problemele persoanelor vârstnice care funcționează în baza prevederilor HG nr.499/2004;	Acte normative revizuite; Activități de colaborare derulate;	Intrarea în vigoare a actelor normative; Numărul activităților derulate, al informărilor comunicate;	2023-2025	MMSS MAI CNOPPV	Nu este cazul
1.2.5.	Dezvoltarea unui program național integrat pentru îngrijirea de lungă durată a persoanelor vârstnice cu demențe;	Program național pentru îmbunătățirea capacității de prevenție, diagnostic, tratament, îngrijire și	Intrarea în vigoare a actului normativ pentru aprobarea strategiei/programului;	2024-2030	MMSS MS	Nu este cazul

Nr. crt.	Direcție de acțiune/măsuri	Rezultate	Indicatori de monitorizare	Perioada de implementare	Instituții responsabile	Resurse financiare, după caz
		suport a persoanele cu demențe și alte boli neurodegenerative;	Implementarea programului;			
1.2.6.	Elaborarea unei proceduri pentru serviciile de intervenție de urgență/răspuns rapid;	Acte normative prin care se reglementează instrumentele de evaluare și standardele de calitate;	Intrarea în vigoare a actelor normative; Implementarea procedurilor;	2024 Permanent	MMSS MS MAI AAPL	Nu este cazul
Direcție de acțiune 1.3: Sprijinirea dezvoltării capacităților locale și a capacității administrative a autorităților administrației publice locale în domeniul ÎLD						
1.3.1.	Organizarea de dezbateri naționale pe tema îngrijirii de lungă durată organizate în toate structurile care au responsabilități în domeniul protecției drepturilor persoanelor vârstnice, inclusiv la nivel local și între părțile interesate de la nivel local și național: a) Prin consiliile județene ale pensionarilor și persoanelor vârstnice și consiliul național al pensionarilor și persoanelor vârstnice; b) Prin furnizorii de servicii sociale și organizațiile care promovează drepturile omului; c) Prin comisiile județene de incluziune socială; d) Prin UAT;	Creșterea participării UAT și societății civile la formularea și implementarea politicilor vizând ÎLD și ÎA;	Numărul consultărilor și dezbaterilor realizate la nivel național și local; Numărul de entități care oferă contribuții la documentele aflate în consultare/dezbateri pe tema ÎLD;	Anual/ permanent;	MMSS MS CNOPV CJPPV IP AAPL FSS	Nu este cazul BA
1.3.2.	Organizarea de consultări la nivel național cu reprezentanții autorităților județene și locale pentru a defini în comun și a obține sprijin pentru strategiile de susținere a inițiativelor și inovației în ÎLD la nivel local și județean;	Îmbunătățirea comunicării cu autoritățile locale și regionale și creșterea capacității instituționale în ÎLD la nivel local;	Număr consultări; Număr participanți;	2023- 2030	MMSS AAPL	Nu este cazul
1.3.3.	Revizuirea cadrului legislativ pentru a întări prevederile referitoare la răspunderea juridică pentru nerespectarea obligațiilor stabilite de lege în ceea ce privește dezvoltarea serviciilor de ÎLD la nivel local, județean și național;	Responsabilizare sporită a autorităților publice în ceea ce privește dezvoltarea serviciilor de ÎLD;	Intrarea în vigoare a actului normativ/actelor normative;	2023- 2026	MMSS	Nu este cazul

Nr. crt.	Direcție de acțiune/măsuri	Rezultate	Indicatori de monitorizare	Perioada de implementare	Instituții responsabile	Resurse financiare, după caz
1.3.4.	Includerea în strategiile locale și județene de dezvoltare a serviciilor sociale, în planurile anuale de acțiuni privind serviciile sociale a unor obiective/măsuri/ programe dedicate îngrijirii de lungă durată pentru persoanele vârstnice; Includerea în programele de acțiune comunitară destinate prevenirii și combaterii riscului de sărăcie și excludere socială, aprobate prin hotărâri ale consiliilor județene/locale și a măsurilor în domeniul îngrijirii de lungă durată și al îmbătrânirii active;	Strategiile de dezvoltare a serviciilor sociale, programele de acțiuni comunitare pentru combaterea sărăciei și excluderii sociale și planuri de acțiune privind serviciile sociale conțin măsuri dedicate ÎLD și îmbătrânirii active;	Număr de AAPL-uri care au adoptat prin HCL/HCJ măsuri în domeniul ÎLD și IA;	2023-2030	AAPL	BA
1.3.5.	Realizarea periodică de acțiuni de sensibilizare a comunității privind riscurile sociale de la nivelul județului în domeniul îngrijirii de lungă durată pentru persoanele vârstnice;	Publicul, instituțiile publice, autoritățile administrației publice locale, furnizorii de servicii sociale etc primesc informații referitoare la nevoia de îngrijire de lungă durată, acțiuni de prevenire a riscurilor de instalare a situației de dependență etc;	Număr de AAPL-uri care au raportat acțiuni de sensibilizare a comunității cu privire la riscurile sociale din domeniul ÎLD a persoanelor vârstnice;	Anual	AAPL, MMSS	BA
1.3.6.	Acțiuni de informare și consiliere a UAT cu privire la mecanismele posibile de finanțare a serviciilor de ÎLD;	UAT-uri informate cu privire la mecanismele posibile de finanțare a serviciilor de ÎLD	Număr de AAPL-uri care au răspuns la acțiunile de informare și consiliere;	Anual/2030	MMSS	BA
1.3.7.	Înființarea unei linii telefonice de urgență 24/24 la nivelul SPAS/DGASPC, care să ofere consiliere și îndrumarea persoanelor vârstnice către servicii specializate;	Serviciu telefonic de consiliere și urgență operațional;	Număr apeluri înregistrate;	2023 -2030	MMSS, AAPL, ANPIS	BA
1.3.8.	Implementarea de către SPAS a instrumentelor de evaluare a nevoilor de servicii de ÎLD și realizare a diagnozei sociale, monitorizarea și evaluarea procesului de implementare;	Utilizarea de către SPAS-uri a unor instrumente standardizate pentru evaluarea nevoilor de servicii de ÎLD și realizarea diagnozei sociale;	Număr de SPAS-uri care utilizează instrumentele standardizate pentru evaluarea nevoilor de servicii de ÎLD și realizarea diagnozei sociale;	2023-2030	MMSS, AAPL	BA

Nr. crt.	Direcție de acțiune/măsuri	Rezultate	Indicatori de monitorizare	Perioada de implementare	Instituții responsabile	Resurse financiare, după caz
1.3.9.	<p>Susținerea serviciilor publice de asistență socială de la nivelul municipiilor, orașelor, comunelor, precum și a spitalelor/unităților sanitare cu paturi/direcțiilor de sănătate publică în elaborarea procedurilor necesare și implementarea <i>protocoalelor pentru managementul îngrijirilor la domiciliu</i> ca punct unic de acces privind îngrijirea pe termen lung în scopul:</p> <p>a) facilitării colaborării dintre spital/medicul specialist, medicul de familie, asistentului medical comunitar și furnizorii de servicii de îngrijire la domiciliu în vederea întocmirii planului de externare cu recomandarea de continuare a serviciilor de recuperare și de îngrijire medicală și personală în comunitate;</p> <p>b) monitorizării cazurilor persoanelor vârstnice pentru care medicul specialist a recomandat externarea cu recomandare de servicii de îngrijire în afara spitalului: la domiciliu, în centre de zi, în centre rezidențiale;</p> <p>c) primirii de cereri pentru servicii de îngrijire la domiciliu;</p> <p>d) colaborării cu furnizorii de servicii sociale și, după caz, cu furnizorii de servicii de îngrijire medicală;</p> <p>e) asigurării accesului beneficiarilor/furnizorilor la informații de interes public, formulare/cereri-tip etc;</p>	<p>Protocoale pentru managementul îngrijirilor la domiciliu semnate la nivelul SPAS-urilor și unităților sanitare/direcțiile județene de sănătate publică și a municipiului București;</p>	<p>Număr de UAT-uri în care se implementează protocoalele pentru managementul îngrijirilor la domiciliu;</p>	2023-2030	<p>MMSS MS AAPL</p>	BA
1.3.10	<p>Crearea la nivelul județului a unor centre de resurse pentru îngrijirea de lungă durată pentru persoane vârstnice, prin colaborarea dintre serviciile publice de asistență socială de la nivelul județean, compartimentul persoane vârstnice, cu direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, cu rolul de a sprijini</p>	<p>Protocoale de colaborare între serviciile publice de asistență socială de la nivel județean și direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București;</p>	<p>Număr de județe în care s-au încheiat astfel de protocoale;</p>	2030	<p>MMSS MS AAPL</p>	BA

Nr. crt.	Direcție de acțiune/măsură	Rezultate	Indicatori de monitorizare	Perioada de implementare	Instituții responsabile	Resurse financiare, după caz
	autoritățile administrației publice locale de la nivelul comunelor, orașelor și municipiilor de pe raza teritorială a județului, în planificarea, dezvoltarea și organizarea serviciilor de îngrijire de lungă durată, pentru persoane vârstnice.					
1.3.11	Includerea în programele naționale de instruire anuală a primarilor/consilierilor locali a temei îngrijirii de lungă durată pentru persoanele vârstnice;	Programe de instruire derulate pentru instruirea primarilor/consilierilor locali pe tema îngrijirii de lungă durată pentru persoanele vârstnice;	Număr de participanți primari/consilieri locali la programe de instruire care includ tema îngrijirii de lungă durată pentru persoanele vârstnice;	2023-2025	MMSS ANOFM MIPE CNOPPV	BA
Direcția de acțiune 1.4 Dezvoltarea de parteneriate strategice pentru schimbări sustenabile în domeniul ÎLD						
	Consolidarea colaborărilor intersectoriale pentru a aborda provocările societale, inclusiv programe și acțiuni comune cu:	Programe și acțiuni comune inițiate și implementate;	Număr de programe și acțiuni comune; Numărul beneficiarilor finali;			
1.4.1.	<p>a) Ministerul Familiei, Tineretului și Egalității de Șanse, Agenția Națională pentru Egalitatea de Șanse între Femei și Bărbați - cu accent pe forța de muncă în ÎLD și îngrijirea informală;</p> <p>b) Ministerul Educației - cu accent pe îmbunătățirea forței de muncă în ÎLD și îmbunătățirea înțelegerii publicului despre îmbătrânirea sănătoasă, grija față de persoanele vârstnice și despre îngrijire;</p> <p>c) Ministerul Cercetării, Inovării și Digitalizării - concentrat pe soluții TIC, dar și pe consolidarea capacității de cercetare și dezvoltare a bazei de cunoștințe în ÎLD, îmbătrânirea sănătoasă și o societate prietenoasă cu persoanele vârstnice;</p> <p>d) Ministerul Antreprenoriatului și Turismului - axat pe întreprinderile</p>			2023-permanent	MMSS MFTES ME MCID MAT	BA

Nr. crt.	Direcție de acțiune/măsuri	Rezultate	Indicatori de monitorizare	Perioada de implementare	Instituții responsabile	Resurse financiare, după caz
	sociale pentru îngrijire și mobilizarea resurselor comunitare;					
1.4.2.	Revizuirea componenței și rolului Comisiei Naționale pentru Populație și Dezvoltare în vederea includerii temelor îmbătrânirii active și îngrijirii de lungă durată, prin actualizarea prevederilor Hotărârea Guvernului nr. 997/2009 privind înființarea, organizarea și funcționarea Comisiei Naționale pentru Populație și Dezvoltare;	Componența și rolul Comisiei Naționale pentru Populație și Dezvoltare actualizate în vederea intensificării acțiunilor de promovare a ÎLD și îmbătrânirii active;	Intrarea în vigoare a actului normativ revizuit care reglementează înființarea, organizarea și funcționarea Comisiei Naționale pentru Populație și Dezvoltare ;	2023-2025	SGG MMSS	Nu este cazul
Obiectiv specific 2: Asigurarea unui continuum al serviciilor ÎLD pentru persoanele în vârstă din România și respectarea drepturilor fundamentale						
Direcție de acțiune 2.1: Dezvoltarea de servicii pentru persoanele vârstnice care și-au păstrat autonomia funcțională						
2.1.1.	Facilitarea accesului populației vârstnice la programele de sănătate publică și îngrijirea sănătății, prin: <ul style="list-style-type: none"> a) cartografierea serviciilor medicale, sociale, integrate, destinate persoanelor vârstnice; b) elaborarea de materiale de comunicare și ghiduri pentru promovarea și menținerea autonomiei în rândul populației vârstnice; c) realizarea de campanii de informare a populației vârstnice privind promovarea unui stil de viață sănătos și prevenirea îmbolnăvirilor în cadrul Programului național de evaluare și promovare a sănătății și educației pentru sănătate, Programului național de sănătate mintală, cu implicarea SPAS; d) evaluarea și identificarea nevoilor pentru servicii de sănătate specifice persoanelor vârstnice/vulnerabile; 	Persoanele vârstnice au acces la informații și programe de prevenție care promovează un stil de viață sănătos;	Număr de servicii adresate persoanelor vârstnice care furnizează și programe de promovare a unui stil de viață sănătos; Număr de campanii de informare; Număr de persoane vârstnice informate;	Annual 2023-2030	MMSS MS CNOPPV AAPL FSS	BA

Nr. crt.	Direcție de acțiune/măsuri	Rezultate	Indicatori de monitorizare	Perioada de implementare	Instituții responsabile	Resurse financiare, după caz
2.1.2.	Promovarea programelor de susținere a reducerii singurătății și a participării sociale, inclusiv activități la nivelul UAT în domeniul dezvoltării personale și comunitare, petrecere a timpului liber, informare, consiliere, organizare activități de voluntariat, organizarea de rețele de sprijin reciproc pentru a depăși probleme de viață etc, prin servicii de asistență comunitară, centre comunitare de învățare permanentă etc;	Persoanele vârstnice au acces egal la informații și programe de prevenție care sprijină reducerea singurătății și creșterea participării sociale a persoanelor vârstnice;	Număr de servicii care implementează programe vizând creșterea participării sociale a persoanelor vârstnice; Număr de UAT în care funcționează servicii cu programe vizând creșterea participării sociale a persoanelor vârstnice; Număr de persoane vârstnice beneficiare	Anual 2023-2030	MMSS CNOOPV AAPL FSS	BA
2.1.3.	Promovarea programelor de prevenire a instituționalizării: a) Personalizarea beneficiilor de asistență socială pentru combaterea sărăciei, pentru persoanele vârstnice; b) Posibilitatea achiziționării/închirierii unor dispozitive electronice pentru a putea apela serviciul social, premergătoare, scaune cu roțile etc; c) finanțarea unor mici investiții în adaptarea locuinței - instalare detectoare de fum, rampe portabile și bare de sprijin, eliminarea pragurilor la uși, etc.; d) crearea de locuințe sociale adaptate nevoilor persoanelor vârstnice;	Persoanele vârstnice au acces la programe de prevenire a instituționalizării;	Aprobarea modificărilor legislative care să permită personalizarea beneficiilor de asistență socială pentru combaterea sărăciei pentru persoanele vârstnice; Număr de UAT care accesează/ implementează programe de prevenire a instituționalizării;	2023-2030	MMSS AAPL	BA
2.1.4.	Promovarea de inițiative inovative pentru creșterea participării sociale a persoanelor vârstnice; dezvoltarea de rețele de voluntariat cu activități în comunitate - îngrijire informală, organizare de evenimente socio-culturale pentru persoane vârstnice etc;	Persoanele vârstnice au acces la programe de promovare a inițiativelor inovatoare pentru creșterea participării sociale;	Număr de UAT care accesează/ implementează inițiative inovatoare;	2023-2030	MMSS AAPL	BA
2.1.5	Elaborarea unui program național privind prevenirea căderilor și promovarea activității fizice în rândul persoanelor vârstnice;	Reducerea riscului căderilor grave în rândul persoanelor vârstnice și	Număr specialiștilor formați; Număr campaniilor de informare și a materialelor	2023 -2030	MMSS MS	BA

Nr. crt.	Direcție de acțiune/măsură	Rezultate	Indicatori de monitorizare	Perioada de implementare	Instituții responsabile	Resurse financiare, după caz
		suport pentru un stil de viață sănătos;	informative elaborate și publicate și/sau distribuite;			
Direcție de acțiune 2.2: Dezvoltarea de servicii pentru persoanele cu autonomie funcțională în scădere și nevoi reduse de îngrijire						
2.2.1.	Dezvoltarea unei rețele de centre comunitare de servicii sociale acoperitoare teritorial și în baza nevoilor de servicii identificate la nivel local: centre de zi, servicii de îngrijire la domiciliu, servicii de asistență comunitară, locuințe protejate;	Centre de servicii sociale înființate; Legături de colaborare între centrele de servicii sociale;	Număr de UAT în care s-au dezvoltat servicii comunitare; Număr de centre de servicii sociale funcționale, care dețin licență de funcționare; Număr de persoane beneficiare;	2030	MMSS AAPL	BA PNRR FEN
2.2.2.	Includerea persoanelor vârstnice în activități la nivelul UAT în domeniul dezvoltării personale și comunitare, petrecere a timpului liber, informare, consiliere, organizare activități de voluntariat, organizarea de rețele de sprijin reciproc pentru a depăși probleme de viață etc, prin servicii de asistență comunitară, centre comunitare de învățare permanentă etc;	Programe inițiate de UAT;	Numărul programelor dedicate persoanelor vârstnice sau în care sunt implicate persoanele vârstnice;	permanent	AAPL	BA FEN
Direcție de acțiune 2.3: Dezvoltarea de servicii pentru persoanele cu pierderi semnificative ale autonomiei funcționale						
2.3.1.	Dezvoltarea, finanțarea și implementarea de servicii ÎLD în comunitate pentru vârstnicii cu grad mare de dependență și cu afecțiuni cronice;	Acces crescut la servicii sociale adaptate pentru persoanele vârstnice cu grad ridicat de dependență;	Numărul serviciilor sociale adresate persoanelor vârstnice cu grad ridicat de dependență;	2023-2030	MMSS FSS	BA FEN
2.3.2.	Programe de instruire adaptate pentru îngrijitorii informali care îngrijesc persoane vârstnice cu grad ridicat de dependență;	Creșterea calității îngrijirii informale pentru persoanele vârstnice cu grad ridicat de dependență;	Număr de îngrijitori informali instruiți;	Anual 2023-2030	MMSS MS AAPL	BA FEN

Nr. crt.	Direcție de acțiune/măsuri	Rezultate	Indicatori de monitorizare	Perioada de implementare	Instituții responsabile	Resurse financiare, după caz
2.3.3.	Programe de formare adaptate pentru persoanele beneficiare, pentru abilitați de autoîngrijire;	Program de formare;	Număr de persoane vârstnice care beneficiază de aceste programe;	Anual 2023-2030	MMSS MS AAPL	BA
Direcție de acțiune 2.4: Acțiuni transversale pentru creșterea ofertei de servicii și reducerea riscului de instituționalizare a persoanelor vârstnice						
2.4.1	Crearea condițiilor pentru dezvoltarea antreprenoriatului individual de către profesioniștii din domeniul medical și al îngrijirii prin promovarea unor instrumente financiare dedicate întreprinderilor sociale/microîntreprinderilor, campanii de informare etc;	Creșterea ofertei de servicii în domeniul ÎLD;	Număr de întreprinderi sociale înființate și acreditate în domeniul ÎLD;	2023-2030	MMSS MIPE MAT	BA
2.4.2	Programe de finanțare a unor măsuri de reabilitare și adaptare a ambientului în locuințele personale/individuale ale persoanelor vârstnice vulnerabile sau în care aceștia trăiesc;	Evitarea instituționalizării persoanelor vârstnice vulnerabile prin asigurarea unor condiții locative mai sigure și adaptate nevoilor persoanelor vârstnice;	Număr de locuințe adaptate/reabilitate; Număr de persoane vârstnice care au beneficiat de măsuri de adaptare a ambientului;	2023-2030	MMSS MIPE AAPL FSS	BA FEN
2.4.3.	Programe de finanțare a unor măsuri de furnizare, menținere și reparații de echipamente asistive în scopul prevenirii instituționalizării în principal, sprijin pentru mobilitate, ochelari și aparate auditive, precum și sprijin pentru ajutoare pentru participare socială;	Menținerea/creșterea autonomiei persoanelor vârstnice vulnerabile prin furnizarea de echipamente asistive în locuințele personale/individuale ale acestora;	Număr de persoane vârstnice care au beneficiat de echipamente asistive pentru menținerea/creșterea autonomiei funcționale;	2023-2030	MMSS MIPE AAPL FSS	BA FEN
2.4.4	Crearea unui stoc de locuințe sociale adaptate nevoilor persoanelor vârstnice, integrat cu alte tipuri de servicii precum îngrijire la domiciliu, teleasistență socială, teleasistență medicală etc, pentru a menține, pe cât posibil, independența acestora;	servicii locale integrate adaptate nevoilor persoanelor vârstnice fără adăpost;	Număr de locuințe sociale adaptate furnizate integrat cu alte servicii de îngrijire Număr de beneficiari	2023-2030	MIPE AAPL FSS	BA FEN
2.4.5.	Dezvoltarea de centre și servicii specializate în sprijinul victimelor abuzurilor asupra persoanelor în vârstă, în cadrul/subordinea SPAS;	Servicii de suport medical, psihologic, relocare a victimelor	Număr de beneficiari	2023-2030	MMSS AAPL MFTEȘ ANES	BA

Nr. crt.	Direcție de acțiune/măsură	Rezultate	Indicatori de monitorizare	Perioada de implementare	Instituții responsabile	Resurse financiare, după caz
		abuzurilor asupra persoanelor vârstnice;				
Obiectiv specific 3: Asigurarea finanțării durabile a serviciilor ÎLD pentru persoanele în vârstă						
Direcție de acțiune 3.1.: Creșterea finanțării la nivel național pentru centrele de zi și serviciile de îngrijire la domiciliu						
3.1.1.	Alocarea de la bugetul de stat a resurselor financiare necesare funcționării serviciilor descentralizate - servicii sociale pentru persoanele vârstnice;	Modificarea și completarea Legii nr.17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice;	Intrarea în vigoare a actelor normative;	2023	MMSS	BA
3.1.2.	Dezvoltarea, pilotarea și evaluarea de programe naționale și locale/județene care să stimuleze alocarea de fonduri locale pentru dezvoltarea serviciilor de ÎLD în comunitate;	Creșterea ponderii sumelor alocate pentru îngrijirile de lungă durată în bugetele locale și județene;	Număr de intervenții pilot; Elaborare studiu de evaluare a intervențiilor pilot;	2023-2030	MMSS MS AAPL	BA
3.1.3.	Îmbunătățirea colaborării între autoritățile locale și furnizorii privați prin creșterea numărului contractelor de colaborare și de cofinanțare în UAT, inclusiv între județ și municipii, orașe, comune din județul respectiv și între UAT și furnizorii privați de servicii în vederea asigurării funcționării serviciilor de ÎLD;	Număr crescut de servicii de ÎLD susținute financiar prin parteneriate public-public sau public-privat;	Număr de AAPL-uri care au încheiat contracte pentru finanțarea serviciilor de ÎLD; Număr de servicii de ÎLD sprijinite;	2023-2030	AAPL	BA
Direcție de acțiune 3.2.: Asigurarea complementarității măsurilor de asistență socială și implementarea principiului liberei alegeri						
3.2.1.	Utilizarea unor formulare unice de evaluare a nevoilor de asistență socială și a dispoziției unice de stabilire a dreptului la asistență socială, indiferent de forma acestuia - beneficiu de asistență socială sau serviciu social;	Acte normative și proceduri operaționale aprobate;	Intrarea în vigoare a actelor normative și implementarea acestora în procesul de acordare a asistenței sociale	2024	MMSS AAPL	Nu este cazul
3.2.2.	Pilotarea și implementarea metodei bugetului personal, reprezentând costul total al asistenței sociale la care persoana vârstnică are dreptul și sursele de finanțare pentru fiecare dintre măsurile de asistență socială incluse în planul de intervenție/planul de servicii;	Acte normative și proceduri operaționale aprobate;	Intrarea în vigoare a actelor normative și implementarea acestora în procesul de acordare a asistenței sociale;	2024	MMSS AAPL	Nu este cazul

Nr. crt.	Direcție de acțiune/măsuri	Rezultate	Indicatori de monitorizare	Perioada de implementare	Instituții responsabile	Resurse financiare, după caz
3.2.3.	Reglementarea posibilității utilizării unor modalități de plăți directe de tip indemnizații sau vouchere pentru serviciile sociale acordate ca măsură de asistență socială, pentru beneficiarii pentru care este adecvat acest mod de plată și care optează în acest sens;	Acte normative și proceduri operaționale aprobate;	Intrarea în vigoare a actelor normative și implementarea acestora în procesul de acordare a asistenței sociale;	2024	MMSS AAPL	Nu este cazul
Direcție de acțiune 3.3.: Asigurarea sprijinului financiar pentru dezvoltarea sectorului îngrijirii informale						
3.3.1.	Extinderea și implementarea măsurilor de sprijin pentru îngrijitorii informali prin: a) stabilirea unui quantum suficient pentru indemnizația de îngrijire; b) dezvoltarea de servicii de consiliere, coordonare/supervizare a îngrijitorilor, servicii de tip respiro pentru îngrijitorii informali; c) programe de instruire de bază și specializată pentru îngrijitorii informali adaptate diverselor niveluri de educație; d) programe de formare continuă pentru personalul SPAS în vederea dezvoltării și implementării măsurilor de sprijinire a îngrijitorilor informali;	Un sector al îngrijirii informale susținut prin măsuri atractive și eficiente de sprijin;	Cadru legislativ aprobat pentru indemnizația de îngrijire pentru îngrijitorul informal; Număr de servicii de consiliere, supervizare, coordonare pentru îngrijitorii informali, operative; Număr de programe de instruire pentru îngrijitorii informali și număr de beneficiari; Număr de programe de formare continuă pentru personalul SPAS; Evaluare pozitivă a serviciilor dezvoltate;	2023-2030	MMSS MIPE AAPL	BA FEN
3.3.2.	Includerea îngrijirii informale în strategia de dezvoltare a serviciilor sociale, în planul anual de acțiuni privind servicii sociale;	Măsuri de sprijinire a sectorului îngrijirii informale sunt prevăzute în majoritatea strategiilor de dezvoltare a serviciilor sociale și în planurile anuale de acțiune elaborate de UAT;	Număr de UAT cu măsuri de sprijinire a îngrijirii informale prevăzute în strategiile de dezvoltare și planurile anuale de acțiuni privind serviciile sociale adoptate prin HCL;	2023-2030	AAPL	BA
3.3.3.	Implementarea de către serviciile publice de asistență socială a programelor de susținere a îngrijirii informale, cum ar fi: programe de	Un sector al îngrijirii informale consolidat la	Un număr crescut de SPAS-uri care au implementat	2023-2030	AAPL	BA

Nr. crt.	Direcție de acțiune/măsuri	Rezultate	Indicatori de monitorizare	Perioada de implementare	Instituții responsabile	Resurse financiare, după caz
	instruire periodică pentru îngrijitorii informal din comunitate, servicii de informare, consiliere, servicii de tip respiro, indemnizații acordate, alte forme de sprijin;	nivel național prin intermediul SPAS;	programe de sprijinire a îngrijitorilor informal; Număr crescut de îngrijitori informal instruiți și susținuți prin măsuri de sprijin financiar/material; Număr crescut de persoane vârstnice beneficiare de îngrijire informală; Număr planului anuale de acțiune privind serviciile sociale, prin care sunt aprobate programele de instruire, serviciile sociale etc;			
Direcția de acțiune 3.4.: Asigurarea complementarității între sistemul de asistență socială și sistemul de asistență medicală în îngrijirea de lungă durată						
3.4.1.	Îmbunătățirea conținutului <i>Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate</i> prin includerea explicită și într-un procent adecvat a cheltuielilor necesare asigurării pachetului de servicii de bază la care au dreptul persoanele asigurate și pachetul de servicii minimal pentru persoanele vârstnice;	Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin hotărâre a Guvernului, include explicit și într-un procent adecvat, cheltuielile necesare asigurării serviciilor pentru persoanele vârstnice. Modificarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr.18/2017 privind asistența medicală comunitară, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr.180/2017, cu modificările și completările ulterioare;	Acele normative intrate în vigoare;	Anual 2023-2030	MMSS MS CNAS	Nu este cazul

Nr. crt.	Direcție de acțiune/măsuri	Rezultate	Indicatori de monitorizare	Perioada de implementare	Instituții responsabile	Resurse financiare, după caz
3.4.2.	Îmbunătățirea legislației în vederea includerii/definirii atât în pachetul minimal de servicii, cât și a pachetului de servicii de bază, a serviciilor de prevenție în vederea susținerii îmbătrânirii active, menținerii stării de sănătate și prevenirii instalării situației de dependență;	Cadru îmbunătățit legislativ prin includerea serviciilor de prevenție în pachetul minimal de servicii pentru persoanele vârstnice și în pachetul de servicii de bază pentru persoanele asigurate;	Acte normative modificate și completate, intrate în vigoare;	2024	MS CNAS MMSS	Nu este cazul
3.4.4.	Condiții de concurență echitabile pentru furnizorii privați și îmbunătățirea transparenței în accesarea programelor;	Criterii de eligibilitate care oferă acces egal și nediscriminatoriu pentru toate categoriile de furnizori privați la accesarea programelor de finanțare a serviciilor sociale, medicale și medico-sociale pentru persoanele vârstnice;	Ghiduri specifice elaborate conținând criterii echitabile de accesare a fondurilor; Raportare publică sistematică a accesului la fonduri de investiții și dezvoltare pe categorii de furnizori;	2023-2030	MMSS MS MIPE	Nu este cazul
Obiectiv specific 4: Îmbunătățirea calității serviciilor ÎLD pentru persoanele vârstnice						
Direcție de acțiune 4.1: Sprijin acordat furnizorilor de servicii sociale pentru implementarea principiului „centrarea pe persoană”						
4.1.1.	Elaborarea unor modele-cadru pentru instrumentele specifice pentru evaluarea calității utilizate de furnizorii de servicii sociale și inspecția socială;	Noi instrumente specifice pentru evaluarea calității sunt elaborate și utilizate de toate părțile interesate, inclusiv de inspecția socială, SPAS și furnizorii de servicii ÎLD	Cel puțin 80% dintre furnizorii de servicii pentru ÎLD au aplicat o nouă metodologie până în 2030; Până în 2030, cel puțin 80 % dintre furnizorii de servicii pentru ÎLD au personal instruit în noua metodologie;	2023-2024 2030	MMSS	BA
4.1.2	Punerea în aplicare a consultărilor cu furnizorii de servicii, autoritățile locale, ANPIS și alte părți interesate pentru a conveni asupra unei	Metodologie agreeată la nivelul FSS, UAT, ANPIS și	Număr de participanți la consultările organizate cu FSS, UAT, ANPIS și alte părți	2023-2024	MMSS	BA

Nr. crt.	Direcție de acțiune/măsură	Rezultate	Indicatori de monitorizare	Perioada de implementare	Instituții responsabile	Resurse financiare, după caz
	metodologii comune pentru evaluarea și monitorizarea continuă a calității;	alte părți interesate în cadrul consultărilor;	interesate cu privire la metodologia de evaluare a calității serviciilor de ÎLD;			
4.1.3	Analiza diferitelor opțiuni, inclusiv proceduri de control al calității, un posibil rol al auditului social și alte soluții;	Studiu privind diferite opțiuni de evaluare a calității, inclusiv proceduri de control al calității, un posibil rol al auditului social și alte soluții;	Publicarea studiului cu privire la analiza diferitelor opțiuni, inclusiv proceduri de control al calității, un posibil rol al auditului social și alte soluții;	2023-2024	MMSS	BA
4.1.4	Elaborarea ghidului/ghidurilor pentru activitățile de evaluare, monitorizare și control, pentru inspectorii sociali;	Ghid/ghiduri elaborate, aprobat și diseminat;	Includerea ghidului/ghidurilor în procedura operațională utilizată de IS din cadrul ANPIS;	2023-2024	MMSS ANPIS	BA
4.1.5	Elaborarea și diseminarea ghidului de implementare a principiului „centrarea pe persoană” pentru furnizorii de servicii ÎLD;	Ghid elaborat, aprobat și diseminat;	Număr de FSS către care s-a diseminat ghidul;	2023-2024	MMSS MS	BA
4.1.6	Crearea unui mecanism de formare și schimb regulat de experiență a profesioniștilor din domeniul serviciilor sociale pentru persoanele în vârstă, spre ex., o platformă electronică creată pentru promovarea programelor de formare și a schimburilor de experiență între profesioniștii din sistemul de ÎLD;	Mecanism de formare și schimb de experiență între profesioniștii din domeniul serviciilor sociale pentru persoanele în vârstă, dezvoltat și implementat;	Număr de profesioniști care utilizează mecanismul de formare și de schimb de experiență;	2023-2030	MMSS	FEN
4.1.7	Programe de instruire a personalului furnizorilor de servicii SPAS și ÎLD în managementul calității;	Capacitatea furnizorilor de servicii ÎLD consolidată prin programe de instruire în managementul calității;	Program de instruire în managementul calității elaborat; Număr personal al serviciilor de ÎLD instruit în managementul calității;	2023-2030	MMSS MS FSS	FEN
Direcție de acțiune 4.2: Elaborarea/revizuirea standardelor de calitate și de cost privind serviciile ÎLD pentru persoanele vârstnice						
4.2.1	Elaborarea/revizuirea standardelor de calitate și de cost pentru serviciile ÎLD;	Standardele privind ÎLD pentru persoanele în vârstă sunt revizuite și aprobate;	Publicarea în Monitorul Oficial a actelor normative pentru aprobarea	2023-2030	MMSS	PNRR

Nr. crt.	Direcție de acțiune/măsuri	Rezultate	Indicatori de monitorizare	Perioada de implementare	Instituții responsabile	Resurse financiare, după caz
			standardele de calitate și de cost;			
4.2.2	Aplicarea unei abordări omogene pentru un modul privind drepturile și etica și procedurile de evaluare a calității pentru toate standardele privind serviciile ÎLD pentru persoanele în vârstă;	Standardele actualizate sunt puse în aplicare de FSS;	Standarde armonizate și completate cu un modul comun privind drepturile și etica și procedurile de evaluare a calității;	2025-2030	MMSS FSS	BA
4.2.3	Elaborare studii pilot și elaborare de indicatori și metodologii de colectare a datelor referitoare la nivelul de satisfacție a beneficiarilor ÎLD;	Studii și metodologii elaborate;	Publicarea pe pagina de internet a MMSS a studiilor și metodologiilor elaborate;	2025-2030	MMSS ANPIS	BA
Direcția de acțiune 4.3.: Introducerea de stimulente pentru furnizorii de ÎLD pentru îmbunătățirea calității serviciilor						
4.3.1.	Analiza posibilității de aplicare a mecanismelor de „raportare publică” în domeniul ÎLD: a) Elaborarea de modele-cadru pentru planurile anuale de activitate ale furnizorilor de servicii sociale; b) Elaborarea de modele-cadru de rapoarte de evaluare/control ale inspecției sociale, destinate potențialilor beneficiari; c) Dezvoltarea unei platforme naționale unde rapoartele de activitate pot fi consultate într-un format accesibil publicului larg; d) Dezvoltare de programe online de instruire și suport în elaborarea rapoartelor, pentru furnizorii de servicii sociale;	Informații publice privind raportul anual de activitate al furnizorilor de servicii sociale, al rapoartelor de control ale inspecției sociale; Creșterea procentului furnizorilor de servicii sociale care își publică rapoartele anuale pe pagina de internet în formatul-cadru;	Rapoarte de evaluare ale calității serviciilor sociale, elaborate de inspecția socială, publicate pe pagina de internet a instituției;	2023-2024 Anual	MMSS	BA
4.3.2.	Elaborarea de recomandări metodologice pentru punerea în aplicare a inovațiilor în sectorul ÎLD;	Recomandări metodologice elaborate și diseminate în rândul FSS din sectorul ÎLD;	Publicarea/intrarea în vigoare a actelor normative pentru aprobarea recomandărilor metodologice;	2023-2024	MMSS	Nu este cazul

Nr. crt.	Direcție de acțiune/măsuri	Rezultate	Indicatori de monitorizare	Perioada de implementare	Instituții responsabile	Resurse financiare, după caz
4.3.3.	Organizarea de consultări publice referitor la posibilitatea de aplicare a stimulentei financiare și nefinanciare bazate pe performanță;	Consultări organizate la nivel național cu privire la introducerea stimulente pentru furnizorii de ÎLD legate de îmbunătățirea calității;	Rapoartele analitice care propun planuri detaliate pentru introducerea de stimulente pentru furnizorii de ÎLD, legate de îmbunătățirea calității, elaborate; Număr de participanți la consultările publice;	2023-2030	MMSS	Nu este cazul
Direcția de acțiune 4.4: Incurajarea inovației în domeniul ÎLD						
4.4.1	Investiții în ÎLD și soluții digitale pentru acordarea îngrijirii integrate;	Programe inițiate și implementate;	Număr de programe; Număr de beneficiari;	2023-permanent	MAT	BA
4.4.2	Sprijinirea dezvoltării de proiecte demonstrative axate pe rolul artelor și activităților culturale în îngrijirea și implicarea socială a persoanelor vârstnice;					
4.4.3	Sprijinirea dezvoltării de proiecte demonstrative axate pe activități intergeneraționale și modele de îngrijire;					
Obiectivul specific 5: Consolidarea forței de muncă pentru ÎLD pentru persoanele în vârstă						
Direcția de acțiune 5.1.: Creșterea atractivității locurilor de muncă în domeniul îngrijirii						
5.1.1.	Dezvoltarea unor pachete atractive pentru lucrătorii ÎLD, inclusiv rambursarea salariilor, a transportului și a altor cheltuieli cum ar fi: mijloc de transport individual - automobil, scuter, transport public etc;	Atractivitatea locurilor de muncă în sectorul ÎLD pentru persoanele vârstnice, este îmbunătățită	Numărul lucrătorilor implicați în serviciile ÎLD pentru persoanele în vârstă este în creștere;	2023-2030	MMSS	BA FEN
5.1.2.	Includerea în cadrul programelor naționale de formare profesională organizate de Agenția Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă, destinate persoanelor aflate în căutarea unui loc de muncă și șomerilor înregistrați în evidențele agențiilor pentru ocuparea forței de muncă, a cursurilor de calificare pentru ocupațiile din	Deficitul de personal din ÎLD este redus;	Numărul de lucrători care se angajează în urma unui program național de formare profesională;	2023-2030	MMSS ANOFM	BA

Nr. crt.	Direcție de acțiune/măsură	Rezultate	Indicatori de monitorizare	Perioada de implementare	Instituții responsabile	Resurse financiare, după caz
	domeniul îngrijirii de lungă durată a persoanelor vârstnice;					
5.1.3.	Implementarea unui program național de susținere a antreprenoriatului, inclusiv a antreprenoriatului social în domeniul ÎLD - microgranturi pentru PFA îngrijitori la domiciliu etc.;	Creșterea capacității sectorului ÎLD;	Numărul de lucrători care se acreditează ca PFA - furnizori de servicii sociale printr-un program național de susținere a antreprenoriatului;	2023-2030	MMSS MAT	BA
5.1.4.	Dezvoltarea unei campanii naționale de comunicare concentrate asupra sensibilizării și aprecierii importanței ÎLD și a contribuției lucrătorilor din domeniu;	Îmbunătățirea opiniei publice și a respectului față de contribuțiile lucrătorilor din domeniu ÎLD;	Număr de evenimente/ clipuri/ materiale de comunicare dezvoltate și diseminate;	2023-2025	MMSS MS	BA
5.1.5.	Elaborarea unui studiu național asupra condițiilor de muncă în sistemul de ÎLD și în sistemul sanitar și formularea de recomandări pentru alinierea condițiilor de muncă între cele două sectoare;	Studiu privind condițiile de muncă în sistemul de ÎLD și în sistemul sanitar bazat pe evidențe culese din teritoriu;	Studiu elaborat și publicat;	2023 -2026	MMSS MS	BA
Direcția de acțiune 5.2.: Dezvoltarea resurselor umane în sectorul ÎLD pentru perioada 2023-2030						
5.2.1.	Diversificarea și adaptarea - prin modularizare, sisteme hibride de predare etc., a programelor de formare inițială și continuă pentru profesioniștii din sectorul ÎLD, în vederea adaptării acestora la nevoile de formare actuale și creșterii atractivității acestora;	Un cadru îmbunătățit și atractiv pentru formarea inițială și continuă a lucrătorilor din sectorul ÎLD;	Număr de programe de formare inițială și continuă pentru sectorul ÎLD dezvoltate; Număr de persoane instruite; Evaluarea calității programelor de instruire de către cursanți și de către angajatori;	2023-2025	MMSS MS ANC	FEN
5.2.2.	Creșterea accesului lucrătorilor din sectorul ÎLD la programe adaptate de formare profesională continuă, cu accent pe îngrijirea la nivel comunitar;	Resurse umane mai bine instruite profesional prin participarea la cursuri de formare continuă în sectorul ÎLD;	Număr de lucrători instruiți prin programe de formare pentru profesioniștii ÎLD în creștere;	2023-2030	MMSS MS FSS	BA FEN

Nr. crt.	Direcție de acțiune/măsuri	Rezultate	Indicatori de monitorizare	Perioada de implementare	Instituții responsabile	Resurse financiare, după caz
5.2.3.	Dezvoltarea și implementarea de programe specifice de formare pentru voluntarii implicați în sectorul ÎLD, inclusiv pentru îngrijitorii informali;	Programe de formare diversificate pentru creșterea capacității resursei umane din sectorul ÎLD; Acces crescut la programe de formare pentru voluntarii din sistemul ÎLD;	Număr de programe specifice de formare pentru voluntarii din sectorul ÎLD; Numărul de voluntari instruiți prin programe de formare pentru profesioniștii ÎLD;	2023-2030	MMSS MS FSS	BA FEN
5.2.4	Sprrijinirea consolidării capacității instituționale și a schimburilor internaționale pentru personalul relevant din cadrul MMSS și al MS sau al altor instituții naționale relevante;	Participarea personalului relevant la formare continuă, la schimburi inter pares și participarea periodică în forumuri regionale și internaționale de schimb de cunoștințe și de bune practici;	Număr persoane instruite/participanți la schimburi internaționale experiență;	2023 -2030	MMSS MS	BA
5.2.5.	Dezvoltarea de instrumente digitale pentru formarea profesioniștilor din sectorul ÎLD;	Instrumente digitale de furnizare a programelor de formare accesibile și adaptate nevoilor profesioniștilor din sectorul ÎLD;	Număr de instrumente digitale elaborate pentru formarea profesioniștilor din sectorul ÎLD;	2023-2030	MMSS MS FSS	BA FEN
5.2.6.	Organizarea instruirii la locul de muncă și validarea experienței anterioare pentru profesioniștii care lucrează în ÎLD pentru persoanele în vârstă, cu un accent specific pe recalificarea personalului din sistemul rezidențial;	Resurse umane mai bine instruite profesional prin participarea la cursuri de formare la locul de muncă;	Numărul de lucrători instruiți prin programe de formare la locul de muncă pentru profesioniștii ÎLD;	2023-2030	MMSS MS FSS	BA
5.2.7.	Selectarea și instruirea managerilor de caz în ÎLD pentru persoanele vârstnice;	Resurse umane specializate pentru asigurarea managementului de caz în ÎLD;	Număr de manageri de caz pentru persoanele vârstnice instruiți;	2023-2030	MMSS FSS	BA FEN
5.2.8.	Dezvoltarea de programe de instruire pentru managementul integrat al furnizării de servicii ÎLD, cu accent pe coordonare și promovarea inovației sociale;	Programe de instruire dezvoltate;	Număr de furnizori de servicii sociale și medicale care au participat la programe de instruire;	2023-2030	MMSS	BA FEN

Nr. crt.	Direcție de acțiune/măsuri	Rezultate	Indicatori de monitorizare	Perioada de implementare	Instituții responsabile	Resurse financiare, după caz
5.2.9.	Dezvoltarea de programe specifice de instruire pentru prevenirea și recunoașterea abuzului asupra persoanelor vârstnice;	Program de instruire elaborat pentru prevenirea abuzului persoanelor vârstnice;	Cel puțin un modul de instruire specific pentru prevenirea abuzului asupra persoanelor vârstnice elaborat și diseminat; Număr de lucrători instruiți pentru prevenirea abuzului;	2023-2030	MMSS ANC	BA FEN
Direcția de acțiune 5.3.: Dezvoltarea sectorului de îngrijire informală a persoanelor vârstnice						
5.3.1.	Elaborarea unui studiu care să analizeze caracteristicile îngrijitorilor informali din România, în perspectiva comparativă cu alte State Membre UE și să fundamenteze politica de susținere a sectorului îngrijirii informale;	Studiu privind sectorul îngrijirii informale bazat pe evidențe culese în teritoriu;	Un studiu privind sectorul îngrijirii informale în România - elaborat și diseminat;	2023-2024	MMSS CNOPPV	BA
5.3.2.	Elaborarea unui plan practic de implementare a serviciilor de suport, servicii de tip respiro și a consilierii pentru îngrijitorii informali din România și includerea acestuia în Planul anual de acțiune privind serviciile sociale administrate și finanțate din bugetul consiliului județean/consiliului local/Consiliului General al Municipiului București;	Model de plan de implementare a serviciilor suport pentru îngrijitorii informali, elaborat și diseminat către SPAS;	Model-cadru al Planului anual de acțiune privind serviciile sociale revizuit prin includerea planului de implementare a serviciilor suport pentru îngrijitorii informali; Număr de SPAS-uri care utilizează un plan de implementare a serviciilor de suport pentru îngrijitorii informali din comunitate; Numărul de îngrijitori informali care primesc servicii respiro, consiliere, ajutor psihologic, prevenirea burnout-ului etc;	2023-2025	MMSS AAPL	BA
5.3.3.	Instruirea personalului SPAS pentru dezvoltarea rețelei comunitare de îngrijitori informali și aplicarea de măsuri practice de ajutor psihologic	Îngrijitorii informali sprijiniți prin măsuri practice de ajutor psihologic și de prevenire	Număr de lucrători ai SPAS instruiți în aplicarea de măsuri practice de ajutor psihologic și de prevenire a	2023-2030	MMSS AAPL	BA FEN

Nr. crt.	Direcție de acțiune/măsuri	Rezultate	Indicatori de monitorizare	Perioada de implementare	Instituții responsabile	Resurse financiare, după caz
	și de prevenire a burnout-ului pentru îngrijitorii informal;	a burnout-ului implementate de SPAS;	burnout-ului pentru îngrijitorii informal; Număr de îngrijitori informal sprijiniți;			
5.3.4.	Elaborarea și implementarea de programe modulare adaptate de instruire a îngrijitorilor informal, inclusiv formate digitale de autoinstruire și includerea în planurile anuale de acțiune privind serviciile sociale finanțate din bugetul local a programelor de instruire anuale;	Capacitate crescută a sectorului de îngrijire informală prin măsuri de formare și instruire periodică a îngrijitorilor informal;	Numărul de îngrijitori informal instruiți prin programe de formare adaptate pentru lucrătorii din sectorul ÎLD;	2023-2030	MMSS AAPL	BA FEN
5.3.5.	Adecvarea beneficiilor/indemnizațiilor specifice în numerar pentru membrii familiei și rudele care lucrează ca îngrijitori informal;	Îngrijitorii informal sprijiniți prin indemnizații adecvate;	Număr de îngrijitori informal care beneficiază de indemnizații adecvate;	2023-2030	MMSS AAPL	BA
5.3.6.	Elaborarea de propuneri pentru posibilitatea de a fi recunoscut ca asistent personal pentru persoana vârstnică dependentă, pentru membrii familiei și rudele care lucrează ca îngrijitori informal;	Diversificarea măsurilor de sprijinire a sectorului de îngrijire informală;	Studiu elaborat cu privire la posibilitatea de recunoaștere ca asistent personal al persoanei vârstnice dependente, pentru membrii familiei și rudele care lucrează ca îngrijitori informal;	2023-2024	MMSS CNOPPV	BA
5.3.7.	Elaborarea unui Studiu de Prevalență de Moment în sectorul ÎLD utilizând protocolul ECDC;	Studiu privind infecțiile asociate asistenței medicale și a utilizării antimicrobienelor în ÎLD, bazat pe informațiile culese din teritoriu;	Studiu privind infecțiile asociate asistenței medicale și a utilizării antimicrobienelor în ÎLD în România și compararea cu datele publicate la nivel european - elaborat și diseminat;	Anual	MS	BA
Direcția de acțiuni 5.4.: Creșterea gradului de conștientizare a populației generale și consolidarea capacității autorităților locale pentru organizarea ÎLD pentru persoanele vârstnice din comunitate						
5.4.1.	Dezvoltarea unor modele eficiente de coordonare interinstituțională între serviciile sociale, profesioniștii din domeniul sănătății, poliție și alte părți interesate relevante la nivel comunitar;	Populația generală și autoritățile administrației publice locale sunt informate cu privire la diferitele posibilități în	Acorduri/protocoale de cooperare între UAT și alte instituții/organizații relevante pentru sprijinirea serviciilor ÎLD în comunitate;	2023-2030	MMSS CNOPPV AAPL	Nu este cazul

Nr. crt.	Direcție de acțiune/măsuri	Rezultate	Indicatori de monitorizare	Perioada de implementare	Instituții responsabile	Resurse financiare, după caz
		organizarea ÎLD pentru populația vârstnică;	Informații privind serviciile ÎLD din comunitate sunt postate pe site-ul primăriei			
5.4.2.	Revizuirea cadrului juridic și administrativ pentru utilizarea eficientă a resurselor umane în planul de mobilitate internă a administrației publice locale în vederea acoperirii nevoii de personal pentru organizarea serviciilor de ÎLD, inclusiv sprijinirea sectorului de îngrijire informală a persoanelor vârstnice;	Cadrul juridic și administrativ permite utilizarea resurselor umane din cadrul UAT pentru desfășurarea activităților necesare organizării serviciilor de ÎLD, inclusiv pentru sprijinirea sectorului de îngrijire informală;	Cadru juridic și administrativ privind mobilitatea internă a resurselor umane a fost revizuit în vederea creșterii capacității UAT de a organiza servicii de ÎLD pentru persoanele vârstnice din comunitate, inclusiv de a coordona și sprijini rețeaua de îngrijitori informali din comunitate;	2023-2030	MMSS CNOPPV AAPL	Nu este cazul
5.4.3.	Dezvoltarea unor instrumente specifice de screening pentru identificarea și orientarea potențialilor beneficiari ai ÎLD pentru persoanele vârstnice și formarea personalului SPAS pentru aplicarea acestora;	Capacitate crescută a SPAS de a identifica și îndruma potențialii beneficiari persoane vârstnice cu nevoi de ÎLD;	Instrumente de screening elaborate și diseminate în rândul personalului SPAS; Număr de SPAS care utilizează noile instrumente de screening pentru identificarea și orientarea persoanelor vârstnice cu nevoi de ÎLD;	2023-2030	MMSS AAPL	BA FEN
Obiectivul specific 6: Promovarea participării sociale active și demne a persoanelor vârstnice						
Direcția de acțiune 6.1.: Organizarea de acțiuni pentru a crește gradul de conștientizare cu privire la îmbătrânirea activă						
6.1.1.	Promovarea unei imagini pozitive a persoanelor vârstnice;	Sunt dezvoltate anual inițiative care promovează o imagine pozitivă a persoanelor vârstnice;	Număr de inițiative de promovare a unei imagini pozitive a persoanelor vârstnice;	Anual	MMSS AAPL FSS CNOPPV	Nu e cazul

Nr. crt.	Direcție de acțiune/măsuri	Rezultate	Indicatori de monitorizare	Perioada de implementare	Instituții responsabile	Resurse financiare, după caz
6.1.2.	Combateră abuzului și a marginalizării persoanelor în vârstă prin acțiuni ale furnizorilor de servicii sociale și prin campanii de informare a populației cu privire la riscurile sociale pentru persoanele vârstnice, organizate la nivel național, județean și local;	Campanii de informare și consiliere a populației cu privire la riscurile sociale pentru persoanele vârstnice;	Cel puțin o campanie anuală realizată la nivel național;	Anual	MMSS ANPIS AAPL	BA
6.1.3.	Creșterea gradului de informare a autorităților administrației publice locale, cu privire la importanța îmbătrânirii active, a asigurării accesului populației la servicii de ÎLD și a coordonării măsurilor de susținere a ÎLD atât prin asigurarea asistenței sociale pentru persoanele vârstnice eligibile să beneficieze de servicii sociale ca măsură de asistență socială și a accesului la servicii medico-sociale, cât și prin încurajarea antreprenoriatului în acest domeniu;	Materiale de informare publicate pe paginile de internet și comunicate AAPL și structurilor deconcentrate ale ministerelor;	Numărul materialelor, gradul de acoperire a temelor și periodicitatea publicării/comunicării acestora către AAPL și structurile deconcentrate ale ministerelor;	Anual	MMSS MS CNOOPV MAT etc	Nu e cazul
6.1.4.	Implementarea de programe locale pentru sprijinirea participării sociale active a persoanelor vârstnice, respectiv: implicarea în structurile consultative locale, crearea de rețele de voluntari locali și implicarea acestora în activități comunitare etc;	Programe inițiate la nivel local pentru sprijinirea participării sociale active a persoanelor vârstnice;	Numărul programelor locale de sprijinire a participării sociale active a persoanelor vârstnice; Numărul rețelelor de voluntari pentru persoane vârstnice;	Permanent	MMSS CNOOPV AAPL Societatea civilă	BA FEN
6.1.5.	Includerea în programele naționale de instruire anuală a primarilor/consilierilor locali a temei ÎLD și a îmbătrânirii active;	Programe de instruire derulate pentru instruirea primarilor/consilierilor locali pe tema ÎLD și a îmbătrânirii active;	Număr de participanți primari/consilieri locali la programe de instruire care includ tema ÎLD și a îmbătrânirii active;	2023-2025	MMSS ANOFM CNOOPV	BA FEN
Directia de actiune 6.2 Îmbunătățirea accesibilității infrastructurii sociale si a spațiului public						
6.2.1.	Dezvoltarea instrumentelor de suport - finaciar, administrativ și de comunicare, al acțiunilor locale de îmbunătățire a infrastructurii publice pentru a promova îmbătrânirea activă și o viață sănătoasă la toate vârstele;	Creșterea numărului de comunități implicate activ în încurajarea îmbătrânirii sănătoase;	Număr de proiecte de dezvoltare/ campanii / evenimente; Număr de orașe românești în rețeaua globală pentru comunități prietenoase cu	2023 - 2030	MMSS AAPL	BA

Nr. crt.	Direcție de acțiune/măsuri	Rezultate	Indicatori de monitorizare	Perioada de implementare	Instituții responsabile	Resurse financiare, după caz
			vârstnicii și Rețeaua orașelor sănătoase din Europa;			
6.2.2.	Revizuirea legislației în vigoare pentru a facilita accesul la activități și infrastructură publică a persoanelor vârstnice și a celor cu nevoi de îngrijire, mai ales în mediul rural;	Cadrul legislativ prevede măsuri active pentru îmbunătățirea accesului persoanelor vârstnice la infrastructura de transport, infrastructura socială și spațiile publice;	Acte normative modificate și completate;	2023-2030	MMSS AAPL	Nu este cazul
6.2.3.	Cresterea vizibilității și lansarea unei campanii naționale de promovare a inițiativelor locale de succes în domeniul îmbătrânirii active și sănătoase;	Stabilirea și lansarea unui program anual de premiere și promovare a comunități/orașe inovative și prietenoase cu vârstnicii;	Număr de comunități premiate; Număr evenimente de promovare a inițiativelor locale;	2023-2030	MMSS AAPL	BA

LISTĂ ABREVIERI

AAPL - Autorități ale administrației publice locale
ANC - Autoritatea Națională pentru Calificări
ANES - Agenția Națională pentru Egalitatea de Șanse între Femei și Bărbați
ANOFM - Agenția Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă
ANPDPD - Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități
ANPIS - Agenția Națională pentru Plăți și Inspecție Socială
BA - Buget anual: buget stat, bugete locale etc, aprobate pentru instituțiile responsabile
CNOPPV - Consiliul Național al Organizațiilor de Pensionari și al Persoanelor Vârstnice
CJPPV - Consiliile județene ale pensionarilor și persoanelor vârstnice, respectiv al municipiului București.
DGASPC - Direcția generală de asistență socială și protecția copilului
FEN - Fonduri europene nerambursabile în limita sumelor alocate și cu respectarea prevederilor și regulilor de eligibilitate stabilite la nivelul fiecărui program operațional
FSS - Furnizori de servicii sociale
INS - Institutul Național de Statistică
IP - Instituția Prefectului
ÎA - Îmbătrânire activă
ÎLD - Îngrijirea de lungă durată
MAI - Ministerul Afacerilor Interne

MAT - Ministerul Antreprenoriatului și Turismului
MCID - Ministerul Cercetării, Inovării și Digitalizării
ME - Ministerul Educației
MFTEȘ - Ministerul Familiei, Tineretului și Egalității de Șanse
MIPE - Ministerul Investițiilor și Proiectelor Europene
MMSS - Ministerul Muncii și Solidarității Sociale
MS - Ministerul Sănătății
PNRR - Planul Național de Redresare și Reziliență
SPAS - Serviciul public de asistență socială
SGG - Secretariatul General al Guvernului