

**Indicatori de măsurare a
eficienței serviciilor destinate
persoanelor adulte cu dizabilități
mentale în contextul politicilor
de incluziune socială**

***Indicatori de măsurare a eficienței serviciilor destinate
persoanelor adulte cu dizabilități mentale în contextul
politicilor de incluziune socială***

București
Ianuarie 2010

Prezentul studiu este realizat în cadrul proiectului *Dezvoltarea unui sistem de management al informațiilor privind domeniul dizabilităților în România*, implementat de Institutul pentru Politici Publice (IPP) în parteneriat cu Fundația *Pentru Voi* din Timișoara și finanțat de către Open Society Institute din Budapesta (prin programele Mental Health Initiative și Human Rights and Governance Grants Program). Mulțumim pe această cale partenerilor noștri – doamnei Laila Onu, Director Executiv al Fundației *Pentru Voi* pentru contribuția adusă la elaborarea acestui studiu și doamnei Raluca Bunea, reprezentantul OSI MHI, pentru suportul constant oferit echipei proiectului în etapa de cercetare. Mulțumim, de asemenea, domnului Sorin Valerian Chirilă, Directorul Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului Alba, și domnului Florin Ion, Directorul Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului Iași, pentru că au găzduit două dintre întâlnirile regionale organizate pe parcursul proiectului, precum și tuturor celorlalți Directori ai Direcțiilor Generale de Asistență Socială care au participat la evenimentele organizate în cadrul proiectului și fără contribuția cărora nu ar fi fost posibilă realizarea acestui studiu.

Autori:

Elena Iorga, Director Programe IPP

Laila Onu, Director executiv Fundația *Pentru Voi*

Institutul pentru Politici Publice
București 

Institutul pentru Politici Publice (IPP)
București
Str. Sfinții Voievozi nr. 55, sector 1
Tel (+ 4 021) 212 3126/7
Fax (+ 4 021) 212 3108
E-mail: office@ipp.ro
www.ipp.ro

©

Toate drepturile sunt rezervate Institutului pentru Politici Publice (IPP). Atât publicația cât și fragmente din ea nu pot fi reproduse fără permisiunea IPP. Opiniile exprimate în acest material aparțin autorilor și nu reprezintă în mod necesar opiniile finanțatorului Open Society Institute.

Cuprins

<i>Glosar de termeni</i>	4
<i>Metodologia de cercetare</i>	5
<i>De ce avem nevoie de un mecanism de monitorizare a serviciilor sociale destinate persoanelor adulte cu dizabilități mentale? Tipuri de indicatori de măsurare a eficienței/eficacității serviciilor</i>	8
<i>Situația curentă a beneficiarilor din centrele rezidențiale pentru adulți din România</i>	17
<i>Tipuri de servicii oferite persoanelor adulte cu dizabilități mentale: găzduire vs. măsuri active de incluziune socială</i>	24
<i>Calitatea serviciilor destinate persoanelor adulte cu dizabilități mentale din perspectiva politicii de resurse umane în sistem</i>	28
<i>Mecanisme de finanțare a serviciilor sociale destinate persoanelor adulte cu dizabilități mentale</i>	38
<i>Concluzii și recomandări privind măsuri de politică publică în sfera serviciilor sociale destinate persoanelor adulte cu dizabilități mentale</i>	47
<i>Anexe</i>	50

1. Glosar de termeni

ANPH – Autoritatea Națională pentru Persoane cu Handicap

CAMS – centru de asistență medico-socială

CCZ – centru de criză

CIA – centru de îngrijire și asistență

CIAPLTPA – centru de îngrijire și asistență pentru persoane lipsite total sau parțial de autonomie

CIPA - centru de îngrijire pentru persoanele cu Alzheimer

CITO – centru de îngrijire prin terapie ocupațională

CRRN – centru de reabilitare și recuperare neuropsihiatrică

CRRPH – centru de reabilitare și recuperare pentru persoane cu handicap

CRSP – centru respiro

CSRNA – centru de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu

CSCPH – complex de servicii comunitare pentru persoane cu handicap

CSS – complex de servicii sociale

CTF – case de tip familial

DGASPC – Direcție Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului

HG – Hotărâre de Guvern

LP – locuință protejată

MMFPS – Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale

OUG – Ordonanță de Urgență a Guvernului

PIN – Program de Interes Național

UAMS – unitate de asistență medico-socială

2. Metodologia de cercetare

Studiul de față vine să completeze cu argumente obiective și cu o perspectivă calitativă analiza informațiilor statistice colectate pe parcursul derulării proiectului *Dezvoltarea unui sistem de management al informațiilor privind domeniul dizabilităților în România*. Cercetarea s-a desfășurat în mai multe etape și a avut la bază mai multe tipuri de instrumente, după cum urmează:

- În prima etapă, echipa de lucru a proiectului a inițiat o serie de *consultări* cu reprezentanții Direcțiilor Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului privind elaborarea unui instrument unitar de colectare a datelor privind starea serviciilor sociale destinate persoanelor adulte cu dizabilități mentale din România. Au avut loc 3 asemenea consultări regionale, la Alba Iulia (ianuarie 2008¹), Iași (februarie 2008²) și București (martie 2008³), în urma cărora a rezultat
- *un chestionar standardizat*, cuprinzând o serie de itemi specifici privind:
 - o tipurile de servicii rezidențiale pentru persoane adulte cu dizabilități mentale (centre rezidențiale, locuințe protejate, capacitate, tipuri de servicii oferite etc.)
 - o resurse umane existente în sistemul rezidențial de îngrijire, defalcat pe tipuri de specializări, cu evidențierea raportului dintre personalul prevăzut în organigrama serviciilor și personal efectiv angajat;
 - o profilul beneficiarilor și dinamica numărului de beneficiari în sistemul rezidențial de îngrijire;
 - o resurse financiare disponibile pentru serviciile destinate persoanelor adulte cu dizabilități mentale;

Toate informațiile din chestionar vizează perioada 1 ianuarie 2007 – 31 decembrie 2008 (2 ani).

Chestionarul, elaborat împreună cu reprezentanții Direcțiilor de Asistență Socială și Protecția Copilului, a fost supus, de asemenea, analizei experților Autorității Naționale pentru Persoane cu Handicap (ANPH) și ai Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale, ai căror reprezentanți au participat și la două din cele 3 sesiuni de consultări regionale.

¹ Au participat reprezentanții DGASPC din județele: Sălaj, Covasna, Cluj, Mehedinți, Hunedoara, Satu Mare, Arad, Alba, Bihor, Harghita, Timiș

² Au participat reprezentanții DGASPC din județele: Iași, Brăila, Vaslui, Botoșani, Bacău, Vrancea

³ Au participat reprezentanții DGASPC din județele Giurgiu, Prahova, Călărași, Ialomița, Dolj, Dâmbovița, Olt, respectiv din sectoarele 1 și 6.

Instrumentul final de colectare a informațiilor a fost transmis sub forma unei *solicitări de informații de interes public* formulată în baza Legii nr. 544/2001 și adresată tuturor celor 41 de Direcții Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului, respectiv către cele 6 DGASPC ale sectoarelor Municipiului București. Echipa de implementare a proiectului a optat în mod strategic pentru această modalitate de colectare a datelor întrucât, spre deosebire de sistemul de raportare a informațiilor utilizat în prezent de către Autoritatea Națională pentru Persoane cu Handicap⁴, solicitarea în baza legii privind liberul acces la informații de interes public permite solicitantului să apeleze la calea legală (prin reclamație administrativă și/sau acțiune în instanță) împotriva refuzului de comunicare a informațiilor solicitate. Perioada de colectare a informațiilor a fost aprilie – mai, 2008. Rata de colectare a răspunsurilor la chestionare a fost de 90% în prima etapă, 5 Direcții Generale fiind acționate în instanță pentru necomunicarea informațiilor în termenul prevăzut de lege: DGASPC sector 1, DGASPC sector 2, DGASPC sector 3, DGASPC Maramureș și DGASPC Neamț. După primul termen de judecată, au transmis informațiile toate Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului, cu excepția DGASPC Neamț care ne-a comunicat că nu deține datele solicitate, acestea fiind centralizate la nivelul fiecărei instituții (Centru) și comunicate direct Consiliului Județean.

Centralizarea, verificarea și prelucrarea informațiilor s-au desfășurat în intervalul iunie – august, 2008. O primă variantă sintetică de prelucrare și reprezentare grafică a rezultatelor documentării la nivel național a fost lansată în cadrul unei dezbateri care a avut loc la București în data de 10 septembrie 2009 și la care au participat reprezentanții a 34 de DGASPC, alături de reprezentanții MMFPS și ANPH. Scopul dezbaterii a fost acela de a crea premisele pentru un acord de principiu al reprezentanților Direcțiilor Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului asupra necesității și utilității demersului de colectare de informații cantitative privind serviciile sociale destinate persoanelor adulte cu dizabilități mentale, concluziile privind aceste aspecte fiind prezentate în capitolul final al studiului.

⁴ Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului (DGASPC) transmit periodic (lunar sau trimestrial) către ANPH situații statistice privind persoanele cu handicap, folosind aplicația SENSITIVE care presupune evidența informatizată a persoanei cu handicap cu aplicabilitate la nivel național. Totuși, aplicația nu este utilizată de toate Direcțiile, iar comunicarea informațiilor este în anumite situații lacunară și nu oferă suficiente detalii despre *serviciile* furnizate persoanei cu handicap, în opinia IPP. Mai mult, aplicația cuprinde secțiuni pentru toate tipurile de handicap, în timp ce documentarea IPP s-a referit doar la handicapul mintal, psihic și cel asociat (cu handicap mintal sau psihic major).

În paralel cu demersul de colectare și centralizare a informațiilor, echipa de lucru a proiectului a menținut legătura cu reprezentanții Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap, pornind de la premisele că sustenabilitatea și impactul unui asemenea demers pe termen lung nu poate fi asigurat decât printr-un transfer instituțional atât al rezultatelor obținute în etapa de documentare, cât și al instrumentului de colectare a datelor ca atare.

Studiul de față se constituie la rândul său ca un material de reflecție pentru reprezentanții Direcțiilor Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului privind necesitatea unei abordări diferite pe viitor a managementului informațiilor legate de serviciile sociale destinate în general persoanelor adulte cu handicap și în special celor cu dizabilități mentale. De aceea, studiul este însoțit de un *chestionar de evaluare* adresat Directorilor/personalului de specialitate din compartimentele care asigură colectarea informațiilor la nivelul Direcției care urmărește să înregistreze eventualele propuneri de îmbunătățire a instrumentului de colectare pentru anii următori.

3. De ce avem nevoie de un mecanism de monitorizare a serviciilor sociale destinate persoanelor cu dizabilități mentale? Tipuri de indicatori de măsurare a eficienței/eficacității serviciilor

Orice politică publică presupune un set de etape obligatorii în procesul de formulare și implementare, prin urmare măsurile de politică publică adoptate de autoritățile cu responsabilități directe în domeniul furnizării de servicii pentru persoanele adulte cu dizabilități mentale – Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale, respectiv Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap – trebuie să se supună în egală măsură acestor rigori pentru a produce cu adevărat efectele anticipate. *Monitorizarea și evaluarea* unei măsuri de politică publică sunt două etape fundamentale în acest proces, fiind două tipuri de acțiuni ce se derulează simultan cu implementarea politicii publice. Practic, monitorizarea asigură corespondența obiectivelor stabilite cu acțiunile propuse spre implementare iar evaluarea cuantifică rezultatele obținute în urma implementării și furnizează bazele următorului ciclu de politici publice⁵.

În acest context, atât *Strategia națională pentru protecția, integrarea și incluziunea socială a persoanelor cu handicap în perioada 2006 - 2013*⁶, cât și *Strategiile județene de incluziune socială a persoanei cu handicap* sunt tot atâtea măsuri de politică publică pentru care este nevoie de un proces constant de monitorizare și evaluare a progresului, pentru a vedea în ce măsură autoritățile cu atribuții în domeniu (de coordonare, de execuție) sunt capabile să aplice aceste măsuri la parametrii optimi.

Mai mult decât atât, *Strategia națională* în sine conține un capitol distinct care face referire la *Implementare, monitorizare și evaluare*:

Capitolul IV

„Implementarea măsurilor stabilite în cadrul strategiei presupune un proces de planificare multianuală bazat pe obiectivele generale și nevoile locale, precum și pe resursele materiale, financiare și umane disponibile.

Monitorizarea și evaluarea implementării strategiei reprezintă activități de maximă importanță care pot determina revizuirea planului național de acțiune

⁵ un proces logic deductiv, unde actorul decizional urmărește un parcurs etapizat pentru a găsi soluția la o problemă reală din societate.

⁶ Adoptată prin H.G. nr. 1175/2005 publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 919 din 14/10/2005.

și redefinirea unora dintre măsuri, în funcție de contextul social la nivelul comunităților, de evoluția nevoilor persoanelor cu handicap și a numărului acestora.

Activitatea de monitorizare și evaluare are în vedere următoarele:

- a) selectarea unor **indicatori de performanță** pentru obiectivele generale ale strategiei;
- b) dezvoltarea unor programe de cercetare asupra unor grupuri cu grad mare de risc;
- c) identificarea punctelor slabe în procesul de implementare a strategiei și a soluțiilor de rezolvare;
- d) **realizarea unei baze de date unitară și integrată** a sistemului de asistență socială;
- e) asigurarea de informații corecte despre dinamica persoanelor cu handicap și condițiile lor de viață.

Monitorizarea și evaluarea implementării strategiei și a planului de acțiune vor fi asigurate de către Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap, în colaborare cu toți responsabilii desemnați”.

Proiectul de față vine practic în mod direct în întâmpinarea nevoilor de îmbunătățire a aplicabilității Strategiei printr-un model concret de instituționalizare a unor mecanisme de *monitorizare și evaluare* a modului în care sunt îndeplinite responsabilitățile asumate în materia îngrijirii persoanelor adulte cu dizabilități mentale din România. În acest sens, proiectul de față a încercat să avanseze tocmai ceea ce stipulează *Strategia*, anume:

- un set de *indicatori de performanță/eficiență* în domeniul serviciilor sociale (rezidențiale) destinate persoanelor adulte cu dizabilități mentale, respectiv
- un model de *bază de date unitară și integrată* privind segmentul serviciilor sociale destinate grupului – țintă.

Monitorizarea și evaluarea nu sunt posibile în absența acestor instrumente (indicatorii de performanță), care sunt în strânsă relație cu obiectivele politicii, contribuie la măsurarea realizării acestora și pot fi clasificați în mai multe categorii:

- *indicatori de rezultate și de impact*: sunt cei care pun în evidență volumul produselor și serviciilor furnizate de către autoritățile publice și efectele obținute în urma acestora.

- *indicatori de eficacitate*: reprezintă acea categorie de indicatori care conțin informații asupra gradului în care obiectivele politicii sau ale programului guvernamental au fost realizate. Spre exemplu, într-un program de angajare în muncă a persoanelor cu dizabilități intelectuale, pot fi fixate drept obiective: numărul persoanelor cu dizabilități care au urmat cursuri de pregătire vocațională, numărul persoanelor cu dizabilități care au beneficiat de formare în abilități sociale necesare angajării în muncă, numărul de persoane cu dizabilități angajate, durata cât au fost angajate, numărul celor care și-au pierdut locul de muncă în primul an de la angajare etc. În mod normal, indicatorii de eficacitate depind de obiectivele care se consideră relevante în aceasta intervenție și caută să analizeze gradul de atingere a acestor obiective. De asemenea, indicatorii de eficacitate ar trebui să conțină informații despre:
 - gradul în care se produc efecte neașteptate asupra populației/grupului-țintă, efecte pozitive sau negative
 - calitatea serviciilor prestate în acord cu necesitățile și așteptările populației destinate.
- *indicatori de activitate, de proces*: se utilizează pentru substituirea indicatorilor de eficacitate deoarece sunt mai ușor de calculat. Astfel de indicatori pot fi: numărul de ore de muncă lucrate, numărul de dosare înregistrate, numărul de cereri la care s-a dat răspuns, numărul de întâlniri și vizite realizate în vederea realizării obiectivului vizat de cea politică sau program.
- *indicatori de eficiență*: sunt necesari pentru a pune în corelație rezultatele obținute (output-urile) cu volumul de resurse consumate în acest scop.

*Exemple de diverse categorii de indicatori (propus de Salvatore Schiavo-Campo în lucrarea sa *Strenghtening Performance in Public Expenditure Management*, 1999⁷)*

Sector	Resurse utilizate	Rezultat	Efect, Impact	Proces
<i>Administrație</i>	Numărul de persoane	Numărul de documente de politică publică	Decizii mai bune	Deschidere spre dezbateri
<i>Educație</i>	Raportul student/profesor	Ratele de tranziție între cicluri	Nivel de alfabetizare mare	Încurajarea studenților să se exprime

⁷ În *Managementul politicilor publice*, vol. coordonat de Claudiu Crăciun, Paul E. Collins, Ed. Polirom, 2008.

		de studiu		
<i>Sistemul juridic</i>	Buget	Cazuri judecate	Număr scăzut al apelurilor	Asistarea acuzaților săraci
<i>Poliție</i>	Numărul de mașini de poliție	Numărul de arestări	Rata de criminalitate scăzută	Respectarea drepturilor
<i>Închisori</i>	Costuri pentru fiecare deținut	Numărul de deținuți	Rata de recidivă	Prevenirea abuzurilor
<i>Sănătate</i>	Numărul de asistenți în raport cu mărimea populației	Numărul de vaccinuri	Mortalitatea scăzută	Grija față de pacient
<i>Ajutor social</i>	Asistenți sociali	Persoane aflate sub asistență	leșirile din sistem	Tratamentul cu respect al persoanelor

În ceea ce privește cazul distinct al politicilor publice destinate segmentului persoanelor adulte cu dizabilități mentale, acestea comportă un grad de complexitate deosebit (ca de altfel majoritatea politicilor sociale), întrucât noțiunile de *eficiență* și *eficacitate* sunt mai greu de cuantificat. Cu toate acestea, existența unor indicatori obiectivi cu praguri/valori concrete este fundamentală pentru a măsura gradul de realizare a activităților propuse.

Constatăm, din această perspectivă, că însăși *Strategia națională/planul de acțiuni* sunt deficitare din această perspectivă, deoarece fac doar referiri generice la acești indicatori, însă ei nu sunt cuprinși în documentele strategice decât sub forma unor direcții de acțiune.

În *Planul de acțiune privind implementarea strategiei naționale*, există numeroase referiri la nevoia de instituționalizare a unor mecanisme de măsurare a serviciilor, după cum urmează:

- în cadrul obiectivului specific 1.1 de *creșterea a capacității instituționale și administrative*, una dintre măsurile prevăzute pentru realizarea acestui obiectiv (pct. i) este aceea de: „*diversificare a indicatorilor calitativi și cantitativi de analiză și evaluare privind problematica handicapului, calitatea vieții persoanelor cu handicap, integrarea și incluziunea socială a acestora*”.
- În cadrul obiectivului specific 2.1 – *identificarea nevoilor de sprijin familial*, măsura prevăzută la punctul d) este de „*monitorizare permanentă a costurilor serviciilor sociale astfel încât indicatorul cost-eficiență să răspundă nevoilor persoanei cu handicap*”

Pasul următor în procesul de implementare a *Strategiei și planului de acțiuni* corespunzător – în fapt de punere în aplicare a măsurilor de politică publică stabilite prin aceste documente – ar fi acela de *selectare* a acestor indicatori și de *cuantificare* – atribuirea unor valori față de care să se poată aprecia progresul/regresul în anumite domenii, nevoile etc.

În acest proces de atribuire a unor valori indicatorilor selectați (procesul mai este cunoscut și sub denumirea de *benchmarking*), opțiunea strategică a autorităților cu competențe în domeniu este fundamentală. Valorizarea se poate face plecând de la *situația reală* din teren, alegându-se acei parametri care sunt cei mai apropiați de situația ideală sau se poate opta pentru o *standardizare* pornind de la evaluarea optimului necesar pentru fiecare tip de serviciu în parte (optim de resurse umane, de hrană, de îngrijire, de recuperare, de măsuri active de integrare socială etc.). Este important de subliniat aici însă faptul că aprecierea *optimului* depinde fundamental de perspectiva abordată:

- din perspectiva autorității (ordonatorului de credite sau al Direcției), *optimul* înseamnă consum minim de resurse dar nu numai pentru ca aceste autorități au și responsabilitatea de a respecta principiul sanselor egale tuturor categoriilor de cetățeni și prevederile tuturor convențiilor pe drepturile omului la care România este semnatară., în timp ce
- din perspectiva beneficiarului, optim înseamnă o calitate mai bună a vieții.

Diferența fundamentală între cele două perspective este că una se raportează la indicatori strict cantitativi (cost-eficiență), în timp ce cealaltă are în vedere evaluări exclusiv calitative. De aceea argumentul nostru pentru studiul de față este că întotdeauna cele două tipuri de evaluări trebuie ponderate reciproc: nu întotdeauna un cost mai mic înseamnă și un serviciu adecvat pentru beneficiar (dimpotrivă!) – de aici și discuția mai largă privind costurile de întreținere a beneficiarilor în centre rezidențiale mari vs. servicii comunitare (locuințe protejate). Există de altfel un principiu fundamental în paradigma folosită și de Națiunile Unite pentru evaluarea indicelui de dezvoltare umană care se numește *Oamenii înainte de toate*⁸ și care spune să dezvoltarea înseamnă mai mult decât creșterea economică, înseamnă crearea unui mediu în care oamenii să își poată dezvolta întregul potențial și să ducă o viață în acord cu nevoile și interesele lor. În egală măsură, incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități nu se poate rezuma la calcule de eficiență, ci este fundamental a fi avută în vedere și perspectiva dezvoltării individuale a beneficiarilor în calitate de membri ai comunității și nu în afara ei.

⁸ Orig. (eng) *People first*.

Standardizarea calității serviciilor sociale destinate persoanelor cu dizabilități din România este un proces de dată relativ recentă și comportă, în opinia noastră, o serie de limitări la acest moment. Dacă ne referim doar la standardele pentru servicii rezidențiale⁹ care fac obiectul principal de studiu (centrele rezidențiale, centrele de zi și locuințele protejate pentru persoane adulte cu handicap) în cazul nostru, majoritatea acestor standarde comportă un grad de generalitate care face dificilă măsurarea lor, lăsând o marjă de apreciere mult prea largă:

Ex: Modulul II Găzduire, Standard 9: centrul rezidențial deține spații comune suficiente pentru activitățile prevăzute în orarul zilnic.

Condiția minimă 9.4: Centrul rezidențial dispune de spații pentru activități de atelier, seră, fermă, care corespund normelor profesionale ale activităților desfășurate cu beneficiarii, precum și normelor de protecție a muncii.

În opinia IPP, existența unui asemenea standard ar trebui să presupună în mod automat obligația ca în cadrul centrului respectiv să se și desfășoare activitățile pentru care au fost prevăzute aceste spații, nu doar să fie bifate ca și condiții de infrastructură, altfel ineficiente dacă nu sunt operaționale.

Modulul V – *Integrare/reintegrare socială*, Standardul 14: centrul rezidențial asigură beneficiarilor condiții de participare la activități de integrare/reintegrare.

Condiția minimă 14.3: Centrul rezidențial încurajează și sprijină beneficiarii să mențină relații cu familia, reprezentantul legal, prieteni – prin telefon, corespondență, vizite, ieșiri în comunitate;

Simpla enumerare a acestor metode, fără aplicarea unor valori (ex: minim X vizite din partea familiei/lună, minim Y ieșiri în comunitate/săptămână etc.) face, din nou, inoperabil standardul.

Prin argumentația de mai sus, am încercat să explicăm de ce a inițiat Institutul pentru Politici Publice un asemenea demers de cercetare — însă avansând o serie de *indicatori* concreți de măsurare a situației *reale* a serviciilor destinate persoanelor din grupul – țintă, inițiativă care nu se substituie standardelor, ci vine mai degrabă în sprijinul aplicării lor. În ceea ce privește *valorile*

⁹ Aprobate prin Ordinul Președintelui ANPH nr. 559/2008 și Ordinul Președintelui ANPH nr. 651/2008 privind aprobarea Metodologiei de monitorizare a implementării standardelor specifice de calitate în centrele pentru persoanele cu handicap

indicatorilor, metoda pentru care am optat la acest moment este aceea a *valorii medii naționale*¹⁰ a respectivului indicator (acolo unde nu există normative specifice), considerând că aceasta este cea mai apropiată de valoarea *reală* a indicatorului în cauză. Este evident faptul că *valoarea medie* nu poate fi asociată întotdeauna unui optim și că aceste praguri trebuie cercetate pentru fiecare tip de indicator în parte, însă reprezintă o bază de plecare suficient de reprezentativă pentru a determina o dinamică/evoluție a serviciilor și a parametrilor de furnizare a acestora în timp.

Principalele *categorii de indicatori* propuse de IPP în studiul de față sunt:

1. Indicatori generali vizând beneficiarii serviciilor rezidențiale

- Numărul de beneficiari din serviciile rezidențiale (CIA, CITO, CRRN, CRPH, CSS, LP), defalcat pe tipuri de handicap¹¹;
- Număr de beneficiari nou intrați anual în sistemul rezidențial de îngrijire;
- Motive de admisie în sistemul rezidențial de îngrijire;
- Motive de ieșire din sistemul rezidențial de îngrijire;
- Număr de beneficiari preluați din sistemul de îngrijire a copilului;
- Număr de beneficiari adulți existenți în sistemul de protecție a copilului;

2. Indicatori vizând infrastructura serviciilor

- Număr de centre/servicii raportat la nr. de beneficiari;
- Număr mediu de beneficiari/centru;
- Centre cu capacitatea maximă depășită;

3. Indicatori privind resursele umane din sistemul rezidențial de îngrijire;

- Numărul și structura personalului specializat, pe tipuri de specializări:
 - medici, psihologi, psihopedagogi, asistenți sociali, kinetoterapeuți, logopezi, educatori specializați, ergoterapeuți, maseuri, asistenți medicali)
 - *personal de îngrijire*: infirmieri, îngrijitori, supraveghetori
 - *personal administrativ*

¹⁰ Valorile extreme au fost eliminate din calculul valorii medii naționale pe indicatorii prezentați în capitolele următoare.

¹¹ Coduri 5, 6, 7

- Deficitul de personal pe tipuri de specializări (posturi ocupate/posturi existente în organigramă)
- Numărul și specializările urmate în cadrul cursurilor de formare profesională;

4. Indicatori privind resurse și management financiar la nivelul DGASPC

- Ponderea surselor de venit alocate pentru adulți de Consiliul Județean din venituri proprii și transferuri de la bugetul de stat, defalcat pe centre;
- Volumul alocațiilor financiare din: finanțări externe, PIN-uri, activități economice, contribuții ale beneficiarilor și/sau ale susținătorilor legali, alte surse (donații, sponsorizări), defalcat pe centre
- Volumul cheltuielilor din: finanțări externe, PIN-uri, activități economice, contribuții ale beneficiarilor și/sau ale susținătorilor legali, alte surse (donații, sponsorizări), defalcat pe centre
- Număr de proiecte cu finanțare externă accesate pentru beneficiarii din grupul-țintă;

Lista de indicatori enumerată mai sus nu este una exhaustivă, însă reprezintă o bază de plecare în analiza serviciilor sociale destinate persoanelor adulte cu dizabilități mentale *din sistemul rezidențial*¹². De altfel, aceasta a fost una dintre criticile aduse demersului IPP – anume că nu face referire decât la un anumit tip de dizabilitate – dizabilitatea mentală – răspunzând doar parțial obiectivului de realizare a unei baze de date unitare și integrate a sistemului de asistență socială. Apreciem însă pe această cale că o asemenea inițiativă trebuie să aparțină în exclusivitate Autorității Naționale pentru Persoane cu Handicap care, prin rolul său de coordonator metodologic, are îndatorirea de a gestiona informații privind *toate* persoanele cu dizabilități din România, care beneficiază de servicii de îngrijire în sistem rezidențial sau nerezidențial. Prin urmare, inițiativa IPP nu se substituie acestui efort, ci vine în întâmpinarea sa cu un prim exercițiu concret de monitorizare/evaluare a serviciilor din perspectivele expuse mai sus și va fi pus în continuare la dispoziția Autorității și a Direcțiilor Generale de Asistență Socială ca o resursă utilă pentru un management și o planificare mai eficientă a activității acestora.

Argumentul este cu atât mai puternic în contextul recentelor măsuri adoptate de Ministerul Muncii, Familiei și Protecției sociale prin Hotărârea de Guvern

¹² Pentru primul exercițiu de monitorizare, nu au fost incluși indicatori care să se refere la serviciile nerezidențiale (centre de zi, echipe mobile, îngrijire la domiciliu, artterapie etc.)

nr. 23/2010 privind aprobarea Standardelor de cost pentru serviciile sociale¹³. În opinia Institutului, o asemenea măsură ar fi trebuit adoptată *după* stabilirea unor standarde de *calitate* cuantificabile pentru fiecare tip de serviciu în parte, altfel riscul de a prima criteriul economicității în dauna calității serviciului este foarte mare. Acest fapt se petrece deja odată cu adoptarea actului normativ, care prevede un raport disproporționat între costurile pentru servicii comunitare vs. costurile pentru servicii în instituțiile rezidențiale (în detrimentul primelor tipuri de servicii), realitate care va constitui un obstacol major în calea dezinstituționalizării, ca direcție principală de reformare a serviciilor acordate persoanelor adulte cu dizabilități mentale în România. Mai mult, faptul că aceste standarde nu țin cont de gradul de dizabilitate implică efecte grave care, practic, condamnă definitiv persoanele cu dizabilități severe și multiple, pentru care nu pot fi asigurate servicii de calitate în actualele condiții prevăzute de hotărârea de Guvern.

¹³ Vezi *Anexe*

4. Situația curentă a beneficiarilor din centrele rezidențiale pentru adulți din România

Principali indicatori propuși pentru analiza situației beneficiarilor din serviciile rezidențiale așa cum am arătat mai sus sunt:

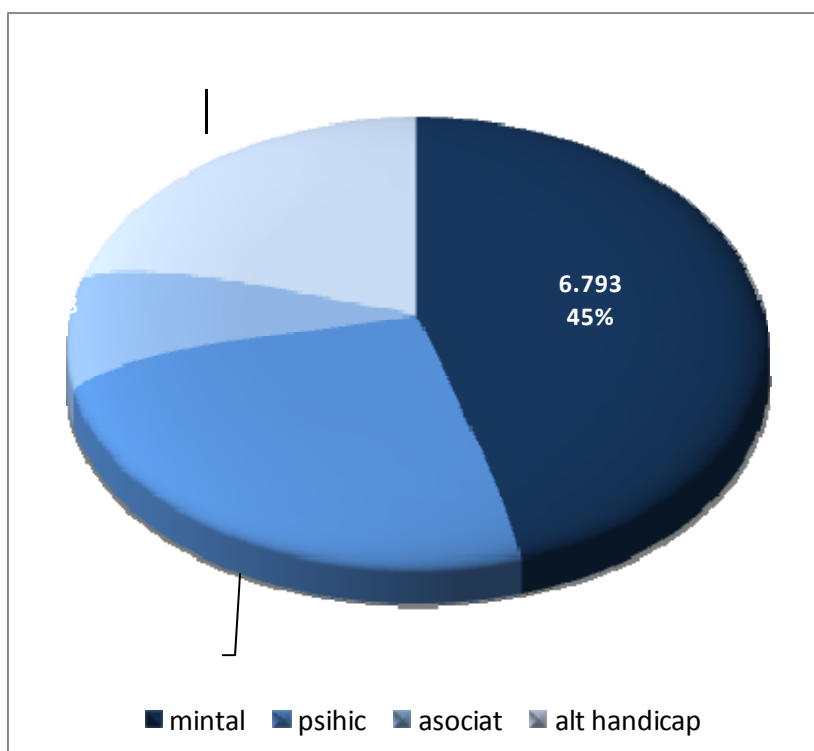
1. Numărul de beneficiari din serviciile rezidențiale (CIA, CITO, CRRN, CRPH, CSS, LP), defalcat pe tipuri de handicap;

Datele colectate pentru anii 2007 și 2008 indică următoarea situație a numărului de beneficiari *din sistemul rezidențial*:

2007

Număr persoane adulte cu handicap mental	6.793
Număr persoane adulte cu handicap psihic	3.981
Număr persoane adulte cu handicap asociat	1.178
TOTAL	11.952 persoane

Fig. 1: Ponderea numărului de beneficiari în totalul persoanelor adulte instituționalizate în 2007 pe tipuri de handicap

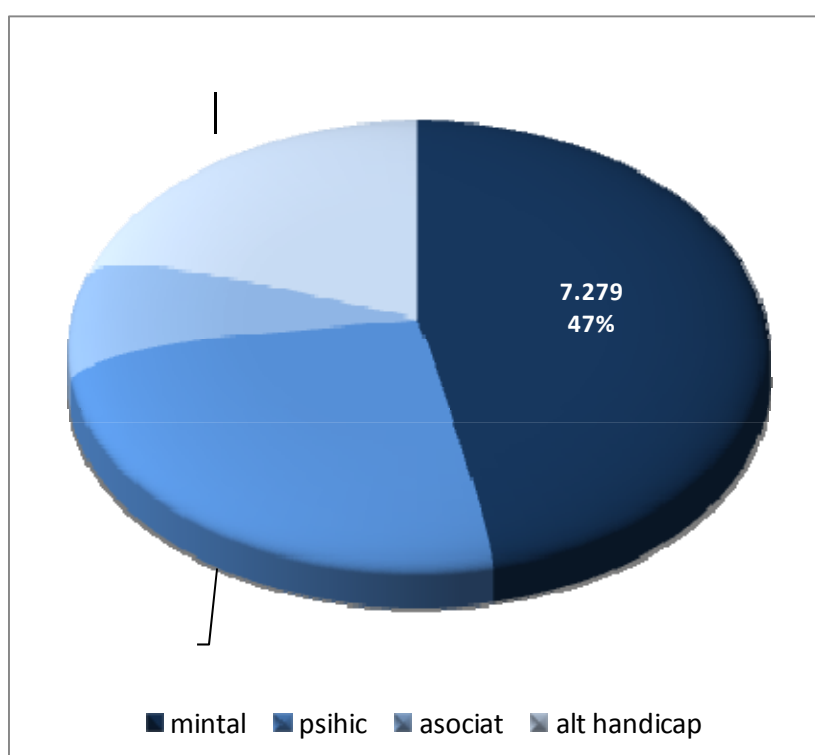


2008

Număr persoane adulte cu handicap mental	7.279
Număr persoane adulte cu handicap psihic	4.106
Număr persoane adulte cu handicap asociat	1.167
TOTAL	12.552 persoane

Așa cum se poate observa, dinamica numărului de beneficiari indică o rată de creștere anuală de aproximativ 5% a persoanelor care ajung în sistem rezidențial.

Fig. 2: Ponderea numărului de beneficiari în totalul persoanelor adulte instituționalizate în 2008 pe tipuri de handicap



Statisticile ANPH aferente semestrului II al anului 2009 confirmă tendința de creștere a numărului de persoane instituționalizate. Astfel, la finalul lunii iunie 2009, situația centralizată a numărului de beneficiari la nivel național indica:

2009 (30 iunie)

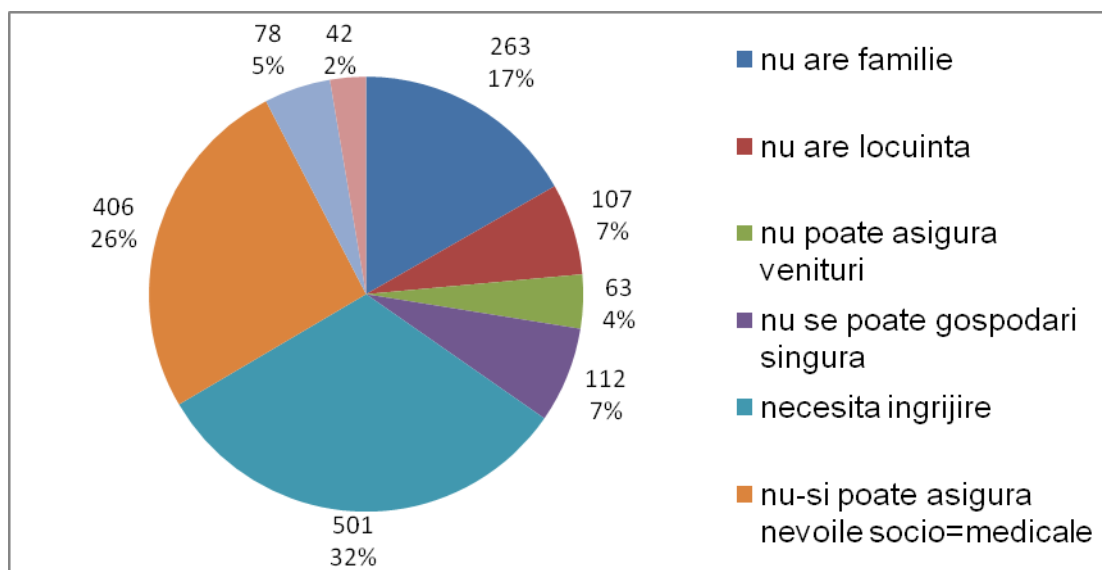
Număr persoane adulte cu handicap mental	7.999
Număr persoane adulte cu handicap psihic	4.602
Număr persoane adulte cu handicap asociat	1.296
TOTAL	13.870 persoane¹⁴

¹⁴ Reprezentând 81,5% din totalul persoanelor cu handicap instituționalizate în România la 30 iunie 2009.

Constatăm că în doar 6 luni, numărul persoanelor adulte cu dizabilități mentale din sistemul rezidențial a crescut cu aproape 10%, fapt care, în opinia autorilor, contravine principiului general al dezinstituționalizării care ar trebui să ghideze reforma serviciilor sociale destinate acestei categorii de beneficiari. Acest fapt este cu atât mai grav cu cât, acolo unde există inițiative în direcția dezinstituționalizării – ex: mutarea unor persoane din centre rezidențiale de capacitate mare în centre cu un număr mai mic de beneficiari și în locuințe protejate¹⁵, acestea nu sunt urmate, așa cum ar fi firesc, de închiderea instituțiilor mari, ci sunt înregistrate noi intrări în aceste centre pentru care cei care le gestionează susțin că există „liste de așteptare”.

2. Motivele de admisie în sistemul rezidențial de îngrijire pentru persoanele adulte cu dizabilități mentale;

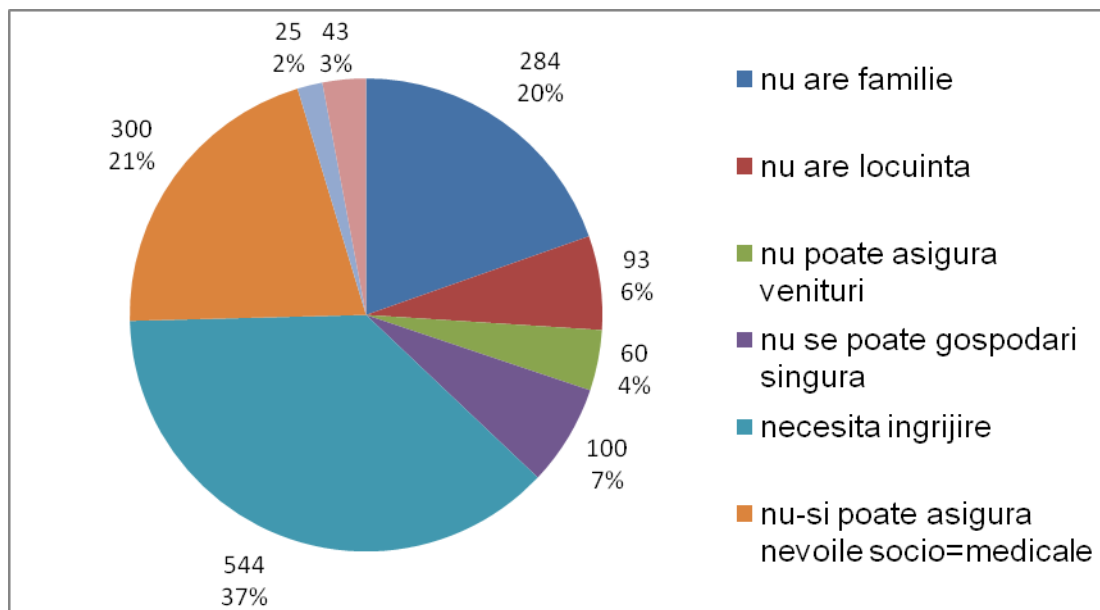
Fig. 3: Distribuția numărului de beneficiari nou instituționalizați în 2007 funcție de motivele de admisie



Din cei 1683 de beneficiari nou intrați în sistemul de protecție rezidențial în cursul anului 2007, potrivit informațiilor comunicate de Direcțiile Generale de Asistență Socială, cei mai mulți au fost internați în centre deoarece necesitau îngrijire (32%), nu își puteau asigura singuri nevoile socio-medicale (26%) sau nu aveau familii (17%).

¹⁵ Vezi programul Băncii Mondiale în acest sens.

Fig. 4: Distribuția numărului de beneficiari nou instituționalizați în 2008 funcție de motivele de admisie

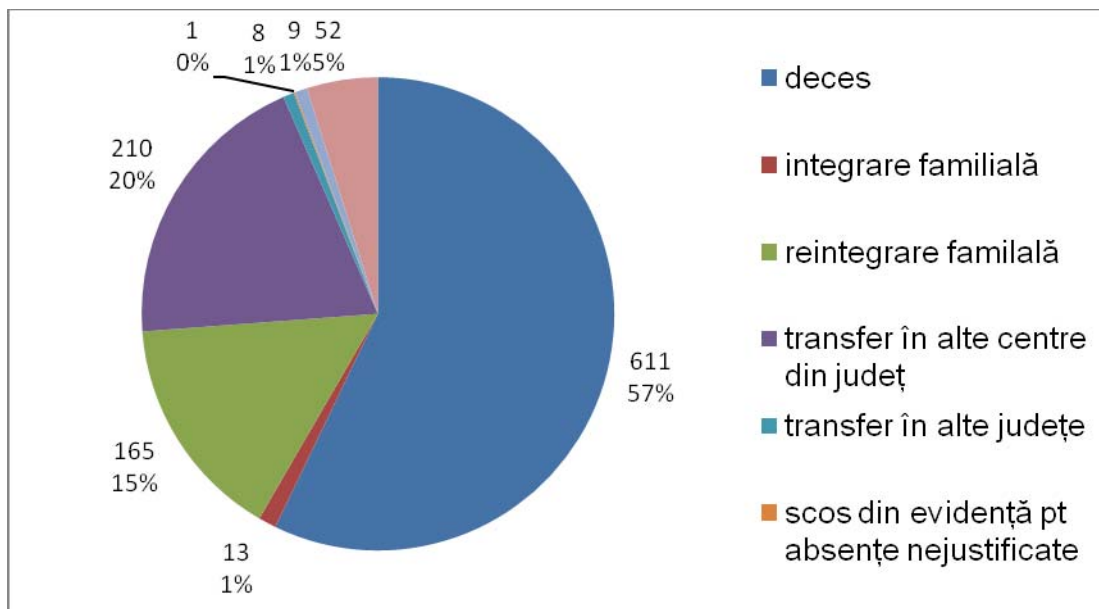


Situația este asemănătoare și în 2008: din 1636 de beneficiari nou intrați în sistem, 37% necesitau îngrijire, 21% nu își puteau asigura nevoie socio-medicale în afara instituției și 20% nu aveau familie care să îi îngrijească.

Constatăm în baza situației expuse aici că aceste centre îndeplinesc mai degrabă o funcție socială pasivă – persoane adulte sunt instituționalizate pentru că nu au familie, nu au locuință, nu au venituri etc., în timp ce servicii destinate cu adevărat persoanei cu dizabilități (ex: recuperare) abia dacă sunt înregistrate ca motive de admisie (5% în 2007 și doar 2% în 2008).

3. Motive de ieșire din sistemul rezidențial de îngrijire a persoanelor adulte cu dizabilități mentale

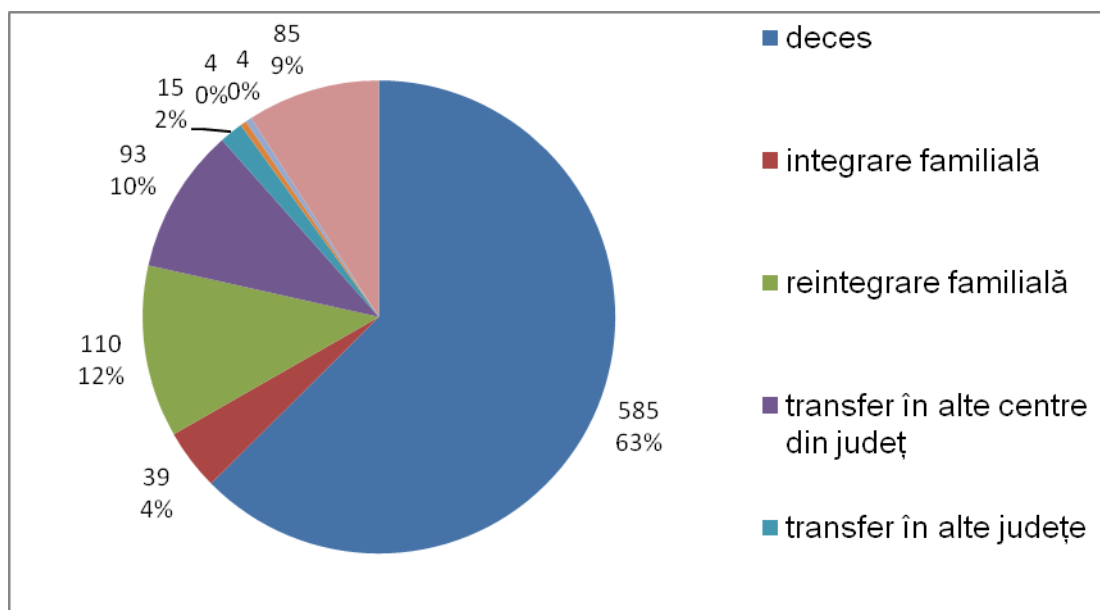
Fig. 5: Distribuția numărului de beneficiari care au părăsit sistemul rezidențial în 2007 funcție de motivele ieșirii



Analiza motivelor de ieșire a beneficiarilor din sistemul rezidențial de îngrijire pentru perioada de referință indică o realitate dramatică: mai mult de jumătate dintre persoanele din centrele rezidențiale (57%) nu mai părăsesc aceste instituții până la sfârșitul vieții, în timp ce integrarea/reintegrarea familială se întâmplă doar în 16% dintre cazuri.

Un aspect care ridică probleme serioase de îngrijire a persoanei adulte cu dizabilități mentale în opinia noastră este acela al transferului de beneficiari între județe: doar în anul 2007, 20% din numărul total de beneficiari au fost mutați dintr-un județ în altul datorită reglementărilor care prevăd faptul că decontarea costurilor cu beneficiarii se face în funcție de *locul nașterii* acestora, chiar dacă în unele situații persoana în cauză a trăit aproape toată viața în alt județ decât cel în care s-a născut. Acest fenomen dă naștere unor disfuncționalități majore în sistem, Direcțiile Generale de Asistență Socială acționându-se reciproc în instanță pentru recuperarea costurilor sau practicând un sistem de „compensație” la număr de beneficiari. În plan individual, aceste acțiuni pot avea repercusiuni grave asupra beneficiarilor pentru care transferul de la un județ la altul și schimbarea mediului reprezintă adevărate traume, afectând starea persoanei în cauză.

Fig. 6: Distribuția numărului de beneficiari care au părăsit sistemul rezidențial în 2008 funcție de motivele ieșirii



Ponderea deceselor ca motiv de părăsire a sistemului rezidențial crește în anul 2008, fiind urmată la mare distanță de măsuri care vizează integrarea/reintegrarea familială a beneficiarilor (în total 16%).

Constatăm, așadar, că odată intrate în sistemul rezidențial, persoanele adulte cu dizabilități mentale nu mai au șanse reale de integrare socială în comunitate, dacă ne uităm la cifrele care indică faptul că mai mult de jumătate dintre beneficiari nu mai părăsesc acest sistem decât în momentul decesului. De cealaltă parte însă, este necesar ca asemenea analize să fie extinse și la categoria beneficiarilor neinstituționalizați – numărul acestora fiind în 2009 de 201.107 persoane¹⁶, adică de aproape 20 de ori mai mare decât numărul de beneficiari existenți în instituții – întrucât neinstituționalizarea, în absența unor servicii comunitare adecvate beneficiarilor, poate conduce izolare, excluziune socială și la aceleași efecte dramatice pentru persoana cu dizabilități mentale.

¹⁶ Cu handicap mintal, psihic și asociat

4. Numărul de beneficiari preluați din sistemul de îngrijire a copilului;

O altă problemă a sistemului rezidențial de îngrijire a persoanelor adulte cu dizabilități mentale din România este aceea a *lipsei de prognoză* pe termen mediu a capacității serviciilor destinate beneficiarilor, precum și a „rupturilor” între tipurile de servicii destinate copiilor cu dizabilități și adulților. Constatăm astfel două situații: existența unui număr mare de persoane adulte cu dizabilități în sistemul de protecție a copilului, respectiv situația în care copii cu dizabilități aflați în îngrijirea asistenților maternali se reîntorc în sistemul rezidențial datorită lipsei de alternativă în îngrijirea adultului¹⁷.

2007

Număr adulți preluați din sistemul de protecție al copilului la nivel național:
319 beneficiari

Număr adulți existenți în sistemul de protecție al copilului la nivel național:
4.280 beneficiari

2008

Număr adulți preluați din sistemul de protecție al copilului la nivel național:
486 beneficiari

Număr adulți existenți în sistemul de protecție al copilului la nivel național
63.991 beneficiari

* * *

Indicatorii propuși în acest capitol reprezintă o bază minimală de informații pe care atât autoritățile responsabile de la nivel județean – Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului, cât și cele de la nivel național – Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap – ar trebui să le urmărească pentru a determina efectele măsurilor propuse pentru reformarea serviciilor sociale destinate acestei categorii de beneficiari.

¹⁷ Problema asistenților personali profesioniști nereglementată corespunzător în momentul de față

5. Tipuri de servicii oferite persoanelor adulte cu dizabilități mentale în sistemul rezidențial: găzduire vs. măsuri active de incluziune socială

În ceea ce privește situația instituțiilor rezidențiale, față de analiza situațională prezentată în Strategia Națională pentru protecția, integrarea și incluziunea socială a persoanelor cu handicap în perioada 2006 - 2013, numărul centrelor rezidențiale a crescut semnificativ în ultimii ani. Dacă în 2005, Strategia vorbește despre un număr de 141 de centre rezidențiale pentru persoane cu handicap, în care se acordă asistență pentru un număr de 20 până la 500 de persoane, în 2007 numărul centrelor rezidențiale, potrivit informațiilor transmise IPP, era de 237, iar în 2008 acesta a crescut la 252¹⁸.

Numărul mediu de beneficiari într-un centru în 2007 este de 60 de persoane, iar în 2008 de 59.

Din punct de vedere al profilului instituțiilor rezidențiale, la sfârșitul anului 2008 distribuția era următoarea:

Tip instituție	Număr
Centre de Recuperare și Reabilitare Neuropsihică (CRRN)	46
Centre de Recuperare și Reabilitare/Centre de Recuperare și Reabilitare pentru Persoane cu Handicap (CRR/CRPH)	27
Centre de Îngrijire și Asistență (CIA)	79
Centre de Integrare prin Terapie Ocupațională (CITO)	16
Complexuri de servicii sociale (CSS)	5
Centre de criză	2
Centre respiro	2
Locuințe protejate (LP)	52

¹⁸ Creșterea numărului de centre a survenit și ca urmare a restructurării unor centre de capacitate mare prin înființarea unor centre cu un număr mai mic de locuri. Totuși, nu în toate cazurile, centrele restructurate au fost închise.

Din punct de vedere al capacității maxime a instituțiilor rezidențiale, cele mai mari centre în 2008 erau:

Denumire Centru	Capacitate maximă
CITO Dumbrăveni, jud. Sibiu	450
CRRN Sasca Mică, jud. Suceava	401
CRRN Galda de Jos, jud. Alba	353
CRRN Găvojdia, jud. Timiș	323
CRRN Brâncovenești, jud. Mureș	300
CITO Țigveni, jud. Argeș	295
CIA Hârlău, jud. Iași	261
CRRN Techirghiol, jud. Constanța	250

La polul opus, centrele cu capacitate redusă la sfârșitul anului 2008 erau:

Denumire Centru	Capacitate maximă
CRRN Măicănești, jud. Vrancea	14
CITO Tabacovici, jud. Arad	20
Complex servicii persoane adulte Spineni, jud. Olt	20
CRRN Videle, jud. Teleorman	20
CIA Mociu, jud. Cluj	25
CITO Burila Mare, jud. Mehedinți	25
CIA Sf. Maria, jud. Dolj	33
CRRN Măicănești, jud. Vrancea	14

În 2007, un număr de 4 centre aveau capacitatea maximă depășită:

Denumire Centru	Capacitate maximă	Număr de beneficiari
CRRN Techirghiol, jud. Constanța	250	352
CRRN Călugăreni, jud. Mureș	240	257
CIA Babadag, jud. Tulcea	100	156
Complex servicii pentru persoane adulte Slatina, jud. Olt	50	90

În 2008, numărul centrelor în care capacitatea maximă este depășită crește la 6:

Denumire Centru	Capacitate maximă	Număr de beneficiari
CRRN Techirghiol, jud. Constanța	250	270
CRRN Răcăciuni, jud. Bacău	188	249
CIPA Mislea, jud. Prahova	50	94
CRRPH Huși, jud. Vaslui	100	173
CIA Babadag, jud. Tulcea	100	148
CRNA Băbeni, jud. Vâlcea	6	64

Conform informațiilor centralizate de la Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului, principalele tipuri de servicii oferite de instituțiile rezidențiale aflate în subordinea acestora sunt:

1. găzduire
2. îngrijire personală
3. recuperare
4. integrare socială
5. socializare
6. sprijin pentru viață independentă
7. recuperare medicală
8. consiliere
9. recuperare prin terapie ocupațională
10. îngrijire medicală
11. îngrijire paleativă
12. ergoterapie
13. suport și pregătire profesională

Cele mai multe mențiuni privesc servicii de tip *găzduire* și *îngrijire personală* pentru beneficiari pe care le-am putea numi *servicii pasive*, în sensul în care nu implică beneficiarii, ci aceștia sunt tratați mai degrabă ca *pacienți*. Mențiunile referitoare la servicii *active* – acelea care formează deprinderi de viață independentă beneficiarilor sunt relativ izolate – doar DGASPC Arad, Vrancea și Sector 2 declară că centrele din subordine furnizează beneficiarilor asemenea servicii.

În ceea ce privește terapiile utilizate în recuperarea beneficiarilor, marea majoritate a centrelor practică recuperarea medicală, în timp ce doar câteva centre folosesc terapii alternative – *ocupațională* (din județele Argeș,

Botoșani, Vrancea și sectorul 2), respectiv *ergoterapie* – doar CIA Răchitoasa din județul Bacău. Facem mențiunea că nu toate Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului au comunicat informații cu privire la serviciile furnizate de centre; deși numărul de Centre de Integrare prin Terapie Ocupațională (CITO) este destul de mare (la nivelul anului 2008 existau 16 asemenea centre), mențiunile cu privire la acest tip de servicii sunt mai puțin numeroase.

De asemenea, servicii de *suport și pregătire profesională* pentru beneficiari sunt furnizate, conform datelor transmise, doar la nivelul județului Iași (atelierele ocupaționale REVIS), alte centre având servicii de *integrare/reintegrare profesională* (DGASPC Dolj, CRRN Tulgheș și 5 locuințe protejate din județul Harghita, CRRN 2 Băbeni din județul Vâlcea).

Deși în chestionarul transmis DGASPC-urilor nu au fost solicitate informații privind integrarea efectivă a beneficiarilor pe piața forței de muncă (în unități protejate sau pe piața liberă), din interviurile ulterioare realizate de reprezentanții IPP cu conducerea unora dintre Direcțiile de Asistență Socială și Protecția Copilului a rezultat faptul că nivelul de angajare a persoanelor adulte cu dizabilități mentale este extrem de scăzut. Statisticile ANPH la jumătatea anului 2009 confirmă acest fapt: doar 968 de persoane cu handicap mintal (0,009% din totalul persoanelor cu handicap mintal), 1.545 de persoane cu handicap psihic (0,019% din totalul persoanelor cu handicap psihic) și 899 de persoane cu handicap asociat (0,026%) erau încadrate în muncă. Datele nu fac distincție între persoanele provenind din instituții și cele neinstituționalizate.

6. Calitatea serviciilor destinate persoanelor adulte cu dizabilități mentale din perspectiva politicii de resurse umane în sistem

Autor: Laila Onu
Director executiv Fundația Pentru Voi, Timișoara

Resursele umane sunt un factor esențial al calității serviciilor oferite persoanelor cu dizabilitate mentală. Calitatea serviciilor nu trebuie analizată exclusiv în raport direct cu condițiile materiale. Structura, ponderea, dar și alți factori precum nivelul de specializare, calitatea instruirii, experiența, calitatea prestației, fluctuațiile de personal etc. au un rol major în conturarea tipului de experiențe și oportunități pe care aceste persoane le au. Acest fapt devine cu atât mai important cu cât, fiind vorba de centre rezidențiale, persoanele cu dizabilitate își petrec majoritatea și uneori chiar totalitatea timpului în aceste structuri și, în cele mai multe cazuri, întreaga viață.

Reforma sistemului de protecție a persoanelor cu dizabilități nu a fost înțeleasă corect de unele autorități menite să o aplice. Reforma nu înseamnă mutarea persoanelor cu dizabilități din instituții mari și insalubre în altele mai mici și frumos amenajate, dar în care problema fundamentală a excluziunii sociale continuă să existe. Închiderea instituțiilor nu este un scop în sine, este doar o modalitate. Scopul este de a oferi fiecărui cetățean al României libertatea și șansa de a trăi demn în comunitate. Dizabilitatea nu este o problemă medicală, ci de respectare a drepturilor omului. Reforma înseamnă incluziune socială, autodeterminare, servicii și suport la nevoie, nondiscriminare, o slujbă, o locuință decentă. Aceasta duce la sprijinirea participării depline la viața comunității, la serviciile disponibile în comunitate și la eliminarea excluderii sociale, economice, politice și culturale.

Adulții cu dizabilități pot învăța, chiar dacă nu au avut acces la educație în copilărie. Fiecare din noi învață din experiență și din expunerea la situații provocatoare și interesante, nu doar de la profesori buni. Persoanele cu dizabilități mentale pot învăța abilitățile sociale și de autoîngrijire în perioada adultă. Acest lucru ridică problema oferirii de șanse educaționale adulților cu dizabilități intelectuale. Programele educaționale trebuie dezvoltate pentru persoanele cu dizabilități din instituții, cu atât mai mult cu cât majoritatea nu au avut acces la educație în școală. Educația nu trebuie să se termine odată cu absolvirea unei școli. Într-o țară ca România, unde sunt puține oportunități pentru educație, mult mai multă atenție ar trebui acordată dezvoltării abilităților de auto-reprezentare și auto-determinare a persoanelor cu dizabilități intelectuale.

Din păcate, în țara noastră modelul care predomină în sistemul de asistență a persoanelor cu dizabilități mentale este modelul medical, deși acesta a fost abandonat în țările Uniunii Europene de zeci de ani. Modelul medical (casework), caracterizează asistența socială de la începutul sec. XX, când asistența socială se dezvoltă ca o prelungire a actului medical. Modelul medical se caracterizează prin administrarea de tratamente și terapii (terapie socială, socioterapie, psihoterapie, etc.).

În 2007, numărul total de persoane asistate în cele 237 centre rezidențiale din întreaga țară era de 11.952 persoane. În ceea ce privește personalul, existau un total de 9.465 de posturi, din care erau ocupate 8.676 (92%). Aceasta înseamnă un raport de 1,3 beneficiari pe angajat.

În 2008, numărul total de persoane asistate în cele 252 centre rezidențiale din întreaga țară era de 12.552 persoane. În ceea ce privește personalul, existau un total de 10.156 de posturi, din care erau ocupate 9.216 (91%). Aceasta înseamnă același raport de 1,3 beneficiari pe angajat.

La prima vedere, raportul pare relativ suficient pentru a asigura calitatea serviciilor. Numărul relativ mare de angajați explică și cheltuielile mari din sector, respectiv costul mare pe beneficiar și ponderea pe care cheltuielile de personal o ocupă în structura costului pe beneficiar.

Dacă analizăm structura personalului din centrele rezidențiale, observăm numărul foarte mic al persoanelor care se ocupă direct de beneficiari, care să fie implicate în oferirea de programe educaționale, de învățare a deprinderilor de viață, în oferirea de oportunități de învățare, de dezvoltare personală, de experimentare de situații noi și construire de relații. Practic există foarte puțin personal cu funcția de a sprijini beneficiarii să ducă o viață independentă, să-și folosească abilitățile personale pentru a realiza o schimbare pozitivă în viața lor. Pentru a putea participa în diferite activități, a lua decizii, a face alegeri și uneori chiar pentru a se auto-îngriji, pentru a duce o viață plină și satisfăcătoare, persoanele cu dizabilitate mentală au nevoie de training și de sprijin specializat, de suport activ, centrat pe persoană. Aceasta presupune oferirea unui sprijin suficient pentru ca rezidentul, indiferent de nivelul intelectual sau de gradul dizabilității, să poată participa cu succes în activități cu sens, în relații semnificative, astfel încât să câștige mai mult control asupra vieții proprii, să devină mai independenți și mai incluși în comunitate, ca membri valoroși, cu drepturi dar și cu responsabilități.

Categoriile de personal	2007		2008	
	Posturi ocupate	Posturi existente	Posturi ocupate	Posturi existente
Administrativ	3542,50	3814,00	3704,00	4031,00
Medici	204,75	283,00	194,75	269,50
Psihologi	153,00	221,00	207,00	242,50
Asistenți sociali	227,50	262,00	241,00	269,00
Kinetoterapeuți	67,50	103,00	88,50	121,00
Logopezi	11,50	23,00	14,50	25,00
Maseuri	60,50	76,50	71,50	89,50
Educatori	773,50	809,50	924,00	960,50
Asistenți medicali	1515,00	1592,00	1603,75	1614,25
Infirmieri	3941,00	3891,00	4037,00	3838,00
Îngrijitori	896,00	918,50	825,00	815,00
Supraveghetori	140,00	152,00	279,50	300,50
Altele	859,00	764,50	885,50	809,00

La o primă analiză cantitativă, se observă ponderea mare a personalului administrativ (28,43% din totalul posturilor ocupate în anul 2007 și 28,32% din totalul posturilor ocupate în anul 2008). Explicația poate fi legată de procedurile administrative deosebit de greoaie din România, de birocrăția excesivă din întreg sectorul bugetar. Este de reținut că o parte din centre nu au atribuții în domeniul achizițiilor publice, a gestionării resurselor umane, a contabilității, acestea fiind în responsabilitatea DJASPC. Aceasta înseamnă că nu tot personalul administrativ se regăsește în tabelul de mai sus.

Raportul nr. beneficiari pe 1 angajat, pe diferite categorii de personal

	2007		2008	
	Posturi existente	Posturi ocupate	Posturi existente	Posturi ocupate
Administrativ	3.13	3.37	3.11	3.39
Altele	15.63	13.91	15.52	14.18
Asistenți medicali	7.51	7.89	7.78	7.83
Asistenți sociali	45.62	52.54	46.66	52.08
Educatori	14.76	15.45	13.07	13.58
Infirmieri	3.07	3.03	3.27	3.11
Îngrijitori	13.01	13.34	15.40	15.21
Kinetoterapeuți	116.04	177.07	103.74	141.83
Logopezi	519.65	1,039.30	502.08	865.66
Maseuri	156.24	197.55	140.25	175.55
Medici	42.23	58.37	46.58	64.45
Psihologi	54.08	78.12	51.76	60.64
Supraveghetori	78.63	85.37	41.77	44.91

Tot o pondere însemnată o are și categoria infirmierilor (31,80% din totalul posturilor ocupate în anul 2007 și 30,87% din totalul posturilor ocupate în anul 2008), urmată de categoria asistenților medicali (12,22% din totalul posturilor ocupate în anul 2007 și 12,26% din totalul posturilor ocupate în anul 2008). Aceasta înseamnă că predomină funcțiile de îngrijire și de asistență medicală în instituțiile din România, în detrimentul celor de sprijin pentru o viață independentă, abilitare - reabilitare, socializare, incluziune socială.

Având în vedere faptul că majoritatea covârșitoare (peste 80%) a personalului din aceste structuri rezidențiale nu are un rol direct în promovarea incluziunii sociale, în oferirea posibilității acestor persoane de a trăi ca cetățeni cu drepturi depline, ne întrebăm cum se presupune că se va realiza dezideratul menționat în Planul de acțiune privind implementarea Strategiei naționale pentru protecția, integrarea și incluziunea socială a persoanelor cu handicap, privind „transformarea instituțiilor existente din unități pasive, de internare și supraveghere medico-socială, în instituții cu o politică activă de integrare socială a persoanei cu handicap”.

Este de netăgăduit faptul că persoanele cu dizabilitate mentală au o nevoie crescută de servicii și îngrijire medicală, că necesită ajutor pentru îngrijirea personală, însă serviciile oferite ar trebui să se adreseze și altor aspecte ale vieții în afară de nevoile bazale. Pentru ca valorile umane de demnitate, respect, autodeterminare și participare să fie respectate, serviciile ar trebui să ofere suport acestor persoane pentru a se bucura de:

- bunăstare emoțională: siguranță, medii stabile și predictibile, feedback pozitiv
- relații interpersonale: afiliere, afecțiune, intimitate, prietenie, interacțiune
- bunăstare materială: bunuri posedate, dreptul de proprietate, angajare
- dezvoltare personală: educație și abilitare, activități cu sens, tehnologie asistivă
- bunăstare fizică: îngrijirea sănătății, mobilitate, nutriție, stare de bine general
- auto-determinare: decizii, control personal, alegeri, scopuri personale
- incluziune socială: medii integrative, participare, sprijin
- drepturi: intimitate, proprietate, medii fără bariere, accesibilitate, tratament convenit.

Prin urmare, calitatea vieții este asigurată prin totalitatea condițiilor care oferă persoanei umane posibilitatea unei dezvoltări armonioase, a realizării unei vieți pline, satisfăcătoare.

Standardele specifice de calitate pentru centrele rezidențiale, aprobate prin Ordinul Nr. 559 /22.10.2008 al ANPH, impun centrelor rezidențiale elaborarea pentru fiecare beneficiar a unui Plan Individual de Intervenție de către o echipă multidisciplinară formată din minimum trei specialiști în domenii ca medicină, asistență socială, psihologie, psihopedagogie. Acest Plan Individual de Intervenție stabilește, în baza evaluării/reevaluării, serviciile asigurate beneficiarului pe perioada rezidenței, precum și personalul implicat. Planul Individual de Intervenție include: Programul Individual de Îngrijire, Programul Individual de Recuperare, Programul Individual de Integrare/Reintegrare Socială.

Tot standardele impun centrului rezidențial să desemneze un responsabil de caz din rândul personalului specializat pentru a coordona și monitoriza Planul Individual de Intervenție. Responsabilul de caz, pe baza Planului Individual de Intervenție, elaborează un Orar Zilnic pentru fiecare beneficiar și urmărește respectarea acestuia. Planul Individual de Intervenție este revizuit după orice reevaluare, în funcție de nevoile individuale ale beneficiarului.

Centrul rezidențial are obligația asigurării de activități de recuperare în baza Programului Individual de Recuperare. În funcție de nevoile generale și individuale ale beneficiarilor și de resursele materiale și umane existente, activitățile de recuperare pot fi: psihoterapie; consiliere psihologică; terapii de recuperare neuromotorie – kinetoterapie, terapie prin masaj, hidroterapie, termoterapie, balneoterapie, fizioterapie; terapii de expresie și ocupaționale-artterapie, meloterapie, terapie prin muncă-ergoterapie; terapia tulburărilor de limbaj; formarea, dezvoltarea și consolidarea deprinderilor de viață independentă, igienă personală, autoservire și autogospodărire.

O altă cerință a standardelor este aceea ca personalul implicat în activitățile de recuperare trebuie să fie calificat corespunzător normelor profesionale. Personalul centrului trebuie să încurajeze și să sprijine beneficiarii să manifeste inițiativă, să-și organizeze și să execute, pe cât posibil autonom, activități cotidiene.

De asemenea, standardele susțin necesitatea asigurării de servicii de integrare/reintegrare familială și comunitară în baza Programului Individual de Integrare/Reintegrare social. Centrul rezidențial trebuie să asigure beneficiarilor, după caz, sprijin pentru a accesa în comunitate, servicii de: educație; informare și consiliere, interpretare în limbaj mimico-gestual, consiliere și reprezentare juridică, consiliere pentru adaptarea locuinței,

îndrumare vocațională: sprijin pentru angajare, formare, orientare și încadrare în muncă, asistență socială și altele.

Centrul rezidențial trebuie să asigure informarea beneficiarilor asupra valorilor promovate în comunitate, asupra drepturilor și obligațiilor lor în calitate de cetățeni, să sprijine beneficiarii să cunoască și să utilizeze serviciile comunității: poștă și comunicații, transport, educație școlară, servicii medicale și de recuperare, servicii de îndrumare vocațională, în funcție de nevoile și opțiunile individuale.

Persoanele cu dizabilitate mentală constituie un grup eterogen, cu nevoi diferite, însă analizând per ansamblu structura de personal din centrele rezidențiale, putem trage concluzia că sistemul românesc de protecție socială rămâne unul puternic medicalizat, centrat pe satisfacerea, în diferite grade, a nevoilor bazale – hrană, îmbrăcăminte etc., și care atinge încă doar tangențial componenta educativă, terapiile de altă sorginte decât cele strict medicale, având drept obiectiv creșterea până la nivelul maxim posibil a autonomiei personale și sociale a persoanei.

Cu un procent de doar 6-7% educatori și 1-2% psihologi și asistenți sociali, dezideratul implicării rezidenților în activități cu sens, oferirii unor experiențe cât mai variate, rămâne greu de atins. Dacă analizăm raportul angajat-număr de rezidenți, imposibilitatea oferirii alternativelor terapeutice, activităților și sprijinului necesar pentru abilitarea persoanei, devine și mai evidentă: în timp ce 1 educator se presupune că trebuie să se ocupe de 14-15 rezidenți, 1 infirmier are în grijă doar aproximativ 3 persoane și un asistent medical aproximativ 7. Firește, aceste numere variază de la un centru la altul, dar sunt ilustrative pentru oferta de servicii existentă. Această situație se poate cu ușurință transforma într-un cerc vicios: neoferindu-le beneficiarilor alternative terapeutice adecvate, în afară de tratamentul medicamentos, servicii comprehensive, individualizate, posibilitatea de a se implica în activități semnificative, starea lor de sănătate și comportamentul se deteriorează suplimentar, sporind consumul de servicii medicale. Există numeroase studii în literatura de specialitate care documentează consumul mult prea ridicat de antipsihotice și alte tipuri de medicamente de uz psihiatric pentru persoanele cu dizabilități mentale, cel mai adesea utilizate în lipsa altor intervenții terapeutice (Robertson & Emerson et. All, 2000; Matson & Neal, 2008). Numărul de medicamente psihotrope administrate crește substanțial și uneori nejustificat în cazul persoanelor cu tulburări de comportament, chiar dacă eficacitatea acestui tip de tratament nu este pe deplin dovedită, mai ales în lipsa unor intervenții psihoterapeutice de tip comportamental, bazate pe o analiză funcțională (Marshall, 2004).

În analiza mediei de rezidenți care revin unui angajat este important să ținem mai seama și de sistemul de ture în care se lucrează, de implicarea directă sau indirectă în lucrul cu beneficiarii, dacă respectivul angajat este direct disponibil persoanei și pe ce perioadă etc. Cu toate acestea, chiar și la o analiză de ansamblu este evidentă insuficiența tipului de personal care se presupune că ar contribui direct la formarea abilităților necesare autonomiei personale și sociale a persoanei cu dizabilitate mentală, la oferirea posibilității de a se implica în activitățile zilnice sau în activități cu scop terapeutic sau recreațional. Acest fapt devine mult mai dramatic în cazul persoanelor cu dizabilitate severă, întrucât șansele de a primi atenție din partea personalului, de a lua parte la activitățile zilnice sau la programe terapeutice, educaționale sau de petrecere a timpului liber scad pe măsură ce crește nevoia de sprijin a persoanei.

În majoritatea instituțiilor din țara noastră accentul este pus pe asigurarea securității fizice a rezidenților prin supraveghere, verificare, și în cel mai bun caz, pe satisfacerea nevoilor bazale – îmbrăcare, hrănire, administrare medicamente, fapt reconfirmat și susținut și de analiza structurii de personal din anii 2007-2008. Lipsa unor activități cu sens, adecvate nevoilor individuale și a activităților recreative adecvate, slaba implicare a persoanelor în activitățile zilnice, lipsa autodeterminării și a controlului asupra vieții personale, rigiditatea programului, depersonalizarea și tratamentul global, în bloc al rezidenților sunt aspecte încă existente în multe instituții din România. Este important să nu uităm faptul că persoanele cu dizabilități mentale au nevoie de sprijin, dar și drepturi care trebuie recunoscute și respectate pe deplin.

Analiza mai atentă a nevoilor beneficiarilor și planificarea centrată pe persoană a serviciilor implică o mai mare flexibilitate a alocării resurselor umane. Repartizarea structurii de personal mai aproape de dezideratele incluziunii sociale ar fi un alt pas necesar. Un alt demers ar trebui să fie o structură mai adecvată a personalului de specialitate, care să ofere servicii de abilitare, sprijin pentru dezvoltarea unor abilități de viață independentă, de auto-îngrijire, abilități sociale și nu în ultimul rând lucrative. Procentul personalului de specialitate – medici, asistenți sociali, psihologi, logopezi, kinetoterapeuți - este de aproximativ 6%, ceea ce ar trebui să se constituie într-un semnal de alarmă privind profesionalismul serviciilor oferite.

Modificarea structurii personalului, includerea de profesii noi: terapeuți ocupaționali, educatori specializați, job-seeker și job-coach, meloterapeuți împreună cu formarea permanentă a personalului începând cu managementul de vârf, pornind de la valorile fundamentale în domeniu: respectul demnității fiecărei persoane, dreptul la alegere și autodeterminare, valorizare și solidaritate socială sunt condiții indispensabile creșterii calității vieții

persoanelor cu dizabilități din sistemul de protecție specială. Numai în acest fel se pot oferi șanse egale și oportunități la o viață demnă și se vor putea evita efectele pe termen lung ale instituționalizării:

1. Izolarea de persoanele valorizate social - ca și rezultat al instituționalizării, persoanele cu dizabilități își petrec deseori cea mai mare parte a timpului și a vieții în compania altor persoane cu dizabilități, de asemenea rejectate din punct de vedere social. Oportunitățile de a întâlni persoane obișnuite sunt foarte reduse.
2. Lipsa relațiilor - persoanele cu dizabilități din instituții locuiesc și petrec cea mai mare parte a timpului cu persoane cu care este dificilă stabilirea unei relații sau cu care nu au ales să locuiască și nu doresc în mod special să aibă o relație. Acestea pot avea foarte puține oportunități pentru a întâlni alte persoane, exceptând personalul, care se poate schimba și el destul de frecvent.
3. Nesiguranța - Lipsa relațiilor în viață poate duce în mod evident la insecuritate emoțională. Din nefericire, multe persoane cu dizabilități trăiesc în condiții de securitate scăzută, unde pot fi subiectul intervenției din partea altor persoane sau unde obiectele lor proprii pot fi distruse sau furate.
4. Lipsa libertății și a controlului - Persoanelor cu dizabilități li se pot întâmpla multe lucruri fără ca ele să fie consultate sau chiar informate înainte de a se petrece. În general, aceste persoane au un control scăzut asupra propriilor lor vieți. Deseori libertatea lor de mișcare și de acțiune este restrânsă.
5. Sărăcia și lipsa experienței și a oportunităților - Cele mai multe persoane cu dizabilități au o situație materială precară. Ele nu dispun de resursele necesare și de oportunitatea de a cumpăra haine sau alte obiecte personale.
6. Tratamentul - Un număr de rapoarte au identificat excesul în administrarea medicamentelor persoanelor cu dizabilități intelectuale.
7. Sentimentul de a fi o povară pentru ceilalți - Persoane cu dizabilități din instituții au sentimentul de povară pentru ceilalți atunci când aud vorbindu-se despre ei în termeni negativi sau văzuți ca o problemă. Efectul asupra imaginii de sine și a identității este dezastruos.

Dacă comparăm viețile persoanelor cu dizabilități instituționalizate cu viețile noastre putem vedea în mod clar că viața lor este în mare parte irosită. Ele au oportunități extrem de reduse de a-și aduce contribuția în societate fie prin

activități, fie prin relații, lucru datorat și structurii actuale de personal din sistemul nostru de asistență specială.

7. Mecanisme de finanțare a serviciilor sociale destinate persoanelor adulte cu dizabilități mentale

Orice analiză/proiecție a unei măsuri de politică publică destinată unui anumit segment al vieții sociale nu se poate face în absența unor mecanisme de finanțare adecvate. Prin urmare, și în cazul politicilor publice destinate persoanelor adulte cu dizabilități mentale din România, factorul decizional trebuie să aibă în vedere sursele de finanțare pentru punerea în aplicare a acestor măsuri.

Sistemul de finanțare a serviciilor sociale pentru persoanele adulte cu dizabilități mentale este unul complex, care include surse multiple.

În România, sistemul de alocare a fondurilor în sectorul social este reglementat în principal de Ordonanța Guvernului nr. 86/2004 pentru modificarea și completarea Ordonanței Guvernului nr. 68/2003 privind serviciile sociale. Potrivit art. 52 din O.G. nr. 68/2003 cu modificările și completările ulterioare, de la bugetul de stat se alocă fonduri pentru:

- a) finanțarea, cofinanțarea sau, după caz, subvenționarea programelor de servicii sociale;
- b) finanțarea programelor naționale de dezvoltare a serviciilor sociale;
- c) finanțarea sau cofinanțarea altor măsuri și obiective concretizate în programe elaborate de Ministerul Muncii, Solidarității Sociale și Familiei, finanțare de la bugetul de stat.

Fondurile provenite de la bugetul de stat pentru sectorul de asistență și protecție socială se află sub coordonarea Ministerului Muncii, Familiei și Egalității de Șanse (actuala denumire – Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale), la nivelul căruia sunt organizate două autorități cu atribuții specifice în domeniu, inclusiv de monitorizare și control anume:

- Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap (ANPH);
- Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului (ANPDC).

Instituțiile rezidențiale pentru persoane cu dizabilități, aflate în coordonarea metodologică a ANPH sunt subordonate și finanțate, conform Legii nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, Consiliilor Județene, făcând parte din Direcțiile Județene de Asistență Socială și Protecția Copilului. În București, acestea sunt subordonate și finanțate de către Direcțiile de Asistență Socială de la nivelul sectoarelor.

Ordonanța de Urgență nr. 68/2003 modificată prin Ordonanța de Urgență nr. 86/2004 atribuie autorităților locale responsabilitatea de a finanța servicii sociale primare și autorităților județene pe cea de a înființa și finanța servicii sociale specializate pentru persoanele cu dizabilități. Legea nr. 448/2006 precizează la art. 33 că (1) Autoritățile administrației publice locale au obligația de a organiza, administra și finanța servicii sociale destinate persoanelor cu handicap, în condițiile legii.” La art. 93 din legea nr. 448/2006 se specifică clar sursele de finanțare pentru aceste servicii:

- a) Bugetul local al comunelor, orașelor și municipiilor;
- b) Bugetele locale ale județelor, respectiv ale sectoarelor municipiului București;
- c) Bugetul de Stat;
- d) Contribuții lunare de întreținere a persoanelor cu handicap care beneficiază de servicii sociale în centre;
- e) Donații și sponsorizări, în condițiile legii.

De asemenea, Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap, poate finanța, sau după caz, cofinanța programe de interes național care au ca scop integrarea, incluziunea socială și profesională a persoanelor adulte cu handicap, precum și creșterea calității vieții acestora. Aceste programe se aprobă ca anexă la bugetul Ministerului de resort, pe baza fundamentelor elaborate de Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap, care aprobă și metodologia de selectare și finanțare a programelor de interes național.

În secțiunea dedicată surselor de finanțare din chestionarul adresat de IPP Direcțiilor Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului (DGASPC), au fost inventariate principalele surse prin care au fost finanțate serviciile sociale furnizate persoanelor adulte din centrele rezidențiale în anii 2007 și 2008, după cum urmează:

- Suma totală alocată din bugetele Consiliilor Județene pentru asistență și protecție socială către instituțiile abilitate, din venituri proprii, respectiv din transferuri de la Bugetul de Stat;
- Suma defalcată alocată pe fiecare centru¹⁹
- Sumele alocate din proiecte cu finanțare externă (inclusiv co-finanțarea asigurată din bugetul Consiliului Județean)
- Sumele alocate din Programele de Interes Național (PIN)

¹⁹ Unele Direcții Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului au declarat că nu păstrează evidențe distincte în buget în acest sens

- Sumele provenite din activități economice derulate de beneficiarii centrelor (ex: ateliere protejate)
- Sumele provenite din contribuțiile beneficiarilor și/sau susținătorilor legali
- Alte surse (donații/sponsorizări)

Prin analiza comparată a cifrelor pe cei doi ani se pot constata o serie de iregularități care nu sunt întotdeauna explicate de corespondența cu numărul de beneficiari sau cu anumite analize de nevoi pe tipurile de servicii pentru persoanele adulte cu dizabilități mentale. De asemenea, dinamica volumului transferurilor de la Bugetul de Stat pentru cheltuieli cu asistența socială pentru adulți în intervalul 2007 – 2008 indică diferențe semnificative pentru unele județe, a căror explicație trebuie identificată în detaliu pentru fiecare caz în parte. În graficele de mai jos sunt prezentate câteva exemple în acest sens.

Fig. 9: Situația transferurilor de la Bugetul de Stat pentru servicii sociale destinate persoanelor adulte cu dizabilități mentale (2007)

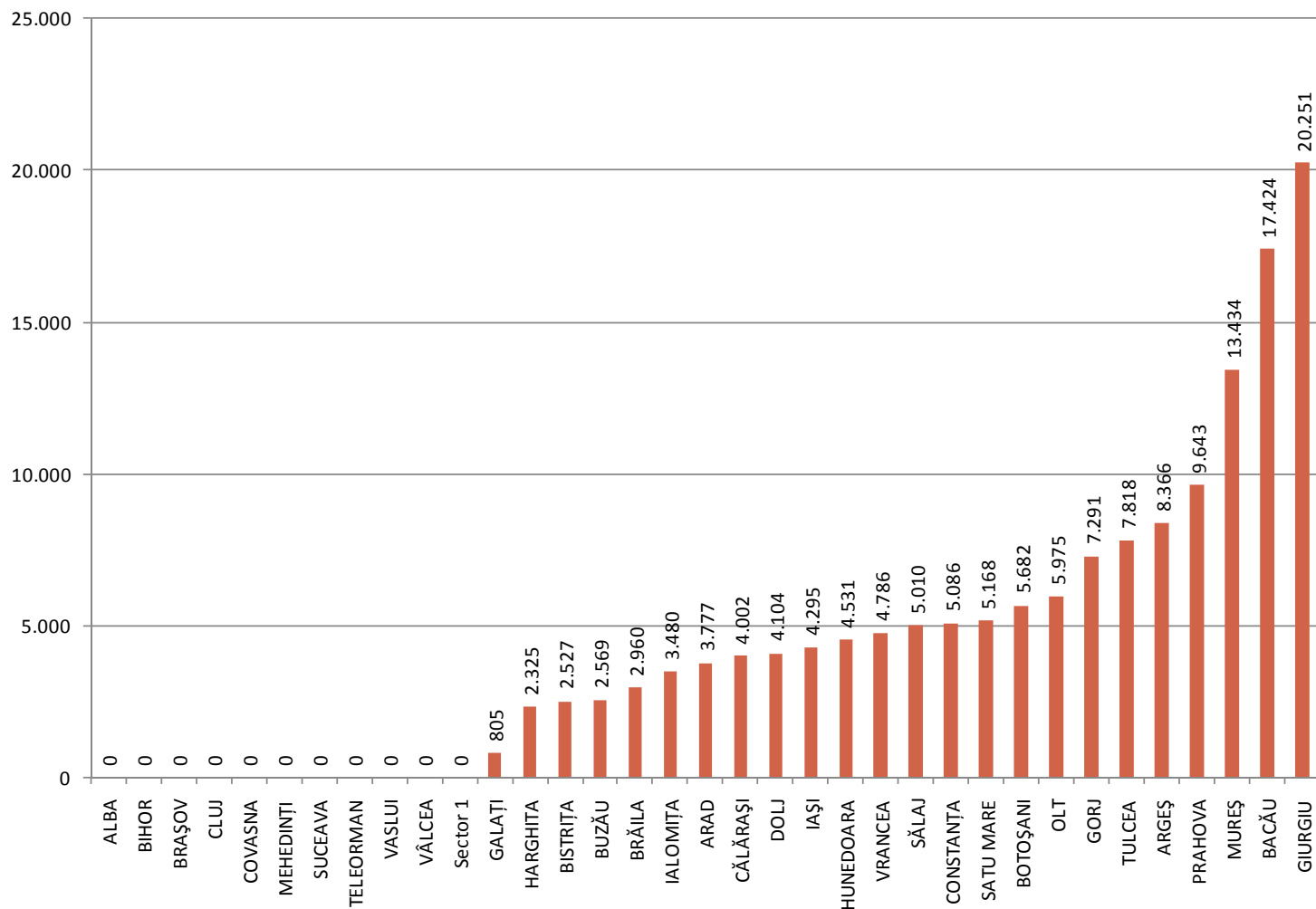


Fig. 10: Situația transferurilor de la Bugetul de Stat pentru servicii sociale destinate persoanelor adulte cu dizabilități mentale (2008)

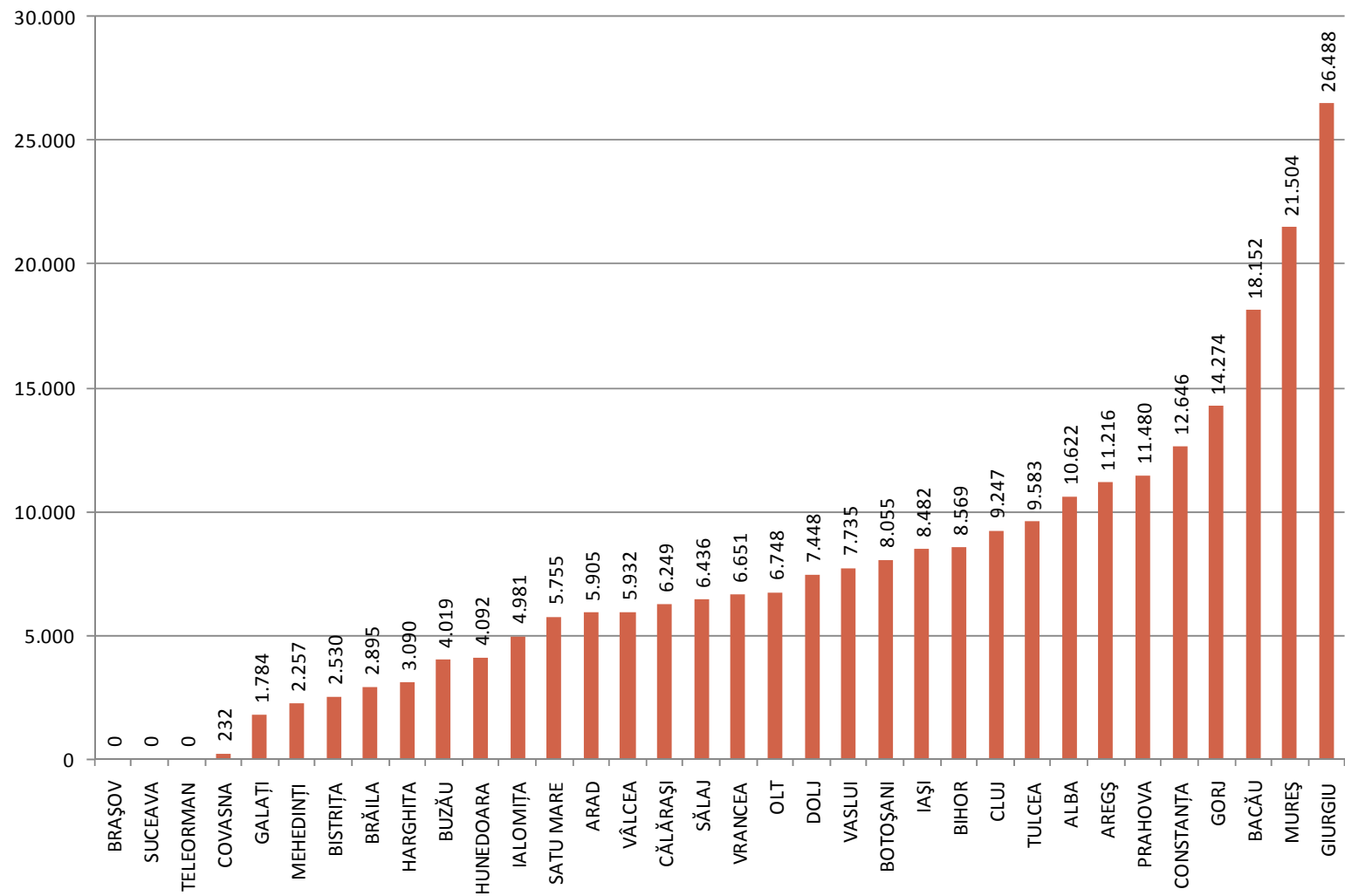


Fig. 11: Situația transferurilor de la bugetele județelor pentru servicii sociale destinate persoanelor adulte cu dizabilități mentale (2007)

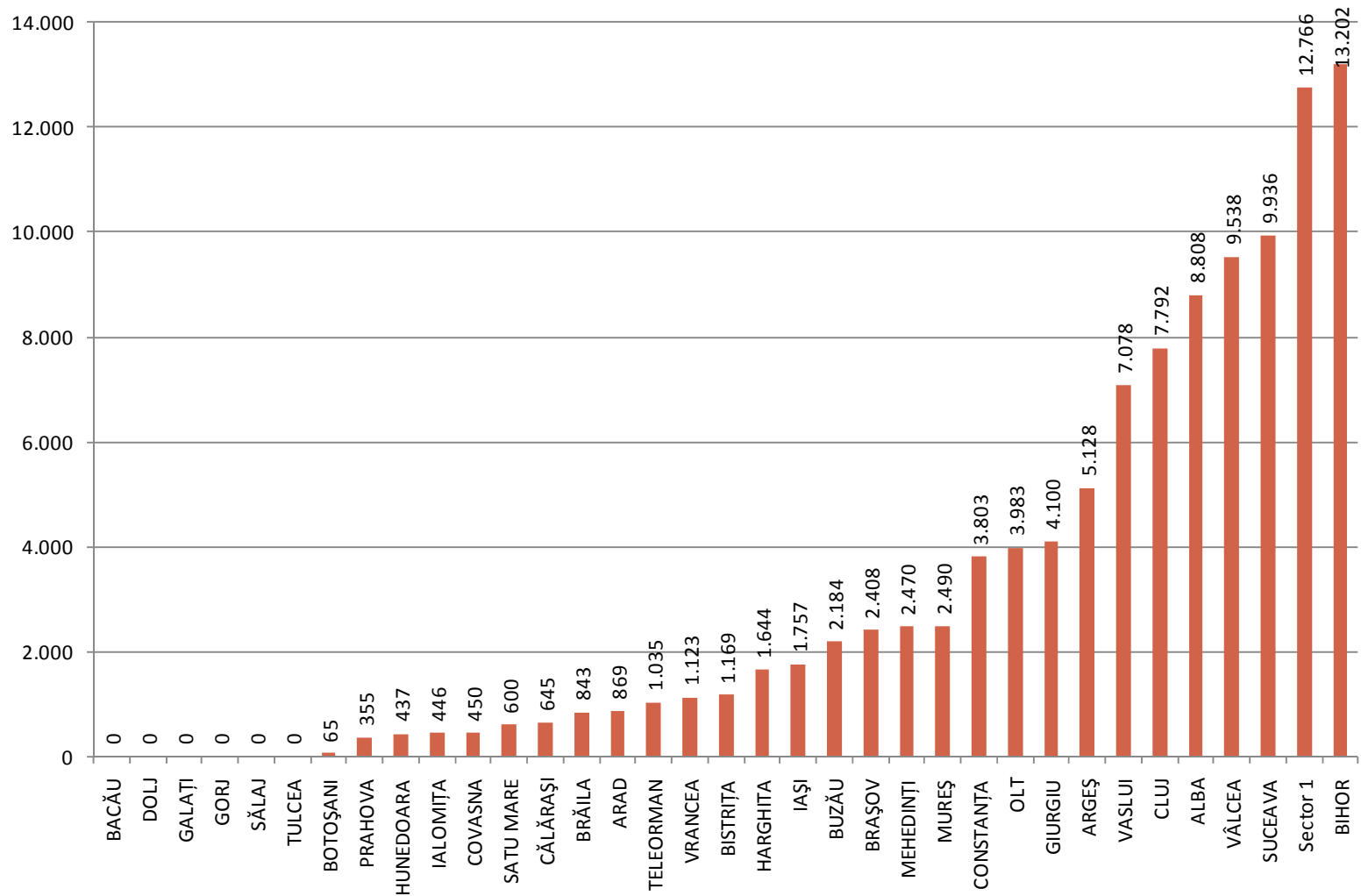
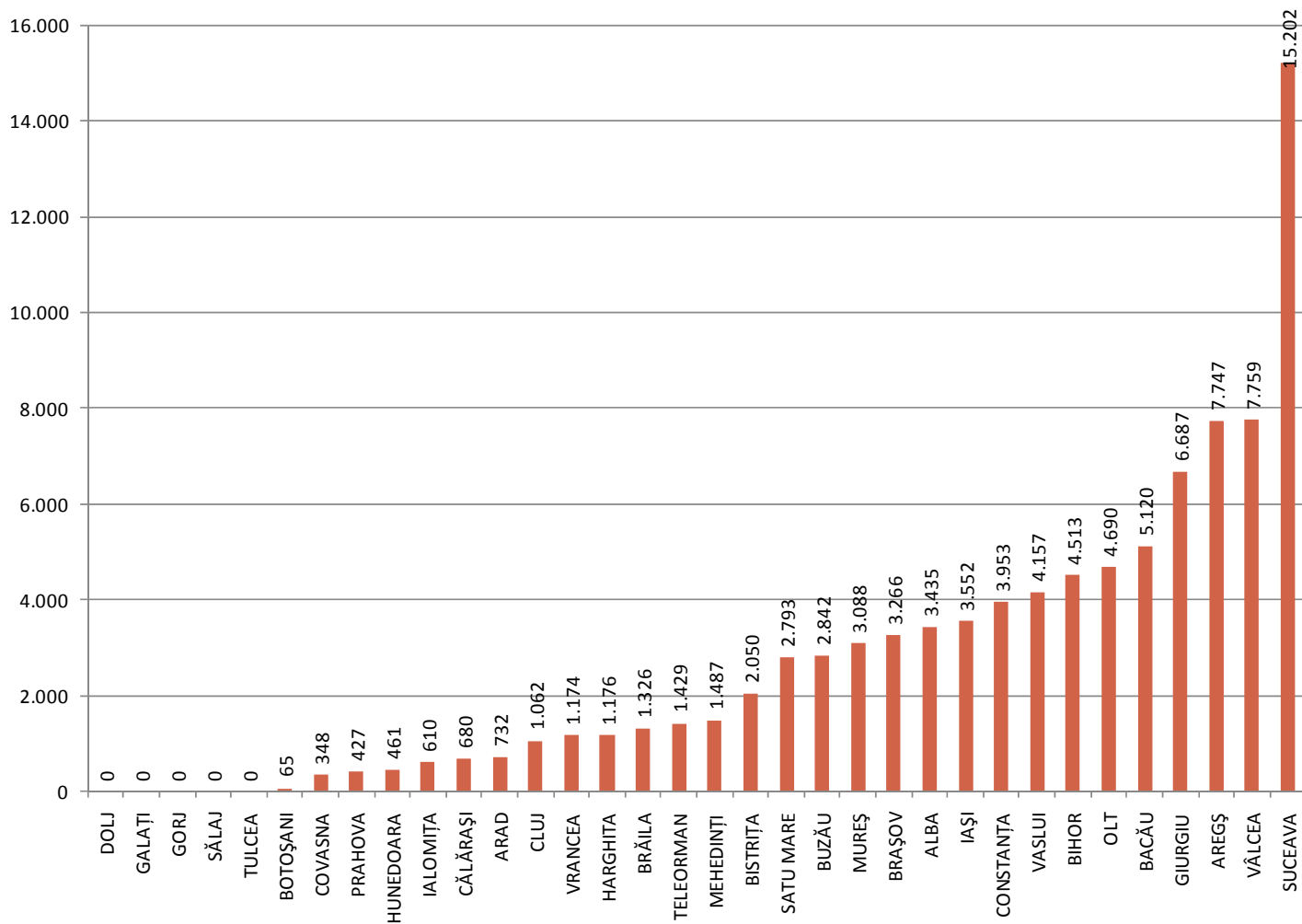


Fig. 12: Situația transferurilor de la bugetele județelor pentru servicii sociale destinate persoanelor adulte cu dizabilități mentale (2008)



În ceea ce privește capacitatea Direcțiilor Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului de a atrage resurse financiare alternative pentru serviciile sociale destinate persoanelor adulte cu dizabilități mentale în perioada 2007 – 2008, centralizarea informațiilor primite în baza chestionarelor indică următoarea situație:

Programe derulate cu finanțare externă:

DGASPC Mureș	2.801.870 euro
DGASPC Vaslui	2.411.749 euro
DGASPC Satu Mare	2.289.920 euro
DGASPC Dolj	2.023.229 euro
DGASPC Bacău	1.936.300 euro
DGASPC Alba	1.670.299 euro
DGASPC Arad	1.154.065 euro
DGASPC Bihor	1.081.494 euro
DGASPC Sibiu	1.010.974 euro
DGASPC Dâmbovița	920.437 euro

Programe derulate cu finanțare din PIN-uri:

DGASPC Botoșani	131.964 lei
DGASPC Călărași	8.150.500 lei
DGASPC Harghita	182.000 lei
DGASPC Ialomița	136.000 lei
DGASPC Iași	4.274.000 lei (2 proiecte)
DGASPC Vrancea	84.386 lei

Direcții Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului care nu au beneficiat de nici un proiect cu finanțare externă pentru domeniul dizabilității mentale în perioada de referință, conform informațiilor transmise IPP sunt: DGASPC Argeș, Bistrița, Brăila, Buzău, Călărași, Caraș Severin, Cluj, Galați, Gorj, Ilfov, Mehedinți, Olt, Suceava, Teleorman, Tulcea.

Toate aceste informații dau doar o dimensiune generală a managementului financiar al resurselor destinate persoanelor adulte cu dizabilități mentale în centrele rezidențiale, însă pentru a avea cu adevărat dimensiunea unei finanțări adecvate a serviciilor nu este suficient ca volumul cheltuielilor să fie raportat la numărul de beneficiari, ci la *nevoile* specifice ale acestora în cadrul diferitelor tipuri de servicii. Făcând astfel legătura cu recent adoptata Hotărâre de Guvern privind standardele de cost pentru serviciile sociale destinate persoanelor adulte cu dizabilități mentale din centrele rezidențiale, se ridică în mod firesc întrebarea dacă aceste standarde reflectă costurile *adecvate*

nevoilor beneficiarilor, cu alte cuvinte dacă în elaborarea acestora au fost avuți în vedere în detaliu anumiți parametri de calitate în ceea ce privește toate tipurile de resurse necesare asigurării unor condiții de viață proprii pentru beneficiari (de la hrană, resurse umane și până la asigurarea finanțării unor programe de recuperare/reintegrare socială etc.). De altfel, actul normativ specifică explicit faptul că aceste standarde de cost stau la baza determinării necesarului de cheltuieli *de funcționare ale serviciilor sociale*, reprezentând *costul minim* aferent furnizării acestor servicii, potrivit standardelor *minime de calitate* prevăzute de lege. Mai mult, legiuitorul prevede că „în situația în care, datorită nevoilor specifice și situațiilor particulare ale beneficiarilor unui anumit tip de serviciu, costurile necesare furnizării serviciului respectiv depășesc nivelul prevăzut de standardul de cost, Consiliile Județene, consiliile locale ale sectoarelor municipiului București și consiliile locale ale municipiilor, orașelor și comunelor, în calitate de furnizori publici de servicii sociale, alocă sumele necesare din veniturile proprii” (art. 3 din H.G. nr. 23/2010).

În aceste condiții și cu atât mai mult în această perioadă marcată de restricții bugetare, apreciem că este cu atât mai important rolul Direcțiilor Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului în evaluarea calității serviciilor sociale destinate persoanelor adulte cu dizabilități mentale potrivit unor indicatori specifici (de tipul celor descriși succint în capitolul 4 al acestui studiu), pentru a evita riscul major al utilizării exclusive a criteriului *economicității* în furnizarea acestor servicii către beneficiari. Considerăm pe această cale că este imperativ necesară o reanalizare a standardelor de calitate aferente diferitelor tipuri de servicii pentru persoanele adulte cu dizabilități mentale în sensul atribuirii unor parametri obiectivi și măsurabili pentru evaluarea acestora, nu doar a îndeplinirii unor criterii formale bifate în exercițiul Inspecției Sociale.

Nu în ultimul rând considerăm că este important în același context al analizei mecanismelor de finanțare să atragem atenția asupra unui fenomen general constatat cu prilejul numeroaselor demersuri de cercetare inițiate de IPP și Fundația *Pentru Voi* în acest domeniu – acela al comportamentului unor decidenți politici din plan județean care nu doar că nu tratează cu prioritate problema persoanelor cu dizabilități, dar consideră că aceste servicii sunt consumatoare de resurse fără să genereze o plus – valoare la nivelul comunității. Asemenea mentalitate este profund eronată și deteriorează grav însăși fundamentul conceptului de *protecție socială*, care nu trebuie privită ca o povară suportată de populația activă, ci ar trebui să se înscrie într-o filozofie a solidarității sociale care din păcate nu este suficient asimilată astăzi nici măcar la nivelul furnizorilor publici de servicii sociale – primii care poartă responsabilitatea în acest sens.

8. Concluzii și recomandări privind măsuri de politică publică în sfera serviciilor sociale destinate persoanelor adulte cu dizabilități mentale

Studiul de față vine pe fondul unui context politic nou, în care Guvernul recent numit în funcție a debutat prin adoptarea unor măsuri – în speță a standardelor de cost pentru serviciile sociale – care, în opinia noastră, necesită în continuare îmbunătățiri din prisma adaptării lor la o realitate care este încă deficitară în ceea ce privește asigurarea unor condiții de viață decente pentru persoanele adulte cu dizabilități mentale.

Datorită specificității profilului acestui segment, unde auto-reprezentarea este de cele mai multe ori imposibilă, inițierea unor campanii de conștientizare asupra problemelor din sistem este fundamentală pentru înțelegerea contextului mai larg al problemelor sectorului.

Argumentul primar pe care l-am enunțat încă de la începutul demersului de cercetare este acela că în domeniul specific al serviciilor sociale *eficiența* este un concept greu de cuantificat, întrucât ea nu se poate măsura în termeni concreți de productivitate, ci ține de o perspectivă mai largă a înțelegerii faptului că o societate inclusivă are nevoie de anumite valori reflectate în măsurile de politică publică pe care Guvernul le adoptă pentru grupurile dezavantajate din punct de vedere social. Argumentul este cu atât mai important în actualele condiții de criză economică în care principala preocupare a factorilor decizionali de la toate nivelurile este aceea de a raționaliza consumul de resurse. În ceea ce privește protecția socială a persoanelor cu dizabilități, acest lucru poate determina consecințe grave în absența unor sisteme de referință care să ne spună care este limita până la care pot fi puse în practică asemenea măsuri de reducere a consumului de resurse.

Salutăm pe această cale inițiativa Guvernului de a introduce în noul act normativ prevederi explicite cu privire la transparența privind utilizarea fondurilor alocate și administrarea acestora de către furnizorii publici și privați de servicii sociale, prin obligativitatea de a face publice informații privind costurile serviciilor sociale acordate, însă apreciem că este nevoie în continuare ca această prevedere să fie completată de reglementări specifice în același sens și pentru standardele de calitate a acestor servicii. Prin demersul de față, Institutul pentru Politici Publice (IPP) și Fundația *Pentru Voi*, pun la dispoziția factorilor decizionali expertiza și rezultatele colectate în cadrul proiectului în vederea elaborării, în continuare, a unor instrumente

adecvate pentru realizarea activității de colectare²⁰ a informațiilor privind furnizarea de servicii sociale către grupul – țintă la nivel local. Considerăm că orice asemenea demers de centralizare a unor informații privind furnizarea de servicii sociale, indiferent că este vorba despre protecția și promovarea drepturilor copilului, a persoanelor adulte cu handicap sau a persoanelor vârstnice, trebuie să țină cont nu doar de *costurile* aferente furnizării acestor servicii, ci și de condițiile locale de furnizare a serviciilor către beneficiari.

Rolul Direcțiilor Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului în acest sens este unul fundamental: în opinia noastră, aceste instituții au responsabilitatea de a transmite factorilor decizionali de la nivel central o situație care să reflecte *nevoile reale* ale beneficiarilor și nu atât să se limiteze la raportări cu caracter formal, care să se înscrie în limitele permise de lege. Mai mult, pornind de la mecanismele de finanțare descrise anterior și coroborând cu faptul că actul normativ specifică faptul că în condiții în care există nevoi specifice ale beneficiarilor unui anumit tip de serviciu, autoritățile de la nivel local au responsabilitatea asigurării acestor nevoi din resurse proprii, Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului trebuie să dezvolte argumentele necesare – bazate pe evaluări obiective și profesionale ale acestor servicii – pentru a susține nevoia de reformare a sistemului actual cu accent pe incluziunea reală a persoanelor cu dizabilități mentale în societate, în fața decidenților de la nivel județean.

Nu în ultimul rând, trebuie avut în vedere faptul că toate aceste măsuri trebuie să se subscrie unor angajamente majore asumate de țara noastră în ceea ce privește protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu dizabilități. România este semnatară a Convenției ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități și înregistrează deja restanțe în materia transpunerii principiilor Convenției în legislația națională (prin ratificare), asupra cărora Comisia Europeană a făcut observații la finalul anului 2009. Odată cu procesul de ratificare, este necesară o evaluare detaliată a sistemului actual de servicii publice destinate persoanelor cu dizabilități în general și adaptarea lor la cerințele specifice ale Convenției, nu doar din perspectiva asigurării finanțării, ci și a unor condiții care să asigure, așa cum specifică scopul Convenției, „promovarea, protejarea și asigurarea exercitării depline și egale a tuturor

²⁰ Potrivit art. 5, alin. (2) din H.G. nr. 23/2010, furnizorii publici de servicii sociale au obligația ca până la data de 30 aprilie a fiecărui an să transmită Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale, precum și autorităților administrației publice centrale aflate în subordinea acestuia, datele privind beneficiarii, costurile și personalul/tipul de serviciu înregistrate în anul anterior raportării. În aplicarea prevederilor acestui alineat, Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale, în colaborare cu autoritățile administrației publice centrale aflate în subordine și care au atribuții în domeniul serviciilor sociale, emit *instrucțiuni*.

drepturilor și libertăților fundamentale ale omului de către toate persoanele cu dizabilități și promovarea respectului pentru demnitatea inalienabilă a acestora”

9. Anexe

HG nr. 23/2010 privind aprobarea standardelor de cost pentru serviciile sociale

Publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 25 din 13 ianuarie 2010

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, și al art. 9 alin. (1) și (3) din Legea-cadru a descentralizării nr. 195/2006, Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1

(1) Se aprobă standardele de cost pentru serviciile sociale organizate și administrate, în condițiile legii, de către furnizorii publici de servicii sociale.

(2) Standardele de cost stau la baza determinării necesarului cheltuielilor de funcționare ale serviciilor sociale organizate și administrate de furnizorii publici de servicii sociale din unitățile administrativ-teritoriale, precum și a alocării sumelor defalcate din unele venituri ale bugetului de stat pentru bugetele locale.

(3) Standardele de cost constituie unul dintre criteriile în baza cărora furnizorii publici de servicii sociale contractează servicii sociale cu furnizorii privați sau, după caz, cu alți furnizori publici.

(4) Pentru încadrarea în standardele de cost, la organizarea și înființarea serviciilor sociale, furnizorii publici de servicii sociale vor avea în vedere cel mai avantajos raport cost/beneficiu la stabilirea capacității serviciului respectiv.

Art. 2

Standardele de cost reprezintă costul minim aferent cheltuielilor anuale necesare furnizării serviciilor sociale, calculat pentru beneficiar/pe tipuri de servicii sociale, potrivit standardelor minime de calitate sau criteriilor prevăzute de lege.

Art. 3

În situația în care, datorită nevoilor specifice și situațiilor particulare ale beneficiarilor unui anumit tip de serviciu social, costurile necesare furnizării serviciului respectiv depășesc nivelul prevăzut de standardul de cost, consiliile județene, consiliile locale ale sectoarelor municipiului București și consiliile locale ale municipiilor, orașelor și comunelor, în calitate de furnizori publici de

servicii sociale, alocă sumele necesare din veniturile proprii.

Art. 4

(1) Pentru a răspunde nevoilor beneficiarilor și pentru asigurarea unor servicii de calitate, furnizorii publici de servicii sociale angajează personalul din centrele rezidențiale și centrele de zi, cu respectarea următoarelor criterii:

- a) încadrarea pe categorii de personal;
- b) normarea, pe tipuri de servicii, a personalului încadrat potrivit prevederilor lit. a), cu raportare la totalul personalului prevăzut în statul de funcții aprobat prin hotărâre a consiliului județean sau local;
- c) încadrarea personalului corespunzător numărului maxim de posturi prevăzut în statul de funcții aprobat.

(2) Categoriile de personal prevăzute la alin. (1) lit. a) se referă la personalul cu funcții de conducere, funcții administrative, gospodărire, întreținere - reparații, deservire, precum și funcții de specialitate pentru îngrijirea și asistența beneficiarilor. Funcțiile personalului sunt prevăzute în anexa nr. 4.

(3) Normarea personalului, prevăzută la alin. (1) lit. b), se realizează astfel:

- a) în cazul serviciilor sociale acordate și organizate în centre rezidențiale, personalul de specialitate reprezintă minimum 60% din numărul total de personal;
- b) în cazul serviciilor sociale acordate și organizate în centre de zi, personalul de specialitate reprezintă minimum 80% din numărul total de personal.

(4) Pentru serviciile sociale prevăzute la alin. (3) lit. a) și b), se repartizează maximum două posturi pentru funcții de conducere, respectiv un post pentru directorul sau seful de centru și, după caz, un post pentru coordonatorul personalului de specialitate.

(5) Încadrarea cu personal, potrivit prevederilor alin. (1) lit. c), se stabilește în funcție de nevoile persoanelor beneficiare, precum și cu respectarea raportului număr de beneficiari/număr de personal.

Art. 5

(1) Pentru asigurarea transparenței privind utilizarea fondurilor alocate și administrarea acestora, furnizorii publici și privați de servicii sociale au obligația de a face publice informațiile privind costurile serviciilor sociale acordate.

(2) Furnizorii publici de servicii sociale au obligația ca până la data de 30 aprilie a fiecărui an să transmită Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale, precum și autorităților administrației publice centrale aflate în subordinea acestuia datele privind beneficiarii, costurile și personalul/tipul de serviciu, înregistrate în anul anterior raportării.

(3) În aplicarea prevederilor alin. (2), Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale, în colaborare cu autoritățile administrației publice centrale aflate în

subordine și care au atribuții în domeniul serviciilor sociale, emit instrucțiuni.

Art. 6

(1) Nivelul standardului de cost și raportul număr de beneficiari/personal angajat sunt prevăzute în anexele nr. 1 - 3 la prezenta hotărâre, după cum urmează:

a) anexa nr. 1, pentru serviciile sociale destinate protecției și promovării drepturilor copilului;

b) anexa nr. 2, pentru serviciile sociale destinate protecției și promovării drepturilor persoanelor adulte cu handicap;

c) anexa nr. 3, pentru serviciile sociale rezidențiale destinate persoanelor vârstnice.

(2) Finanțarea serviciilor sociale conform standardelor de cost prevăzute în anexele nr. 1 și 2 se asigură de la bugetul de stat în limita bugetelor aprobate anual cu această destinație în legea bugetului de stat și din bugetele proprii ale autorităților administrației publice locale.

Art. 7

Consiliile județene, respectiv consiliile locale răspund de repartizarea sumelor și de aprobarea bugetelor pentru serviciile sociale cu sau fără personalitate juridică, aflate în administrare.

Art. 8

Autoritățile administrației publice locale care au în administrare servicii sociale, coordonatorii serviciilor publice de asistență socială organizate în condițiile Legii nr. 47/2006 privind sistemul național de asistență socială, precum și directorii serviciilor sociale cu personalitate juridică răspund, în calitate de angajator, de reorganizarea serviciilor sociale, în condițiile legii, cu încadrarea în standardele de cost aprobate.

Art. 9

În funcție de dinamica cheltuielilor prevăzute la art. 5 alin. (2), precum și de particularitățile în evoluție ale serviciilor sociale și de standardele de calitate aferente, prezenta hotărâre se modifică și se completează în mod corespunzător, la propunerea Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale.

Art. 10

Anexele nr. 1-4 fac parte integrantă din prezenta hotărâre.

STANDARDELE
de cost/an pentru serviciile sociale destinate protecției și promovării drepturilor
persoanelor adulte cu handicap

Servicii sociale rezidențiale

1. Standard de cost pentru centrul de îngrijire și asistență persoane adulte cu handicap (CIA)

Tipul serviciului public rezidențial	Standard de cost/an/beneficiar — lei —	Raport beneficiar/angajat
Centrul de îngrijire și asistență persoane adulte cu handicap (CIA)	23.164	1,45/1

2. Standard de cost pentru centrul de recuperare și reabilitare persoane cu handicap (CRRPH)

Tipul serviciului public rezidențial	Standard de cost/an/beneficiar — lei —	Raport beneficiar/angajat
Centrul de recuperare și reabilitare persoane cu handicap (CRRPH)	24.423,55	1,3/1

3. Standard de cost pentru centrul de recuperare și reabilitare neuropsihiatrică (CRRN)

Tipul serviciului public rezidențial	Standard de cost/an/beneficiar — lei —	Raport beneficiar/angajat
Centrul de recuperare și reabilitare neuropsihiatrică (CRRN)	26.163,37	1,45/1

4. Standard de cost pentru centrul de integrare prin terapie ocupațională (CITO)

Tipul serviciului public rezidențial	Standard de cost/an/beneficiar — lei —	Raport beneficiar/angajat
Centrul de integrare prin terapie ocupațională (CITO)	18.692,16	2/1

5. Standard de cost pentru centrul-pilot de recuperare și reabilitare (CP)

Tipul serviciului public rezidențial	Standard de cost/an/beneficiar — lei —	Raport beneficiar/angajat
Centrul-pilot de recuperare și reabilitare (CPRR)	26.915	1,45/1

6. Standard de cost pentru centrul de pregătire pentru o viață independentă (CPVI)

Tipul serviciului public rezidențial	Standard de cost/an/beneficiar — lei —	Raport beneficiar/angajat
Centrul de pregătire pentru o viață independentă (CPVI)	21.578,94	3/1

7. Standard de cost pentru locuințe protejate (LP)

Tipul serviciului public rezidențial	Standard de cost/an/beneficiar — lei —	Raport beneficiar/angajat
Locuințe protejate (10 beneficiari/locuință) • minim protejate • moderat protejate • maxim protejate	14.796	3/1

8. Standard de cost pentru centre „Respiro” (CR)

Tipul serviciului public rezidențial	Standard de cost/an/beneficiar — lei —	Raport beneficiar/angajat
Centre „Respiro” (CR)	17.000	2,5/1

9. Standard de cost pentru centre de criză (CCZ)

Tipul serviciului public rezidențial	Standard de cost/an/beneficiar — lei —	Raport beneficiar/angajat
Centre de criză (CCZ)	13.291,13	3/1

Servicii sociale alternative (de zi)

1. Standard de cost pentru centrele de zi (CZ)

Tipul serviciului public rezidențial	Standard de cost/an/beneficiar — lei —	Raport beneficiar/angajat
Centrele de zi	13.088,64	—

2. Standard de cost pentru centrele ambulatorii de recuperare

Tipul serviciului	Standard de cost/an/beneficiar — lei —	Raport beneficiar/angajat
Centrele ambulatorii de recuperare	4.992,24	—

ANEXA Nr. 4

FUNCȚIILE personalului din serviciile sociale

	Personal cu funcție de conducere
1.	Director sau șef de centru
2.	Coordonator personal de specialitate
	Personal cu funcții administrative, gospodărire, întreținere-reparații, deservire
3.	Administrator
4.	Funcționar, administrativ, economic
5.	Casier, magaziner
6.	Paznic, bufetier, îngrijitor, spălătoreasă
7.	Șofer
8.	Muncitor calificat
9.	Muncitor necalificat
	Personal de specialitate de îngrijire și asistență. Personal de specialitate și auxiliar
10.	Medic
11.	Fiziokinetoterapeut
12.	Psiholog, psihopedagog
13.	Asistent social
14.	Logoped, profesor CFM, kinetoterapeut
15.	Instructor CFM, instructor de educație, instructor de ergoterapie, educator, educator-puericultor, maseur, nutriționist, dietetician, interpret în limbaj mimico-gestual
16.	Asistent medical, soră medicală
17.	Infirmieră, îngrijitoare

