



MINISTERUL MUNCII, SOLIDARITĂȚII
SOCIALE ȘI FAMILIEI

RAPORT NAȚIONAL STRATEGIC PRIVIND PROTECȚIA SOCIALĂ ȘI INCLUZIUNEA SOCIALĂ

București
- Septembrie 2006 -

CUPRINS

1. Parte I – Context general	3
1.1. Analiza situației sociale	3
1.1.1. Tendințe economice	3
1.1.2. Tendințe demografice	4
1.1.3. Evoluția sărăciei	6
1.1.4. Tendințe în ceea ce privește ocuparea	6
1.1.5. Participarea școlară	7
1.2. Abordare strategică generală.....	8
1.3. Mesaje cheie	10
2. Partea II – Planul Național de Acțiune pentru Incluziune Socială	11
2.1. Provocări cheie, obiective prioritare și ținte	11
2.2. Obiective prioritare	15
2.3. Buna Guvernare	24
3. Partea III – Raportul național strategic privind pensiile.....	27
3.1. Analiza sistemului de pensii	27
3.2. Perspective și reformă	32
4. Partea IV – Strategia națională pentru sănătate și îngrijiri pe termen lung ...	36

PARTEA I – CONTEXT GENERAL

1.1. Analiza situației sociale:

1.1.1. Tendințe economice:

România se află într-un proces de creștere economică, începând cu 2001 anual înregistrându-se o creștere de 5,7%. În anul 2005 s-a înregistrat un procent mai redus în ceea ce privește creșterea economică și anume de 4,1%. În primul trimestru al anului 2006 Produsul Intern Brut a înregistrat o creștere de 6,9% estimându-se ca pentru întreg anul 2006 creșterea acestuia să fie de 6,0%. În ceea ce privește PIB pe locuitor acesta era în anul 2005 de 7700 PCS, fiind de circa 3 ori mai mic decât media UE-25.

Veniturile totale, în termeni nominali, în anul 2005, au fost de 1212,2 lei lunar pe gospodărie și de 412,6 lei lunar pe persoană, cu 11,6% respectiv 12,1% mai mari decât în anul 2004. Principala sursă de formare a veniturilor totale o constituie, atât în anul 2005, cât și în anul 2004, veniturile bănești (79,6% în creștere cu 3,8 puncte procentuale față de anul 2004). De asemenea, se poate remarca o pondere mare a veniturilor din natură (20,4%) în scădere însă față de anul precedent (- 3,8 puncte procentuale), pe seama în principal a contravalorii consumului de produse alimentare din resurse proprii (-4,5 puncte procentuale).

Salariile și celelalte venituri asociate lor formează cea mai importantă categorie de venituri, având ponderea cea mai mare în veniturile totale ale gospodăriilor (47,3% în creștere cu 2,7 puncte procentuale față de anul 2004). Totuși contribuția lor la formarea veniturilor este scăzută comparativ cu cea care caracterizează economiile de piață

dezvoltate datorat în principal numărului relativ mic de salariați din componența gospodăriilor.

O altă categorie de venituri care deține o pondere destul de importantă în structura veniturilor totale ale gospodăriilor, atât în anul 2005, cât și în anul precedent, o reprezintă veniturile din prestații sociale (20,4% în creștere față de anul 2004 cu 1,1 puncte procentuale).

Veniturile din agricultură, activități independente și cele din proprietate au încă o pondere scăzută în veniturile totale ale gospodăriilor (7,6%).

În ceea ce privește cheltuielile totale ale gospodăriilor înregistrate în anul 2005, au fost, în medie de 1149,3 lei lunar pe gospodărie și de 391,2 lei pe persoane, situându-se aproape de nivelul veniturilor totale (94,8%).

Principalele destinații ale cheltuielilor efectuate de gospodării sunt consumuri de bunuri alimentare, nealimentare, servicii și transferurile către administrația publică și către bugetele asigurărilor sociale, sub forma impozitelor, cotizațiilor și contribuțiilor, precum și acoperirea unor nevoi legate de producția gospodăriei.

Cea mai mare parte a cheltuielilor gospodăriilor este alocată pentru consum. Nivelul cel mai înalt al cheltuielilor de consum s-a înregistrat în anul 2005 la gospodăriile de patroni (1763,9 lei), iar pentru celelalte categorii de gospodării ponderea cheltuielilor de consum este: 64,2% la salariați, 50,0% la lucrătorii pe cont propriu, 42,1% la gospodăriile de șomeri, 39,4% la gospodăriile de pensionari și 37,3% la gospodăriile de agricultori.

1.1.2. Tendințe demografice:

Presiunea schimbărilor demografice ce se înregistrează la nivel european are repercusiuni și asupra României, înregistrându-se un proces lent și continuu de scădere a numărului populației. Factorii care au determinat acest fenomen sunt: scăderea natalității (de la 13,6‰ în anul 1990 la 10,2‰ în anul 2005), creșterea semnificativă a

mortalității (de la 10,6‰ în 1990, la 12,1‰ în anul 2005), precum și sporul natural al populației care a scăzut îngrijorător de la 3,0‰ în 1990 la 1,9‰ în 2005.

Consecințele acestor tendințe au dus la înregistrarea unei presiuni a populației vârstnice asupra populației adulte, potențial active, implicit asupra sistemului de protecție sociale (ocupare, sănătate, asistență socială, asigurări sociale, etc.). Populația sub 15 ani este în continuă scădere, fiind de 15,5% față de 19,0% în 1999, în timp ce populația de 65 ani și peste a crescut de la 13,0 la 14,8%. Proporția persoanelor de 65 de ani și peste, este în România, de 14,8% în anul 2006, ceea ce reprezintă mai puțin decât media la nivelul UE-25 de 16,5%, iar proporția tinerilor este de 15,5%, aproximativ egală cu media UE-25 de 16,4%.

Totodată se constată și o schimbare constantă în ceea ce privește gospodăriile în România. În anul 2005 comparativ cu anul 2004 s-a înregistrat o tendință de creștere a numărului de gospodării din mediul urban (de la 55,8% în anul 2004 la 56,4% în anul 2005) și respectiv o scădere a celor din rural (de la 44,2% în anul 2004 la 43,6% în anul 2005). Mărimea medie a unei gospodării este de 2,938 persoane (2,950 persoane în anul 2004).

Gospodăriile formate din 1-2 persoane au fost mai numeroase în mediul urban decât rural (54,7% față de 45,3% în rural); de asemenea cele formate din 3-4 persoane (64,2% față de 35,8% în rural). În schimb, ponderea gospodăriilor formate din 5-6 persoane și mai multe a fost mai mare în mediul rural decât în mediul urban, acestea din urmă fiind în proporție de 68,2% în mediul rural.

Distribuția gospodăriilor în funcție de numărul copiilor în vârstă de până la 18 ani aflați în întreținere se caracterizează prin ponderea mare a gospodăriilor fără copii (66,7% din total), pondere ridicată atât în mediul urban, cât și în rural (64,2% în urban și 69,8% în rural). Dintre gospodăriile cu copii, cele mai frecvente sunt cele cu un copil (58,0%). Gospodăriile cu 1 sau 2 copii au o pondere mai mare în mediul urban, iar cele cu trei și cu patru și mai mulți copii se află în proporție mai mare în mediul rural.

1.1.3. Evoluția sărăciei:

Dinamica sărăciei arată o scădere constantă în ultimii ani, scădere care se menține și pentru anul 2005. Astfel, dacă în 2004 rata sărăciei înregistra o valoare de 18,8%, în anul 2005 aceasta se situa la valoarea de 18,2% (18,0% pentru populația de sex masculin și 18,4% în rândul femeilor).

Din punct de vedere al mediului de rezidență, mediul rural se confruntă în continuare cu o incidență mai mare a sărăciei și sărăciei severe, ratele sărăciei din mediul rural înregistrând în anul 2005 valoarea de 28% față de 10,2% în mediul urban, deci aproximativ 70% dintre săraci trăiesc în mediul rural.

Situația sărăciei pe tip de gospodărie se poate constata o rata a sărăciei mare pentru persoanele singure și anume 25,9% (20,1 % în rândul bărbaților și 28,6% în rândul femeilor) deci cu 7,7% mai mult decât rata sărăciei la nivel național. Rata sărăciei de 30,2% se regăsește și pentru gospodăriile formate dintr-o persoană în vârstă de peste 65 ani.

Gospodăriile formate din 2 adulți cu 3 și mai mulți copii reprezintă categoria cea mai expusă riscului sărăciei, rata sărăciei fiind de 43,6% cu 25,4% peste rata sărăciei înregistrată la nivel național.

1.1.4. Tendințe în ceea ce privește ocuparea:

În perioada 1999 – 2005, populația ocupată a României a scăzut cu 1338 mii persoane, adică cu 13,2%. În anul 2004 populația ocupată era de 9.158 mii persoane din total populație activă de 9.957 mii persoane. În anul 2005, populația ocupată era de 9.147 mii persoane. Rata de ocupare a populației în vârstă de muncă a fost de 57,7%, în comparație cu 63,0 % în UE-25 și 64,5% în UE-15..

Decalajul între ratele de ocupare pe sexe a fost în 2005 de 12,4 puncte procentuale (63,9% pentru bărbați față de 51,5% pentru femei), iar pe cele două medii de rezidență de 6,6 puncte procentuale (61,6% în rural față de 55,0% în urban).

1.1.5. Participarea școlară:

Datele disponibile la nivelul anului școlar 2004/2005 indică o scădere a populației școlare, cu aproape 3,5% față de anul școlar 2000/2001. Cea mai importantă scădere este cea a numărului de elevi înscriși în învățământul *primar și gimnazial*, cu 11,0% și respectiv 22,3% în perioada menționată; în ambele cazuri cele mai severe reduceri ale efectivelor școlare se înregistrează în mediul urban. Prognozele realizate până în prezent arată că populația de vârstă școlară va înregistra o reducere cu aproximativ 20% în intervalul 2005-2013; cea mai pronunțată scădere este previzionată pentru grupa de vârstă 15-24 ani, menținându-se diferențe pe nivele de educație și regiuni. Pentru anul 2005, ponderea tinerilor cu vârsta cuprinsă între 18 – 24 ani și care au părăsit timpuriu sistemul educațional fiind de 20,8%, înregistrându-se totuși o scădere față de anul 2004 de aproximativ 2,3% (în anul 2004 fiind 23,1%).

1.2. Abordarea strategică generală

Începând cu ultimii ani politicile elaborate de autoritățile române au vizat crearea premiselor necesare unei creșteri economice durabile, într-un context macroeconomic stabil ce s-a conturat din ce în ce mai mult în ultimul deceniu. Acest fapt a condus la instituirea unui mediu adecvat creării de noi locuri de muncă și la dezvoltarea unui sistem de protecție socială eficient și modern.

În perioada următoare, pentru realizarea obiectivelor Strategiei de la Lisabona, Guvernul României a adoptat o serie de strategii sectoriale adresate grupurilor vulnerabile, precum și Planul Național de Acțiune în domeniul Ocupării. Obiectivul global al dezvoltării politicilor sociale în România se referă cu prioritate la creșterea calității vieții cetățenilor prin crearea de locuri de muncă mai bune toate acestea realizându-se printr-o abordare globală a tuturor politicilor sociale (incluziune socială cu toate aspectele multidimensionale, pensiile, sănătatea și îngrijirile pe termen lung).

Raportul Strategic privind Protecția Socială și Incluziunea Socială prezintă principalii pași strategici de urmat în domeniul protecției sociale, printr-o abordare într-o dimensiune partenerială, propunând și responsabilitățile partenerilor din societate. Implementarea acestor priorități nu se poate face numai prin efortul autorităților centrale, ci prin implicarea tuturor actorilor și anume: autorități locale, organizațiile angajatorilor, sindicate, organizații ale societății civile, organizații/asociații ale beneficiarilor, mediu academic, etc.

Bunăstarea cetățenilor presupune asigurarea unui echilibru financiar durabil și nu se poate face decât prin dezvoltarea unui sistem de protecție socială de calitate ridicată. Astfel, prestațiile sociale trebuie diversificate luând în considerare evaluarea nevoilor reale ale persoanelor/grupurilor/comunităților, încercând totodată a se evita dependența de sistem prin dezvoltarea laturilor „active” ale protecției sociale: ocupare, servicii sociale.

Totodată, sistemul național de pensii vizează limitarea riscului sărăciei în rândul persoanelor vârstnice și tinde să permită menținerea unui nivel de viață apropiat de cel al vieții active. Dezvoltarea celui de-al doilea și al treilea pilon al sistemului de pensii va contribui la realizarea acestor ținte.

Promovarea politicilor de integrare pe piața muncii, și în special incluziunea grupurilor dezavantajate va avea ca efect pe termen lung continuarea creșterii economice, întărirea coeziunii sociale și va asigura garantarea sustenabilității financiare a sistemului de protecție socială. În acest context oferta și cererea de locuri de muncă trebuie privite global și complementar; existența unei oferte de forță de muncă bine calificată va duce la dorința angajatorilor de a crește numărul de locuri de muncă bine plătite. Pentru aceasta trebuie găsit un echilibru între avantajele date angajatorilor și armonizarea programelor școlare care să combine formarea teoretică cu cea practică.

Economia socială începe să ocupe de asemenea un loc important în dezvoltarea politicilor de incluziune socială din România. Obiectivul este acela de a crea locuri de muncă în beneficiul persoanelor defavorizate în scopul de a găsi răspunsuri la nevoile sociale identificate și care nu-și pot găsi soluționarea.

Lupta împotriva excluziunii sociale se va baza pe dezvoltarea de măsuri integrate având în vedere caracterul multidimensional al fenomenului, ținând cont de aspectele socio-culturale, situația de locuire, nivelul de educație, starea de sănătate. În acest context, în vederea integrării în societate, a categoriilor de persoane vulnerabile cu risc de excluziune socială se are în vedere dezvoltarea programelor de formare profesională în complementaritate cu acordarea de prestații și servicii sociale, precum și întărirea parteneriatelor la nivel local.

1.3. Mesaje cheie:

- Continuarea reformelor economice și sociale care să conducă la o creștere economică constantă, precum și la creșterea veniturilor cetățenilor în termeni reali;
- Scăderea ratei sărăciei astfel încât până în anul 2010 să fie cel mult egală cu cea înregistrată la nivelul Statelor Membre;
- Dezvoltarea unui sistem de pensii adecvat și modern;
- Dezvoltarea de măsuri active care să stimuleze creșterea numărului de angajați, precum și crearea de locuri de muncă mai multe și mai bune;
- Continuarea eforturilor pentru creșterea gradului de ocupare în rândul grupurilor defavorizate prin înlăturarea tuturor barierelor în ceea ce privește angajarea;
- Dezvoltarea unui cadru instituțional adecvat care să asigure garantarea drepturilor sociale în vederea creșterii eficienței sistemului și reducerea costurilor administrative;
- Diversificarea serviciilor de incluziune socială care se adresează creșterii calității vieții categoriilor de persoane dezavantajate, atât în centrele rezidențiale cât și la domiciliu;
- Asigurarea egalității de șanse pentru femei prin dezvoltarea de măsuri coordonate în domeniul protecției sociale și a incluziunii sociale;
- Consolidarea capacității instituționale pentru asigurarea promovării politicilor de incluziune socială în politicile naționale și pentru optimizarea coordonării între ministere, instituțiile publice și guvernamentale și societatea civilă;

Secțiunea 2.1. Provocări cheie, obiective prioritare și ținte:

Creșterea economică înregistrată în ultimii ani în România a avut efecte pozitive și asupra creșterii nivelului de trai al cetățenilor. Sistemul de protecție socială a oferit soluții mult mai adecvate nevoilor identificate de societate, punându-se accent în special pe integrarea socială a persoanelor, prin măsuri de reinsertie profesională și ocupare. O creștere dinamică a gradului de ocupare în anul 2005 față de anul precedent, au înregistrat activitățile reprezentate de construcții, comerț, hoteluri și restaurante, tranzacțiile imobiliare, închirieri și activitățile de servicii. Tendințele economice pozitive sunt reprezentate de creșterea constantă a ponderii ocupării în sectorul privat și în sectorul mixt (76,3% în 9 luni 2003, 76,6% în 9 luni 2004 și 78,8% în 9 luni 2005). Corespunzător s-a redus ponderea ocupării în sectorul public (23,7% în 9 luni 2003, 23,4% în 9 luni 2004 și 21,2% în 9 luni 2005). Numărul șomerilor definiți conform criteriilor Biroului Internațional al Muncii a scăzut de la 799 mii persoane în 2004, la 704 mii persoane în 2005, iar rata șomajului în mod corespunzător de la 8,0% la 7,2%.

Potrivit datelor furnizate de Agenția Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă, numărul șomerilor înregistrați la sfârșitul lunii aprilie 2006 era de 517,3 mii persoane. Comparativ cu luna aprilie din anul 2005, numărul șomerilor înregistrați la agențiile pentru ocuparea forței de muncă a fost mai mare cu 6 mii persoane. Din numărul total al șomerilor înregistrați, femeile reprezentau 39,4%. Implementarea măsurilor active au condus la integrarea sau reintegrarea pe piața muncii, în anul 2005, a unui număr de 507.363 persoane, ceea ce a reprezentat 67,89% din totalul de 747.225 persoane care au avut acces la măsuri active de stimulare a ocupării. Din totalul persoanelor încadrate un număr de 66.657 aparțin grupurilor dezavantajate.

Astfel, preocupările României pentru perioada imediat următoare sunt de a intensifica eforturile pentru insertia pe piața muncii a persoanelor defavorizate, prin dezvoltarea de programe și măsuri adecvate.

Complementar cu măsurile active de ocupare s-a regândit sistemul de prestații familiale, prin care s-a dorit acordarea acestora mult mai ținut pe nevoia familiei. Politicile integrate de susținere a familiilor, în special a celor cu copii, au condus la o eficientizare a eforturilor și fondurilor alocate. Familiile cu copii sunt categoria a căror risc de sărăcie este ridicat, și anume în anul 2005, rata sărăciei la familiile cu 3 și mai mulți copii rata sărăciei era de 43,6% cu 25,4% mai mare decât rata sărăciei înregistrată în România. De asemenea, și familiile monoparentale înregistrează o rată a sărăciei crescută și anume pentru categoria părinte singur cu cel puțin 1 copil rata sărăciei este 27,2%.

În perioada 2005 – 2006, s-a continuat procesul de majorare anuală a cuantumurilor prestațiilor de asistență socială în raport cu indicii de creștere a prețurilor de consum. Astfel, față de anul 2004, în trimestrul I 2006 creșterea medie a cuantumurilor este de aproximativ 12% pentru alocațiile familiale, indemnizațiile și ajutoarele sociale acordate populației. Cu toate acestea cuantumul prestațiilor nu este eficient pentru a răspunde în totalitate problemelor cu care se confruntă o familie. *Creșterea cuantumurilor, dar și diversificarea prestațiilor în funcție de dinamica nevoilor sociale a fost și va rămâne o preocupare constantă în domeniul politicilor familiale.*

Sistemul de servicii sociale, o altă componentă a sistemului de protecție socială a început să fie dezvoltat într-un cadru instituționalizat începând cu anul 2004, când a fost elaborat cadrul legislativ aferent acestui domeniu, inclusiv introducerea unui sistem de evaluare a calității serviciilor sociale existente. În România ponderea cea mai mare a furnizorilor de servicii sociale era în sectorul neguvernamental. *Implementarea strategiei naționale privind serviciile sociale, precum și a strategiilor sectoriale aferente domeniului reprezintă preocuparea majoră pentru perioada următoare a instituțiilor implicate.*

În ceea ce privește sistemul educațional, la nivelul anului școlar 2004/2005 se înregistrează o scădere a populației școlare, cu aproape 3,5% față de anul școlar 2000/2001. Cea mai importantă scădere este cea a numărului de elevi înscriși în învățământul *primar și gimnazial*, cu 11,0% și respectiv 22,3% în perioada menționată; în ambele cazuri cele mai severe reduceri ale efectivelor școlare se înregistrează în mediul urban. În cazul învățământului liceal și al învățământului profesional și tehnic se

înregistrează creșteri ale populației școlare cu 12,5% și cu 20,8%; creșterile sunt diferențiate pe medii de rezidență, în favoarea mediului rural. O astfel de evoluție este, în principal, rezultatul evoluțiilor demografice localizate în mediul rural. În cazul învățământului universitar, numărul de studenți a crescut în perioada de referință cu 22%.

În întreaga perioadă 1990-2004 se poate observa persistența unor rate ridicate de părăsire timpurie a școlii de către tinerii de 18 – 24 ani, cu tendința de creștere. Părăsirea timpurie a școlii reprezintă un fenomen negativ cu impact direct asupra competitivității și calității capitalului uman. Rata de părăsire timpurie a școlii a crescut de la 22,4% în 1999-2000 la 23,4% în 2004-2005. Se remarcă un decalaj substanțial față de indicatorii europeni: rata de părăsire timpurie a școlii depășește cu mult valoarea de 10% care reprezintă standardul european de referință stabilit pentru 2010.

Studiile efectuate indică faptul că, în cazul copiilor care trăiesc în gospodării sărace există de 2,3 ori mai multe șanse de a abandona școala, comparativ cu copiii care trăiesc în gospodării care nu sunt sărace, acest raport crescând până la 3,1 ori în cazul celor care trăiesc în gospodării afectate de sărăcie extremă. La nivelul sistemului și politicilor educaționale au fost adoptate puține măsuri în scopul readucerii în sistem a persoanelor care au părăsit timpuriu școala, fie imediat după părăsire, fie ulterior prin programe de pregătire pe durata vieții active. Rata ridicată de părăsire timpurie a școlii corelată cu numărul redus al celor care își reiau studiile după părăsirea timpurie a școlii sunt elemente care afectează semnificativ calitatea capitalului uman în România.

La nivel național, în domeniul economiei, prioritatea României este de a continua și consolida progresul realizat în ultimii ani pentru a asigura o creștere economică adecvată capabilă să susțină un nivel ridicat al ocupării și să faciliteze crearea unei societăți mult mai echitabile.

Pentru perioada 2006 – 2008 obiectivul strategic al României din domeniul incluziunii sociale este acela de a crea o societate incluzivă în care să li se asigure cetățenilor

resursele și mijloacele pentru o viață demnă. Pentru atingerea acestui obiectiv principalele priorități identificate constau în:

1. creșterea generală a standardului de viață al populației și stimularea câștigurilor obținute din muncă prin facilitarea ocupării și promovarea politicilor incluzive.
2. facilitarea accesului cetățenilor, și în special al grupurilor dezavantajate la resurse, drepturi și servicii
3. Îmbunătățirea condițiilor de viață a populației Roma

2.2. Obiective prioritare:

Prioritatea 1 – creșterea generală a standardului de viață al populației și stimularea câștigurilor obținute din muncă prin facilitarea ocupării și promovarea politicilor incluzive.

Măsurile de implementare a politicilor în domeniul forței de muncă sunt centrate pe stimularea ocupării prin reducerea barierelor întâmpinate pentru a accesa un loc de muncă, precum și prin creșterea nivelului de pregătire a resurselor umane. Măsurile propuse se adresează atât persoanelor care sunt în căutarea unui loc de muncă, cât și celor care sunt angajate dar care ca urmare a procesului de formare continuă, sunt în măsură să solicite locuri de muncă mai bine plătite.

Și în perioada 2004 – 2005 piața muncii a fost marcată de continuarea proceselor de reformă economică, de restructurare și privatizare. În unele ramuri economice s-au produs disponibilizări de personal. Furnizarea serviciilor de pre-concediere și măsurile de protecție socială au dus la evitarea tensiunilor sociale și creșterea șomajului.

Piața muncii nu a suferit dezechilibre majore datorită atât creșterii economice care a consolidat locurile de muncă existente în unele ramuri și a generat noi locuri de muncă, cât și realizării de măsuri de stimulare a ocupării prin alocarea de finanțări suplimentare.

Obiectivul României este de a se alinia la Strategia europeană în domeniul ocupării forței de muncă, iar acest obiectiv este abordat într-o perspectivă multianuală. Astfel, au fost elaborate planuri naționale anuale de acțiune pentru ocuparea forței de muncă se asigura, în prezent, tranziția la noul mod de programare a politicilor de ocupare integrate cu cele destinate creșterii economice, prin elaborarea și operaționalizarea Programului Național de Reforma 2006 - 2008.

Modernizarea managementului activității de ocupare a forței de muncă se reflectă în:

- Noi programe de ocupare elaborate pe tipuri de măsuri de stimulare a ocupării și orientate cu prioritate către grupurile țintă dezavantajate pe piața muncii și către localitățile cu numărul cel mai mare de șomeri înregistrați;
- Modificarea legislației pentru a realiza un echilibru mai bun în ceea ce privește motivarea angajaților pentru a angaja persoane din rândul celor expuse riscului marginalizării sociale;
- Creșterea performanțelor în administrarea bugetului asigurărilor pentru șomaj.
- Creșterea ponderii cheltuielilor cu măsurile active;
- Inițierea de programe de dezvoltare economică, parcuri industriale și incubatoare de afaceri;
- Promovarea unor acțiuni de consultare cu partenerii sociali în cadrul consiliilor consultative ale agențiilor de ocupare a forței de muncă județene;

Printre măsurile de modernizare propuse privind politicile sociale incluzive unele se referă la persoanele care nu sunt angajate:

- Încurajarea angajării tinerilor prin oferirea de stimulente atât acestora cât și angajatorilor;
- Încurajarea înființării de noi locuri de muncă prin creditarea în condiții avantajoase a întreprinderilor mici și mijlocii;
- Sprijin la angajarea persoanelor în vârstă de peste 45 ani;
- Stimularea creării de locuri de muncă în mediul rural prin dezvoltarea sectoarelor industrial și al serviciilor;
- Organizarea de cursuri gratuite de calificare și recalificare pentru cei care sunt înregistrați în evidențele agențiilor de ocupare ca persoane în căutarea unui loc de muncă;
- Majorarea salariului de bază minim brut pe țară, garantat în plată.

Indicatori de monitorizare:

În vederea monitorizării atingerii obiectivului propus, vor fi utilizați următorii indicatori:

- Rata șomajului de lungă durată;
- Ponderea bugetului alocat pentru dezvoltarea de măsuri active în total buget asigurări sociale de șomaj;
- Creșterea numărului de programe destinate dezvoltării de parcuri industriale și incubatoare de afaceri și eficiența acestora.
- Numărul de persoane aparținând grupurilor vulnerabile inserate pe piața muncii;

Principalele surse de finanțare pentru îndeplinirea priorității sunt bugetul asigurărilor sociale de șomaj, precum și bugetul de stat, iar principalele instituții responsabile pentru implementarea priorității sunt Ministerul Muncii, Solidarității Sociale și Familiei și Agenția Națională pentru Ocupare a Forței de Muncă și Agențiile teritoriale pentru Ocupare a Forței de Muncă. Totodată vor fi implicate în implementare și Agenția Națională pentru Întreprinderi Mici și Mijlocii, precum și Ministerul Economiei și Comerțului pentru parcuri și incubatoare de afaceri.

Totodată, în cadrul Programării Phare multianuale 2004 – 2006 „Coeziune economică și socială” au fost alocate fonduri pentru dezvoltarea de măsuri active și dezvoltarea resurselor umane, iar, începând cu 2007, vor fi asigurate surse de finanțare din Fondul Social European (Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane).

Prioritatea 2 – Facilitarea accesului la resurse, drepturi și servicii

Politica socială promovată în ultimul deceniu, deși contribuie substanțial la limitarea fenomenului marginalizării sociale sub toate formele ei, este departe de a oferi o soluție satisfăcătoare în acest domeniu. Relansarea economică, ale căror semne se pot observa chiar în prezent, oricum nu va fi de natură a absorbi într-un orizont de timp satisfăcător imensul cost în termeni de sărăcie/excluziune severă a populației în perioada tranziției de până acum, fiind necesare forme complementare active de suport și intervenție socială din partea comunității însăși.

Totodată creșterea competitivității economice a generat constrângeri financiare asupra cheltuielilor destinate sistemelor de protecție socială.

Schimbările demografice și sociale au implicații majore asupra sistemelor de protecție socială. Cele mai mari consecințe sunt datorate reducerii ratei natalității și fenomenului accentuat de îmbătrânire a populației. Prin urmare, una din provocările cărora trebuie să facă față un sistem modern de servicii sociale este capacitatea de a asigura servicii sociale integrate, suficiente și de calitate, apte să răspundă nevoilor unui număr crescut de persoane aflate în dificultate. De asemenea, trebuie luat în considerare și aspectul legat de schimbările de atitudine în cadrul familiei, disponibilitatea copiilor de a avea grijă de generațiile mai vârstnice reducându-se continuu.

Măsurile necesare pentru reducerea sărăciei și a excluziunii sociale se vor concentra în special pe implementarea strategiilor sectoriale, destinate favorizării incluziunii sociale a grupurilor dezavantajate.

Politicile necesare a fi dezvoltate în perioada următoare sunt multidimensionale, acoperind mai multe arii de intervenție și anume educație, sănătate, prestații familiale, servicii sociale, locuire, transport, etc., și anume:

- Creșterea, în termeni reali, a nivelului prestațiilor sociale destinate grupurilor dezavantajate asigurându-se totodată că răspund nevoilor reale ale familiilor;
- Dezvoltarea infrastructurii serviciilor sociale astfel încât să se asigure o mai bună corelare între responsabilitățile familiale, stat, sectorul privat și organizațiile voluntare.
- Dezvoltarea de politici integrate în favoarea familiei și consolidarea structurilor instituționale capabile să asigure un sprijin adecvat copiilor în ceea ce privește dezvoltarea și îngrijirea lor;
- Promovarea și susținerea inițiativelor speciale în scopul dezvoltării zonelor cele mai afectate de sărăcie;
- Dezvoltarea de programe prin care să se prevină abandonul școlar timpuriu, precum și crearea de noi oportunități pentru învățarea pe toată durata vieții;
- Dezvoltarea unor politici și programe corelate și coordonate astfel încât să prevină creșterea numărului de persoane fără adăpost și să răspundă totodată nevoilor persoanelor cu risc de pierdere a locuinței ca urmare a evacuărilor, retrocedărilor, etc.. Armonizarea sistemului de colectare a datelor privind fenomenul este un alt element asupra căruia trebuie să se concentreze eforturile;

În vederea monitorizării atingerii obiectivelor propuse se vor lua în considerare următoarele ținte cuantificabile:

- Majorarea cuantumurilor prestațiilor familiale în raport cu rata inflației;
- Creșterea ponderii cheltuielilor cu prestațiile familiale în total cheltuieli de protecție socială;
- Creșterea numărului de parteneriate public-privat în vederea dezvoltării de servicii sociale destinate persoanelor în dificultate;
- Dezvoltarea pieței mixte de servicii sociale;
- Creșterea numărului de servicii sociale în mediul rural;
- Creșterea cu 10% a centrelor destinate găzduirii și protecției persoanelor fără adăpost;
- Creșterea participării persoanelor la învățământul pe toată durata vieții, astfel încât să se apropie de rata de participare înregistrată la nivel european;
- Reducerea ratei abandonului școlar timpuriu cu 5%.

Ministerul Muncii, Solidarității Sociale și Familiei este principala instituție responsabilă cu implementarea acestei priorități împreună cu Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului, Ministerul Educației și Cercetării, Ministerul Transporturilor, Construcției și Locuinței.

Asigurarea fondurilor pentru realizarea acțiunilor propuse sunt:

- de la bugetul de stat prin implementarea Programelor de Interes Național;
- din fonduri de pre-aderare Phare aferente Programării multianuale Phare 2004 – 2006 Coeziune Economică și Socială;
- din fonduri structurale prin Fondul Social European (Programul Operațional Sectorial – Dezvoltarea Resurselor Umane) și Fondul European de Dezvoltarea Regională (Programul Operațional Regional).

Prioritatea 3 – Îmbunătățirea condițiilor de viață a populației Roma

Populația roma număra la recensământul din 2002, 535.140 persoane (respectiv 2,5% din populație), reprezentând minoritatea etnică cu cel mai accentuat spor natural după 1990. În 1992, populația roma reprezenta numai 1,8% din totalul populației, iar în termeni absoluți diferența față de anul 2002 este de 134.053 persoane, la recensământul din 1992 fiind înregistrate 410.580 persoane de etnie romă.

Raportul de monitorizare privind România – mai 2006 privind "Protecția și integrarea minorităților" subliniază faptul că "accesul populației roma la acte de identitate, la sistemul de sănătate, la educație, pe piața muncii și la calificarea profesională rămâne o sursă de preocupare. Eforturi sunt necesare și în combaterea rasismului, xenofobiei și a altor forme de intoleranță. Capacitatea de coordonare a Agenției Naționale pentru Romi nu atinge încă un nivel satisfăcător"

În ultimii ani s-a pus accentul pe dezvoltarea mecanismelor instituționale de coordonare a politicilor adresate populației de etnie romă prin crearea Agenției Naționale pentru Romi și a birourilor regionale ale acesteia, a „mecanismului de dezvoltare durabilă” și a mecanismului de monitorizare a politicilor publice pentru romi.

Totodată, au fost realizate programe naționale și Phare multianuale care au avut ca scop prevenirea riscului de marginalizare socială a populației Roma, și anume: programe speciale de angajare, de participare la sistemul educațional, măsuri destinate furnizării actelor de identitate, etc.

Cu toate acestea, o serie de măsuri trebuie întreprinse astfel încât să contribuie la deplina implementare a Strategiei Guvernului României privind îmbunătățirea situației romilor, și anume:

- Asigurarea participării copiilor Roma la forme de educație preșcolară și la învățământul obligatoriu și vocațional;
- Dezvoltarea de programe de formare a mediatorilor sociali și a formatorilor din rândul tinerilor romi, pentru comunitățile locale unde trăiește un număr semnificativ de romi;
- Continuarea programului național privind soluționarea problemelor legate de lipsa cărților de identitate și a documentelor de stare civilă;
- Stimularea participării femeilor roma în campanii de informare și conștientizare pentru îmbunătățirea accesului la serviciile publice;
- Dezvoltarea de oportunități economice și crearea de locuri de muncă remunerate;
- Elaborarea și realizarea unor programe de dezvoltare comunitară, cu accent pe politici de locuire, dezvoltarea capacității antreprenoriale a romilor, precum și revitalizarea meseriilor tradiționale, căutate pe piața muncii;
- Promovarea de campanii de conștientizare în vederea combaterii discriminării și promovării atitudinii pozitive pentru populația roma;
- Optimizarea dialogului și cooperării inter-instituționale, la nivel central și local, între instituțiile care planifică, coordonează și implementează politici publice pentru romii din România;
- Sprijinirea proiectelor de cercetare și educație interculturală.

Indicatorii de monitorizare pentru măsurarea progresului realizat sunt:

- Creșterea ratei de participare școlară a copiilor din rândul populației Roma, în toate ciclurile de învățământ;
- Numărul de persoane de etnie roma încadrate pe piața muncii prin programele de ocupare implementate de ANOFM;
- Creșterea numărului de persoane angajate, și în special a numărului de femei Roma angajate;
- Creșterea numărului de profesioniști de mediatorii sanitari și formatori de etnie roma;
- Eliberarea actelor de identitate pentru 80% din populația Roma;

- Numărul de parteneriate strategice încheiate între Agenția Națională pentru Romi, ministerele de resort, instituții, etc. cu responsabilități în implementarea măsurilor privind incluziunea socială a romilor.
- Numărul de activități/acțiuni, proiecte, programe.

Pentru implementarea priorității au fost alocate fonduri din surse naționale și internaționale (Banca Mondială, Uniunea Europeană). Responsabilități în coordonarea monitorizării procesului de implementare a priorității revine Ministerului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei, precum și Agenției Naționale pentru Romi. Parteneri în procesul de implementare sunt: Ministerul Administrației și Internelor, Agenția Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă, Ministerul Educației și Cercetării, Agenției Naționale pentru Întreprinderi Mici și Mijlocii, precum și autorităților administrației publice locale.

2.3. Buna Guvernare:

Urmare semnării la data de 20 iunie 2006 a Memorandumului Comun privind Incluziunea Socială, rolul de coordonator al politicilor de incluziune socială a revenit Ministerului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei. În acest sens, a fost constituită prin *Hotărârea Guvernului nr.412/2005 privind organizarea și funcționarea Ministerului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei, cu modificările și completările ulterioare, Direcția politici, strategii, programe de incluziune socială* care are ca principale atribuții monitorizarea și coordonarea implementării priorităților identificate în JIM, precum și colectarea datelor cantitative și calitative din domeniu.

Pentru coordonarea procesului strategic privind incluziunea socială în România a fost adoptată *Hotărârea de Guvern nr.385/2006 privind constituirea unui Comitet Director*. Comitetul reunește persoane la nivel de director din cadrul instituțiilor cu responsabilități în domeniul incluziunii sociale.

De asemenea, fost adoptat *Ordinul ministrului muncii, solidarității sociale și familiei nr.436/2006 privind mecanismul de monitorizare a priorităților identificate în domeniul incluziunii sociale*.

În baza acestui Ordin s-a stabilit metoda de lucru, s-au completat principalele atribuții ale Direcției politici, strategii, programe incluziune socială și totodată au fost aprobați indicatorii sectoriali de monitorizare propuși a fi utilizați în raportul de progres privind incluziunea socială.

Mecanismul de coordonare se realizează, transversal prin implicarea actorilor la nivelul județului. Astfel, s-a constituit la nivelul fiecărei direcții teritoriale **compartimentul de incluziune socială** în temeiul *Ordinului ministrului muncii, solidarității sociale și familiei nr.254/30.03.2006 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a Direcțiilor de muncă, solidaritate sociale și familie teritoriale*.

În consecință monitorizarea și evaluarea incluziunii sociale se realizează printr-un sistem managerial informațional care permite colectarea și analizarea informațiilor atât vertical de la nivelul local la nivelul central cât și teritorial.

În vederea *promovării dialogului* între toți partenerii implicați în elaborarea și implementarea politicilor de incluziune socială la data de 30 noiembrie 2005 a fost organizată prima Conferință internațională având ca temă incluziunea socială. Reuniunea a fost organizată de Ministerul Muncii, Solidarității Sociale și Familiei în colaborare cu Comisia Europeană. La aproximativ 1 an de la semnarea Memorandumului Comun privind Incluziunea Socială, în perioada 30 – 31 mai 2006, s-a desfășurat a doua Conferință internațională cu tema „ De la exemple de bună practică la politici sociale – premisele unei societăți incluzive”.

Pentru anul 2006, România s-a angajat să continue eforturile privind întărirea capacității instituționale pentru raționalizarea politicilor de incluziune socială în politicile naționale și pentru facilitarea unei coordonări între ministere și între instituțiile publice și guvernamentale și societatea civilă.

În acest sens a fost elaborat aprobată *Hotărâre de Guvern privind crearea mecanismului național pentru promovarea incluziunii sociale în România.*

Actul normativ reprezintă etapa premergătoare elaborării Raportului Național Strategic de Protecție Socială și Incluziune Socială din septembrie 2006 și are drept scop extinderea gradului de consultare instituțională implicând într-o manieră tot mai amplă structurile teritoriale. Acesta prevede:

La nivel central:

1. Înființarea *Comisiei naționale privind incluziunea socială*, cu atribuții în stabilirea priorităților naționale în domeniul incluziunii sociale și în monitorizarea implementării acestor priorități.
2. Constituirea în fiecare instituție centrală responsabilă în domeniu a unei *unități de incluziune socială*. Unitatea de incluziune socială colectează și analizează

indicatorii sociali sectoriali, creând astfel premisele elaborării unor raportări periodice a progresului realizat.

3. Suplimentarea de personal, pentru elaborarea de statistici sociale, la nivelul Direcției politici, strategii, programe de incluziune socială din cadrul MMSSF.

La nivel județean:

1. Constituirea la nivelul prefecturilor a unei comisii județene de incluziune socială, cu responsabilitatea evaluării periodice a gradului de implementare a măsurilor locale din domeniul incluziunii sociale.
2. Completarea principalelor atribuții ale compartimentului incluziune socială organizat la nivelul Direcției de muncă, solidaritate socială și familie cu acțiuni privind monitorizarea procesului, precum și suplimentarea numărului de posturi.

Acest mecanism va crea astfel premisele unei mai bune coordonări a elaborării și implementării politicilor de incluziune socială, precum și a eficientizării fondurilor alocate cu această destinație.

Monitorizarea impactului politicilor sociale inițiate de către instituțiile administrației publice, precum și elaborarea de studii și analize care pot contribui la eficientizarea luării deciziilor se va realiza de către **Observatorul Social**.

În vederea eficientizării sistemului național de asistență socială astfel încât să se asigure egalitatea de tratament și oportunități egale pentru fiecare cetățean, se are în vedere crearea unui sistem integrat și unitar de gestionare și plată a prestațiilor familiale prin crearea *sistemului managerial informațional*. Complementar cu realizarea acestui sistem se va înființa **Agenciei Naționale pentru Prestații Sociale**.

Totodată, crearea **Inspecției Sociale** are drept scop asigurarea implementării adecvate a legislației în domeniu, asigurarea furnizării prestațiilor și serviciilor sociale de calitate, precum și inspectarea activității instituțiilor implicate în furnizarea prestațiilor și serviciilor sociale.

1. ANALIZA SISTEMULUI DE PENSII

Sistemul de pensii din România a suferit numeroase reforme în anii precedenți, menite să îmbunătățească sustenabilitatea sistemului care se confruntă cu o provocare demografică considerabilă și cu adecvarea sistemului la cerințele Uniunii Europene. Sistemul, așa cum a fost modificat, se constituie din pilonul 1 de pensii, obligatoriu, pay-as-you-go, pilonul 2 de pensii, voluntar, și dezvoltarea unui sistem obligatoriu de conturi individuale, denumit pilonul 1 bis.

Reforma **primului pilon** (cunoscut sub numele de sistemul public de pensii) a avut ca scop crearea unei redistribuiri echitabile și îmbunătățirea legăturilor între contribuțiile efectuate și prestațiile primite ducând la creșterea nivelului general al prestațiilor individuale printr-un proces de armonizare, precum și îmbunătățirea sustenabilității pe termen lung a sistemului.

Principalele caracteristici ale noului sistem sunt:

- creșterea vârstei standard de pensionare de la 57 la 60 de ani pentru femei și de la 62 la 65 ani pentru bărbați, într-o abordare treptată până în anul 2014;
- creșterea stagiului minim de cotizare pentru ambele sexe de la 10 ani la 15 ani;
- introducerea unei formule noi pentru pensii bazată pe un sistem de puncte, care ia în considerare veniturile realizate pe toată durata anilor de muncă (decât să se concentreze pe o parte redusă) și cuprinde în calcul elemente redistributive.

Dintr-un număr oficial de 9.1 milioane populație ocupată aproape 5.3 milioane de lucrători dobândesc în prezent drepturi în noul sistem PAYG și, în comparație cu

prevederile anterioare. Acoperirea în sistemul public a tuturor tipurilor de lucrători a crescut, cu accent deosebit pe incluziunea potențială a șomerilor sau lucrătorilor independenți. Am putea spune că, deși asigurarea este obligatorie, incluziunea lor este mai degrabă voluntară. În perioada 2001 – 2006 numărul asiguraților din rândul lucrătorilor independenți este relativ redus, ceea ce denotă o lipsă de atractivitate a sistemului și capacitatea redusă a acestuia de a monitoriza această categorie de asigurați.

Sistemul PAYG este finanțat de contribuțiile de securitate socială plătite de angajatori și angajați. Contribuțiile angajatorului se stabilesc pe rate diferite în funcție de severitatea muncii astfel:

- 19,75% (condiții normale) totalizând 4.3 milioane de lucrători;
- 24,75% (condiții deosebite) ceea ce reprezintă 190 mii de lucrători;
- 29,75% (condiții speciale – precum activitatea în industria minieră), respectiv 24 mii de lucrători.

Rata globală pentru contribuțiile sociale este de 47.8% (printre cele mai ridicate din Centrul și Estul Europei). Guvernul se angajează să aplice o reducere treptată de aproximativ 2% anual în perioada 2006-2008. Prima reducere s-a produs în ianuarie 2006 când rata contribuțiilor sociale plătite de angajatori a scăzut la 30.25% de la 32.5% iar contribuțiile sociale plătite de angajați au rămas neschimbate la 17%.

Un element esențial al sistemului PAYG este acela că în timp ce în trecut fondul de asigurări sociale a acoperit numeroase prestații, noul sistem vizează în mod exclusiv calcularea și plata prestațiilor de pensie. În prezent au mai rămas în sistemul public de pensii ajutoarele de deces și biletele de tratament.

Persoanele care sunt incapabile să contribuie din cauza perioadelor când se află în afara activității plătite precum maternitatea, boala, educația universitară și serviciul militar sunt supuse unui sistem de creditare care recompensează aceste perioade de necontribuție la fondul de asigurări sociale.

Începând cu 1 ianuarie 2008 va intra în vigoare **pilonul I bis** componenta pre-finanțată a primului pilon, respectiv o parte a contribuțiilor de securitate socială va fi în mod obligatoriu direcționată spre fondurile de pensii administrate privat, astfel:

- până la 2% din salarii în primul an și cresc în etape cu 0,5% în fiecare an până ajung la 6% după 8 ani.

Aceste fonduri de pensii vor fi obligatorii pentru toți cei care sunt în vârstă de până la 35 de ani și voluntare pentru cohorta cu vârste cuprinse între 36-45 ani.

A doua etapă a restructurării sistemului de asigurări sociale o reprezintă implementarea în cadrul sistemului de pensii a unor noi componente facultative administrate privat în scopul furnizării unor venituri suplimentare pentru perioada de pensionare. Astfel, legea care prevede introducerea schemelor de pensii facultative administrate privat (pilonul II) a fost adoptată în aprilie 2006, urmând ca până la sfârșitul anului să se definitiveze procesul de elaborare și avizare a legislației secundare. Se estimează că în ceea ce privește pilonul II, acesta va debuta la începutul anului 2007.

În ceea ce privește furnizarea de pensii adecvate: în conformitate cu cifrele Eurostat din 2005 rata sărăciei pentru pensionarii în vârstă de peste 65 de ani era de 17.2%. Nivelul de sărăcie a rămas relativ stabil, reducându-se doar cu câteva puncte procentuale în ultimul an. O atenție specială se acordă discrepanțelor de gen, cu risc de sărăcie, unde 20,8% dintre femeile în vârstă de peste 65 de ani se află sub riscul de sărăcie în comparație cu numai 12% dintre bărbați.

În medie, nivelul pensiilor care acoperă riscul de bătrânețe în raport cu salariile se află în jurul a 33% la nivel net (24% la nivel brut), fiind mai scăzut în comparație cu UE 25 (date ale ILO pentru 2003).

Pensia medie netă pentru o persoană cu o perioadă completă de cotizare, în raport cu venitul mediu net, a fost de 51,3%, ceea ce reflectă o evidentă îmbunătățire față de valoarea, din 2001, de 46,3%. Această îmbunătățire se datorează, în parte, recalculării tuturor pensiilor din pilonul I.

Cu toate acestea, mai puțin de jumătate din cei eligibili pentru pensia limită de vârstă au perioade complete de cotizare (30 ani contribuții pentru bărbați și 25 pentru femei) iar pensia medie inclusiv pensiile cu perioade incomplete de cotizare, pensiile anticipate, pensiile de invaliditate etc. reprezintă 38,8% din salariul mediu.

Sistemul de protecție socială din România are prevederi specifice pentru furnizarea unui venit minim garantat pentru toate persoanele care nu realizează venituri sau au venituri insuficiente, respectiv sub nivelul stabilit de legislația în vigoare. Totodată persoanele cu venituri insuficiente pot beneficia complementar de ajutoare financiare sau, după caz, de ajutoare de urgență, precum și de anumite servicii sociale.

Persoanele în vârstă aflate la pensie, alături de toți cetățenii au acces la aceste prestații dacă îndeplinesc criteriile de eligibilitate prevăzute de legislație.

Sustenabilitatea: România se confruntă cu provocări demografice considerabile cu privire la sustenabilitatea sistemului de pensii. În perioada 1990-2005, raportul de dependență al pensionarilor a scăzut de la 3,43 la 0,77 și conform prognozelor aceste tendințe vor continua și în următorii ani. Totuși, datorită faptului că pensiile agricultorilor sunt suportate în prezent de la bugetul de stat, raportul de dependență s-a îmbunătățit la 1,07).

Sistemul public de pensii din România reprezintă o cheltuială din PIB de 6,5% între anii 1995 și 2005 (în mod considerabil mai mică decât în UE). Începând din anul 1995, sistemul PAYG a înregistrat deficite, suportate prin transferuri de la bugetul de stat. Totuși, în anul 2006, rezultatele estimative ale exercițiului bugetar pentru primele 6 luni indică un excedent. Excedentul se datorează pe de o parte creșterii gradului de colectare a contribuțiilor pe seama reducerii fiscalității, iar pe de altă parte reducerii cheltuielilor sociale ca urmare a externalizării prestațiilor pe termen scurt și a pensiilor agricultorilor.

Unul din motivele creșterii deficitelor din sistemul public de pensii a fost creșterea rapidă a numărului de beneficiari pe parcursul anilor '90. Între anii 1990 și 2002, numărul de beneficiari din sistemul public de pensii a crescut de la 3,4 milioane în 1990 la 6,2

milioane în 2002 când a atins punctul maxim. Aceasta s-a datorat presiunilor demografice, schimbărilor legislative care au crescut sfera de acoperire în special pentru lucrătorii pe cont propriu. De asemenea a crescut numărul de persoane care s-au pensionat anticipat și numărul de persoane care s-au pensionat datorită pierderii totale sau parțiale a capacității de muncă, în caz de invaliditate.

Celălalt factor important în legătură cu deficitul din fondul de pensii îl reprezintă colectarea contribuțiilor. Dintr-o potențială populație, cu vârstă de muncă, de 15,6 milioane, în mod curent doar 5,3 milioane contribuie la sistemul PAYG, în principal datorită refuzului angajatorilor de a-și înregistra toți lucrătorii. Dintre aceștia există un număr considerabil, în special lucrătorii individuali, care plătesc doar o fracțiune din câștigurile lor reale pentru contribuțiile la pensie. De asemenea, legea permite ca aceste categorii de persoane să se asigure la un venit minim. O problemă serioasă care se află în atenția Guvernului continuă să fie neînregistrarea lucrătorilor pe cont propriu și neasigurarea agricultorilor, având în vedere caracterul facultativ al acesteia.

De asemenea, există o economie subterană, estimată la circa 1-2 milioane persoane care nu plătesc contribuții, și care în consecință vor realiza un potențial venit mic de pensie sau un venit inexistent în momentul pensionării.

Un aspect îngrijorător pentru sistemul de securitate socială din România îl reprezintă grupul larg al lucrătorilor emigranți estimat la 2 milioane indivizi. În timp ce mulți dintre acești lucrători vor contribui la sistemul de securitate socială din țara gazdă - și unde există aranjamente reciproce, vor beneficia de aceste contribuții la pensionare - un grup semnificativ muncește în economia gri și nu contribuie nici la sistemul de pensii străin nici la cel românesc, ceea ce face ca aceste persoane să rămână în mod potențial vulnerabile, cu un venit de pensii mic în momentul pensionării sau eligibilei la venit minim garantat.

Sustenabilitate sistemului de pensii parcurge o continuă dinamică și analiză ca urmare a instituirii unei noi componente pre-finanțate a pilonului I, ce va intra în vigoare în anul 2008. Redirecționarea unui procent din contribuțiile de securitate socială ridică două

potențiale provocări pentru sistemul general. Schimbarea de la un sistem complet pay-as-you-go implică o reducere a fondurilor disponibile pentru actualii pensionari pentru a putea începe acumularea drepturilor individuale pentru actualii lucrători și are implicații asupra deficitului sistemului PAYG.

Modernizarea: Pentru creșterea eficienței plăților și a colectării contribuțiilor, în anul 2000 a fost înființată Casa Națională de Pensii și alte Drepturi de Asigurări Sociale, care și-a asumat responsabilitatea pentru colectarea, controlul și executarea silită a contribuțiilor. În anul 2002, au fost unificate organismele de control ale Casei Naționale de Pensii și alte Drepturi de Asigurări Sociale și ale Agenției Naționale de Ocupare a Forței de Muncă, responsabilă pentru asigurările de șomaj.

În anul 2004, a fost creată Agenția Națională pentru Administrare Fiscală având responsabilitatea nu numai pentru colectarea contribuțiilor, dar și pentru înregistrarea persoanelor fizice și juridice, pentru controlul contribuțiilor plătite, precum și alte funcții, inclusiv colectarea taxelor.

2. Perspective și reformă

România se confruntă cu o provocare deosebită privind migrația netă în particular a generației tinere și cu scăderea progresivă a populației totale, ceea ce va conduce, în viitor la un număr din ce în ce mai limitat al forței de muncă a României.

Reforma sistemului PAYG a îmbunătățit atât sustenabilitatea, cât și echitatea prestațiilor plătite. Noul calcul face legătura între contribuțiile plătite și prestațiile primite, iar rata de înlocuire în comparație cu salariile medii ale populației în ansamblu pentru un lucrător cu o perioadă completă de cotizare reprezintă circa 30% din veniturile medii. Pentru ca pensiile PAYG să rămână adecvate, Guvernul României analizează posibilitatea creșterii nivelurilor totale ale acoperirii și prelungirii perioadei de cotizare.

În ceea ce privește **sustenabilitatea** : O dezvoltare recentă a constituit-o armonizarea atribuțiilor agenției privind colectarea atât a contribuțiilor de securitate socială cât și a

contribuțiilor fiscale. Noua organizație, Agenția Națională de Administrare Fiscală, funcționează de doi ani. În prezent ne preocupăm în continuare de îmbunătățirea colectării contribuțiilor și corelarea cu îmbunătățirea sistemului de colectare de la aceia care în prezent nu fac parte din sistem – precum agricultorii independenți, cei care lucrează în economia gri și alte persoane inactive. Aceasta este singura provocare privind sustenabilitatea cu care se confruntă sistemul de securitate socială din România.

Creșterea ocupării mai ales pentru lucrătorii vârstnici, va constitui un factor important pentru sustenabilitatea pe termen lung a sistemului de pensii. Guvernul României s-a angajat la o strategie pro activă menită să stimuleze angajatorii, să angajeze și să mențină lucrătorii peste 45 ani, precum și pe cei apropiați de pensionare, prin utilizarea subvențiilor.

Reformele recente ale sistemului au reținut principiul pensionarii anticipate, deși cu restricții clare bazate pe înregistrări complete de cotizare. Posibilitatea pensionarii anticipate, cu până la 5 ani înainte de vârsta de pensionare, cu o pensie întregă, este prevăzută de lege sub condiția realizării a cel puțin 10 ani de contribuții peste limita completă.

În prezent acțiunea este concertată pe încurajarea muncii până la vârsta standard de pensionare dar și peste această vârstă, iar recompensele pentru perioade lungi de cotizare se regăsesc în cuantumul pensiei, respectiv pensii mai mari decât există în prezent.

În perioada de referință a existat o creștere a numărului celor cu pensii de invaliditate – în prezent acest grup reprezintă aproximativ 18% din numărul total al celor care primesc pensie pentru limită de vârstă.

Din anul 2008 și până în 2012 se așteaptă ca deficitul bugetar să crească la aproape o jumătate de procent din PIB ca rezultat al dezvoltării primului pilon și transferului unei părți din contribuții la acest fond. Aceste deficite vor fi acoperite prin emiterea de titluri de stat și prin privatizare.

O măsură importantă în etapa următoare o reprezintă creșterea graduală a vârstei de pensionare, până în anul 2014, aceasta reprezintă o abordare crucială în vederea asigurării sustenabilității sistemului și reflectă schimbările demografice.

Totodată se analizează posibilitatea implementării propunerilor de egalizare a vârstei de pensionare dintre femei și bărbați. Această măsură, va avea un impact pozitiv asupra inegalităților actuale de gen la retragere, datorită lipsei recunoașterii perioadelor scăzute din muncă plătită pentru responsabilitățile de îngrijire a copilului, o caracteristică inerentă sistemului capitalizat.

În ceea ce privește **modernizarea** : În România, dezvoltarea recentă a unei noi componente finanțate se preconizează a avea efecte pozitive, prin diversificarea riscului și dezvoltarea piețelor de capital.

Aceasta a constat în primul rând în dezvoltarea și implementarea unei metode bazate pe contribuții voluntare (al doilea pilon) din economiile individuale, fiind urmată la scurt timp de o diversificare obligatorie a contribuțiilor către un element finanțat al primului pilon. Așteptările pentru numărul de contribuabili la pilonul voluntar sunt în jur de o jumătate de milion în primul an.

O preocupare prezentă o reprezintă și structura de impunere propusă pentru ambele tipuri noi de fonduri (schema finanțată obligatoriu are o impunere anuală de management de 1,2% din fondul total și o impunere de până la 2,5% pentru orice contribuție plătită, fondul voluntar impune până la 2,4% taxa anuală de management și până la 5% taxa pentru orice contribuția făcută).

Crearea unei noi instituții responsabile pentru reglementarea prevederilor cu privire la capitalizare este binevenită, astfel că în anul 2005, s-a înființat **Comisia de Supraveghere a Sistemului de Pensii Private** (conform Directivei 41/2003/EC). Aceasta este independentă dar supusă controlului legislativ (autonomă dar responsabilă față de Parlament) și este responsabilă atât pentru reglementarea administratorilor

privati, cat și prin rolul sau de a promova educarea și informarea cetățenilor despre dezvoltarea și despre opțiunile din cadrul sectorului finanțat.

Informarea cetățenilor cu privire la sistemul de pensii a fost realizată printr-o campanie de informare pentru a explica principiile reformei către populație și pentru a transmite informații precise despre drepturile și obligațiile participanților la sistem. Campania a implicat Mass-media și Internetul, precum și un program de conferințe. În anul 2004, a fost lansată o campanie de informare care a promovat și explicat noul sistem de pensii administrat privat. Mai mult, drepturile la informare a cetățenilor au fost consfințite în legislație prin Legea nr. 52/2003 cu privire la transparența decizională în administrația publică.

PARTEA IV - Strategia națională pentru sănătate și îngrijiri pe termen lung

Obiectivele sistemului național de sănătate s-au bazat pe dezvoltarea acelor programe prin care să se asigure egalitatea de șanse a cetățenilor, garantând accesul nediscriminatoriu la îngrijiri medicale de bază. Asigurarea finanțării adecvate a domeniului a fost una din provocările anului 2005, astfel bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate a înregistrat un deficit de 765.098,9 mii lei RON, apropiat de cel prognozat și anume 800.625,5 mii lei RON, care a fost acoperit din disponibilitățile de la bugetul fondului unic în anii anteriori și din fondul de rezervă constituit în anii precedenți.

Reforma sistemului sanitar a avut ca obiectiv realizarea unui echilibru între îngrijirile de asistență primară și cele comunitare, oferite la nivel local, inclusiv la domiciliu pe de o parte, și serviciile specializate medicale și chirurgicale.

În ultimii ani serviciile de medicină de familie au scăzut în defavoarea îngrijirilor spitalicești, existând tendința generală de a evita cabinetele de medicină generală. Populația înscrisă pe listele medicilor de familie la 30 septembrie 2005 a fost de 20.108.284 asigurați, reprezentând deci 92,99% din populația României¹. Din totalul de persoane asigurate 96,08% sunt în mediul urban și 89,25% în mediul rural. Cu toate acestea un număr mare de persoane nu sunt înscrise pe listele medicilor de familie.

În anul 2004, în sistemul de sănătate (public și privat) lucrau 58.057 medici (inclusiv stomatologi), 8.763 farmaciști și 112.683 cadre sanitarii medii. Din numărul medicilor (inclusiv stomatologi) numai 11,7% au activat în mediul rural. Asigurarea cu medici este de 222,2 medici la 100.000 de locuitori, sub media UE.

Numărul medicilor de familie înregistrați la data de 30 septembrie 2005 este de 11.455 din care: 3676 medici primari (73,34% în mediul urban; 26,66% în mediul rural), 5510

¹ Conform datelor existente la 1.07.2005 furnizate de Institutul Național de Statistică

medici specialiști (53,61% în mediul urban; 46,39% în mediul rural), 2217 medici fără grad profesional (42,63% în mediul urban; 57,37% în mediul rural). Cu diferențieri pe euroregiuni, acoperirea cu medici de familie este în medie de 48,99 la 100.000 de locuitori.

Deficitul de medici de familie înregistrat este: 1009 din care 470 în mediul urban și 439 în mediul rural. Populația arondată localităților din mediul rural fără medici de familie este de 145.110 locuitori reprezentând 1,48% din totalul populației din mediul rural, din care 24.359 persoane nu sunt asistate de nici un cadru medical. Datele statistice arată că în România, pentru populația din mediul rural, care reprezintă mai mult de jumătate din populația țării, asistență medicală primară este asigurată de mai puțin de 40% din totalul medicilor de familie.

De asemenea, este cunoscut faptul că există un număr de aproximativ 300 de localități fără medic, la care se adaugă un număr similar de localități aflate în zone izolate, greu accesibile, care nu dispun de drumuri de acces și sunt situate la distanțe mari de unitățile sanitare încadrate cu personal medical și dotate pentru rezolvarea urgențelor medico-chirurgicale

Structura personalului medical superior care acordă asistență medicală primară s-a modificat în sensul creșterii semnificative a proporției de medici specialiști și primari de medicină de familie, precum și acumulării de competențe de specialitate suplimentare, ceea ce conduce evident la îmbunătățirea calității serviciilor de sănătate.

Serviciile de îngrijiri de sănătate furnizate printr-o rețea de unități sanitare (spitale, policlinici, dispensare și alte instituții) aparțin în principal sectorului public. În anul 2004, din această rețea făceau parte 416 spitale și aproape 36.700² unități sanitare.

Modificările intervenite în structura rețelei sanitare (în principal în sectorul public) s-au datorat măsurilor luate în cadrul programului de restructurare, prin transformări în tipologia unităților sanitare sau prin desființarea altora devenite ineficiente. În anul 2004

² Institutul Național de Statistică – „Starea socială și economică a României în anii 2003 – 2004”

comparativ cu anul 2003 s-a înregistrat o tendință generală de creștere a numărului de unități sanitare (în medie cu 4,2%), cea mai mare rată de creștere înregistrându-se în sectorul majoritar privat (în medie cu 9,3%). (vezi tabelul nr...)

Procesul de privatizare în domeniul sănătății a avut un caracter ascendent, astfel că în anul 2004 unitățile cu capital privat au deținut 86,4% din rețeaua de policlinici, 89,4% din rețeaua de farmacii și 95,9% din totalul punctelor farmaceutice.

De asemenea, un alt fenomen a fost legat de scăderea numărului de paturi la 1000 de locuitori (de la 7,4 în anul 1997 la 6,6 în anul 2004). Această reducere urmează tendința mondială de scădere a numărului de paturi de spital și de mutare a accentului în domeniul îngrijirilor de sănătate către îngrijirea ambulatorie. Gradul de utilizare a paturilor din spitale a fost de 300 zile/an, a paturilor din sanatoriile TBC de 310 zile/an, a paturilor din preventorii de 257 zile/an, iar a paturilor din unitățile medico-sociale de 213 zile/an. Spitalele monospecializate reprezintă aproximativ 32% din spitalele din țară (respectiv 26% din numărul de paturi) iar 3% reprezintă ponderea spitalelor de urgență (11% din paturi).

Cea mai mare parte a clădirilor care au ca destinație spitale au o vechime între 50 – 100 de ani vechime sau chiar mai mult și de asemenea se înregistrează o dotare precară cu echipamente performante pentru investigații medicale. Totodată, pentru perioada viitoare este necesar a se reduce disparitățile regionale în ceea ce privește achizițiile de echipamente pentru acordarea de servicii medicale adecvate.

În totalul plăților pentru servicii medicale și medicamente realizate în anul 2005, asistența medicală spitalicească deține o pondere de 45,0% .

Repartiția teritorială a unităților sanitare cu paturi, personalul medical și dotările de la nivelul acestor unități este neuniformă în teritoriu ceea ce determină o accesibilitate diferită la serviciile de sănătate de acest fel. Cele mai multe unități spitalicești sunt cele orășenești, dar ca număr de paturi ponderea cea mai mare revine spitalelor județene.

Pentru Ministerul Sănătății Publice o importanță deosebită o are creșterea accesului la serviciile de asistență medicală pentru grupele defavorizate: populația din mediul rural familiile cu mulți copii, persoane și familii aflate în nevoie, persoanele neasigurate, etc.

De subliniat este și faptul că, în localitățile în care există medic de familie, activitatea acestuia a fost centrată în ultimii ani pe asistența medicală acordată în cabinet numai persoanelor înscrise pe lista de asigurați și mai puțin pe vizite la domiciliu și identificarea activă a problemelor de sănătate publică.

În acest context, se înregistrează numeroase situații în care pacienții, cazuri sociale, ca și cei care nu pot dovedi calitatea de asigurat rămânând neînscrși astfel pe listele medicilor de familie, nu beneficiază de supravegherea permanentă a stării de sănătate, motiv pentru care ajung în sistemul sanitar cu afecțiuni cronice în stadii avansate.

Lipsa medicului de familie sau neînscriserea persoanelor pe listele de asigurați generează situații dificil de controlat, cu repercusiuni asupra stării de sănătate a populației,

Sistemul de intervenții pentru situații de urgență operează prin intermediul unităților integrate de răspuns de la nivel național, județean și local, alcătuite din echipaje SMURD, brigăzi de pompieri și unități de protecție civilă. Evaluarea capacității de răspuns a acestor servicii efectuată în 2004 evidențiază faptul că acestea nu au capacitatea necesară pentru a face față unor incidente majore, în special din cauza lipsei echipamentelor și materialelor necesare, dar și a sistemului organizațional care necesită îmbunătățiri.

Numărul de autosalvări existent la 30 septembrie 2005 a fost de 3.224 bucăți, în scădere cu 2,3% față de anul 2004 (3303 bucăți). Asistența medicală de urgență acordată populației în anul 2005 s-a adresat unui număr de aproximativ 1.300.000 persoane, iar cheltuielile pentru asistența medicală de urgență au reprezentat 3,0% din totalul cheltuielilor pentru serviciile medicale și medicamente.

În momentul de față, unitățile de răspuns pentru situații de urgență sunt localizate în orașe, în zonele rurale funcționând servicii voluntare. Calitatea echipamentelor de protecție și a utilajelor de intervenție este medie, iar vehiculele pot fi utilizate numai pentru stingerea incendiilor; vehiculele de intervenție necesare în caz de catastrofe naturale sunt mult sub nivelul standardelor sau chiar inexistente.

Serviciile SMURD acționează în cazul operațiunilor de salvare³ și au scopul de a completa serviciile de ambulanță⁴ și îmbunătăți calitatea serviciilor în cazurile critice și în operațiunile de salvare speciale.

În vederea creșterii accesului populației la asistență medicală, prin Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2005⁵, în relația contractuală a furnizorilor de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate s-a reglementat obligativitatea furnizorilor de servicii medicale de a informa asigurații. Informațiile se referă la pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ.

De asemenea, în vederea accesului universal la servicii medicale, medicii de familie acordă asistență medicală pentru toți asigurații înscriși pe lista proprie. Astfel, potrivit pachetului de servicii medicale de bază, se asigură asistență medicală pentru situații de urgență oricărei persoane care are nevoie de aceste servicii, se asigură asistență medicală persoanelor care nu fac dovada calității de asigurat și a plății contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate (conform pachetului minimal de servicii medicale), precum și categoriilor de persoane care se asigură facultativ pentru sănătate, potrivit legii.

³ (de ex. accidente rutiere, operațiuni de salvare din apă, salvare de la înălțime, salvare din spații închise, căutări, salvare în cazul prăbușirii clădirilor, salvare din puțuri, etc.)

⁴ Evaluarea experților TAIEX din Octombrie 2003 a evidențiat lipsa capacității de intervenție a serviciului de ambulanță la nivel național/județean și faptul că zonele rurale și orașele mici nu sunt acoperite corespunzător.

⁵ H.G. nr. 706/2006

Prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS 681/243/2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2006, completat cu Ordinul 845/2006, s-a reglementat Lista serviciilor medicale, medicamentelor și lista dispozitivelor medicale de care beneficiază asigurații în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază, pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii medicale de care beneficiază persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate.

În vederea eficientizării sistemului de asigurări sociale de sănătate, prin Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și legislația secundară, va fi introdusă co-plata pentru serviciile medicale acordate în asistența medicală de specialitate. Această măsură constituie un prim pas pentru înlăturarea plăților informale și scăderea numărului de servicii medicale cu acele servicii care se solicită nejustificat.

Importante modificări structurale ale sistemului de sănătate au fost prevăzute în cei trei piloni ai pachetului legislativ adoptat în anul 2006: gestionarea eficientă a fondurilor publice, demararea unor proiecte de infrastructură pentru reabilitarea sistemului de sănătate, precum și responsabilizarea și recompensarea personalului medical. Principalele eforturi se vor orienta spre reabilitarea sau construcția a 15 spitale județene în cadrul Programului „Spitale județene” cu termen de finalizare 2008 și pentru creșterea calității aparatului medical. Simultan se are în vedere închiderea unor unități sanitare sau secții deficitare din punct de vedere al adresabilității, externalizarea unor servicii, dar și redirectionarea unor fonduri spre finanțarea serviciilor medicale și a eliberării de medicamente compensate, prin preluarea unor finanțări de către Ministerul Sănătății Publice din contribuțiile datorate de producătorii/importatorii de produse din tutun sau băuturi alcoolice.

În vederea îmbunătățirii performanțelor sistemului prin creșterea accesibilității, eficacității și echității serviciilor medicale acordate populației informatizarea sistemului de sănătate reprezintă unul din elemente importante ale reformei domeniului. În prezent, în România există o serie de sisteme informaționale în domeniul sănătății care vor fi

integrate, prin stabilirea unei platforme moderne în vederea asigurării siguranței interoperabilității. Crearea Sistemului Informatic Unic Integrat de Sănătate din România constituie infrastructura necesară pentru accesul furnizorilor de servicii medicale și farmaceutice și al asiguraților la servicii avansate și înalt profesionalizate.

În ceea ce privește serviciile de e-sănătate, acestea urmăresc realizarea unui program național de conectare a unităților sanitare la Internet prin conexiuni broadband, dotare cu calculatoare și suport pentru construirea de portaluri de e-sănătate.

Prin noul pachet legislativ, structura și funcționalitatea sistemului a fost regândită și astfel, s-a consacrat autonomia Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și s-a definitivat cadrul normativ prin care se are în vedere acordarea unui rol important medicului de familie, inclusiv introducerea pachetului minim de servicii pentru reducerea costurilor în sistemul unitar. Astfel, se va acorda o importanță mai mare asistenței medicale profilactice în defavoarea asistenței medicale acordate prin sistemul spitalicesc.

Totodată, pentru reducerea presiunii asupra sistemului de asigurări de sănătate vor fi încurajate asigurările voluntare de sănătate.

În anul 2006, Ministerul Sănătății Publice a alocat fonduri importante pentru **sistemul de sănătate mintală**. Fondurile alocate Programului Național de Psihiatrie au crescut de 5 ori, de la 20 miliarde lei la 100 miliarde lei. Bani sunt utilizați pentru realizarea a 10 centre pilot de sănătate mintală, precum și pentru reabilitarea parțială a 7 spitale de psihiatrie. Activitatea s-a concentrat pe:

- ⇒ elaborarea și adoptarea Strategiei Naționale în domeniul sănătății mintale⁶
- ⇒ realizarea, în cadrul unui proiect finanțat de Uniunea Europeană, a Planului național de acțiune în sănătatea mintală. Planul de acțiune prevede mutarea centrului de greutate de la asistența spitalicească către asistența comunitară.
- ⇒ demararea acțiunilor legate de înființarea unui centru național de sănătate mintală.

⁶ Ordinul ministrului sănătății 374/2.05.2006

- ⇒ reevaluarea bolnavilor aflați în instituțiile de psihiatrie și în cele aflate în subordinea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap;
- ⇒ realizarea unui plan de formare (rezidențiat în domeniul psihiatriei) pentru specializarea a 300 de medici psihiatri care să acopere deficitul actual. De asemenea, va fi revizuită curricula de pregătire pentru rezidențiatul de psihiatrie în cadrul căreia se va pune accentul pe aspectele legale de respectarea drepturilor omului în vederea schimbării mentalităților în societate și sistem.
- ⇒ înființarea Centrului Național de sănătate mintală în cadrul Școlii naționale de sănătate publică și management sanitar⁷

Integrarea bolnavilor mintali în societate devine o prioritate pe termen scurt pentru autoritățile române, astfel că în ultimul an a fost creat cadrul legislativ⁸ de înființare, organizare și funcționare a centrelor de sănătate mintală prin transformarea laboratoarelor de sănătate mintală. Prin aceste centre se va realiza terapia și inserția socială a persoanelor cu probleme de sănătate mintală în societate.

Dezvoltarea campaniilor de conștientizare a cetățenilor/ comunităților în ceea ce privește problematica sănătății, informarea pacienților asupra drepturilor lor reprezintă un pas important în îmbunătățirea accesului la servicii de sănătate.

Consolidarea politicilor naționale în domeniul protecției sociale, începând din anul 2006, se fundamentează printr-o extensie asupra îngrijirilor pe termen lung cu adresabilitate prioritară asupra grupului de vârstă a III-a. Schimbările demografice din ultimul deceniu au contribuit la o abordare integrată a politicilor de ocupare alături de cele de protecție socială. În cadrul acestor politici integrate promovate pentru dezvoltarea serviciilor de îngrijiri pe termen lung fiscalitatea asigură eficacitatea și totodată echilibrul dintre resursele umane și materiale. Un obiectiv major în domeniul dezvoltării economice, umane și sociale îl reprezintă politicile integrate de incluziune socială printr-o

⁷ Ordinul ministrului sănătății 373/2.05.2006

⁸ Ordinul ministrului sănătății 375/2.05.2006

permanentă adaptare la soluționarea nevoilor sociale la cerințele ocupaționale ale schemelor cadru de învățare pe tot parcursul vieții.

Strategiile promovate pe domenii sectoriale, au devenit instrumente de coordonare instituțională adaptate la nevoile individuale având drept scop dezvoltarea comunitară. Acestea au derivat fără îndoială din Programul de Integrare Europeană. În acest sens s-au dezvoltat rețele de îngrijiri sau servicii de îngrijiri, publice sau private, prin garantarea resurselor financiare în cadrul programelor sectoriale de dezvoltare a sectorului social. Astfel, s-a creat un cadru administrativ și instituțional, flexibil, pentru a permite soluționarea problemelor prioritare în funcție de nevoile identificate de fiecare comunitate.

În vederea creșterii adresabilității la servicii, este necesară dezvoltarea rețelei de asistență comunitară, prin intermediul căreia să se îmbunătățească accesul la serviciile medico-sociale în sensul responsabilizării față de propria stare de sănătate și nu în ultimul rând sensibilizarea și creșterea implicării comunității față de nevoile populației marginalizate.

Asistența medicală comunitară integrată este definită prin activități de tipul: educație pentru sănătate și prevenirea îmbolnăvirilor evitabile; mobilizarea socială pentru sănătate (programele de vaccinări, controalele profilactice, etc; îngrijirile și asistarea la domiciliu pentru nou-născut, mamă și copil, persoane aflate în convalescență, bolnavi cronici, bolnavii mentali și pentru persoanele cu dizabilități; sprijinirea în vederea recuperării medicale și a reinsertiei sociale; îngrijirile paliative.

Serviciile și activitățile de asistență medicală comunitară sunt derulate de următoarele categorii profesionale: asistent social, asistent medical comunitar, mediator sanitar, asistent medical comunitar de psihiatrie, asistent medical de îngrijiri la domiciliu.

Noile tehnologii au adus un plus de valoare și eficiență în ceea ce privește accesul la servicii sociale (cum ar fi cele de urgență), dar au creat și premisele participării la viața socială și la reducerea singurătății cu care se confruntă persoanele vârstnice. Este de

menționat, totodată, că avantajele acestei capitalizări privind noile tehnologii ale informației sunt reduse.

Cu toate aceste preocupări de promovare a serviciilor de îngrijiri pe termen lung, sistemul rămâne slab dezvoltat, trebuind ca în viitor să se găsească soluțiile de promovare a acelor măsuri ce conduc la creșterea calității vieții persoanelor aflate în stare de dependență. Îngrijirile pe termen lung trebuie să se adreseze persoanelor vârstnice dependente, persoanelor cu dizabilități, persoanelor care se află în faze terminale ale unor boli, etc.

Dezvoltarea serviciilor destinate îngrijirii persoanelor dependente s-au axat în special pe partea rezidențială. Cu toate acestea, numărul de locuri existente în aceste instituții sunt insuficiente, iar condițiile de găzduire nu se ridică încă la standardele de calitate reglementate de legislația în vigoare. Restructurarea, modernizarea și accesibilizarea acestor instituții a început încă din anul 2005, dar eforturile trebuie să se continue și să fie mult mai susținute pentru perioada următoare.

Până în acest moment finanțarea sistemului de îngrijiri pe termen lung era asigurată din fonduri alocate de la bugetul de stat sau local, sau din fondurile proprii ale organizațiile neguvernamentale.

În vederea asigurării sustenabilității sistemului a fost inițiat un proiect de act normativ privind protecția socială a persoanelor vârstnice, care vizează o abordare globală a problematicii acestei categorii de persoane.

Noutatea propusă prin proiectul de lege se referă la instituirea prestației de dependență pentru finanțarea serviciilor de îngrijire, atât în sistem rezidențial, dar mai ales la domiciliu. Prestația se va acorda în quantum diferențiat pe grade de dependență și în funcție de locul de acordare (la domiciliu, în centre de zi sau centre rezidențiale), pe baza testării veniturilor. De asemenea, proiectul de lege propune instituirea asigurării obligatorii pentru îngrijirea de lungă durată, iar fondurile colectate sub formă de

contribuții vor asigura sumele necesare finanțării prestației de dependență. Implementarea acestui sistem se va face progresiv începând cu 1 ianuarie 2007.

Prioritățile de dezvoltare ale sistemului vizează pe lângă implementarea proiectului de act normativ, și următoarele aspecte:

- creșterea numărului de instituții rezidențiale pentru îngrijirile pe termen lung, precum și îmbunătățirea standardului de viață în cadrul acestora;
- dezvoltarea și implementarea unui sistem de calitate pentru serviciile oferite în sistem rezidențial sau la domiciliu persoanelor dependente;
- dezvoltarea rețelei de îngrijitori pentru persoanele dependente, incluzând acordarea de facilități;
- promovarea și susținerea îngrijirilor paleative;
- creșterea calității resurselor umane din sistem atât a celor din rețeaua formală, cât și a celor din rețeaua informală;