



**ROMÂNIA**

**RAPORTUL NAȚIONAL STRATEGIC PRIVIND  
PROTECȚIA SOCIALĂ ȘI INCLUZIUNEA SOCIALĂ**

**(2008 – 2010)**

**București, septembrie 2008**

## CUPRINS

1. Partea I – Context general .....	3
1.1. Evaluarea situației sociale .....	3
1.1.1. Situația demografică .....	3
1.1.2. Situația economică ....	4
1.1.3. Situația privind ocuparea forței de muncă.....	5
1.1.4. Evoluția sărăciei .....	6
1.2. Abordare strategică generală.....	8
2. Partea II – Planul Național de Acțiune în domeniul Incluziunii Sociale ...	11
2.1. Progrese realizate în domeniul incluziunii sociale .....	11
2.2. Provocări cheie, priorități, obiective, ținte .....	20
2.3. Obiective prioritare .....	23
2.4. Buna Guvernare .....	31
3. Partea III – Strategia națională privind pensiile .....	38
3.1. Progrese realizate în perioada 2006 – 2008 .....	38
3.2. Perspective și reformă .....	42
4. Partea IV – Strategia națională pentru sănătate și îngrijiri pe termen lung	45
4.1. Provocări cheie, obiective prioritare și ținte .....	45
4.2. Îngrijirile de sănătate .....	47
4.2.1. Progrese realizate în perioada 2006 – 2008 .....	47
4.2.2. Politici prioritare privind accesibilitatea serviciilor medicale .....	53
4.2.3. Politici prioritare privind calitatea serviciilor medicale .....	56
4.2.4. Politici prioritare privind finanțarea serviciilor medicale .....	57
4.3. Îngrijirile pe termen lung .....	60

## PARTEA I – CONTEXT GENERAL

### 1.1. Evaluarea situației sociale

#### 1.1.1. Situația demografică:

Populația României a cunoscut, în ultimele decenii, modificări semnificative și totodată îngrijorătoare, cu tendințe negative pe termen lung. Începând din anul 1990, populația totală a scăzut an de an, într-un ritm mediu anual de 0,2%. Cea mai accentuată scădere s-a înregistrat în perioada 1992 – 2002, când populația a scăzut cu 1,1 mil. locuitori. Valorile negative ale sporului natural, combinat cu cele ale soldului migrației externe, au făcut ca populația să se diminueze în perioada 2002 – 2007 cu 268 mii persoane. Evoluțiile demografice ale ultimilor ani au condus la reducerea populației tinere în vârstă de 0 – 14 ani și la creșterea ponderii populației vârstnice, în vârstă de 65 ani și peste. Datele arată o scădere cu 8,3 puncte procentuale a tinerilor în perioada 1990 – 2007 (23,7% în 1990, respectiv 15,4% în 2007), precum și o creștere cu 4,6 puncte procentuale (10,3 în 1990, respectiv 14,9 în 2007) a populației vârstnice de 65 ani și peste. Populația potențial activă, cu vârstele cuprinse între 15 - 64 ani, care oferă forța de muncă a României, a oscilat între 66,0% în 1990 și 69,8% în 2007.

Schimbări semnificative au fost înregistrate în ceea ce privește structura pe vârste a populației în vârstă de muncă, și anume:

- mii persoane -

Grupa de vârstă	1990	2007	Modificare 2007/1990	
			Absolută	Relativă
15-24 ani	3.803	3.216	-587	-15,4
25-34 ani	3.174	3.465	291	9,2
35-44 ani	3.086	3.093	7	0,2
45-54 ani	2.681	2.965	284	10,6
55-64 ani	2.576	2.305	-271	-10,5
<b>Populația 15-64 ani</b>	<b>15.319</b>	<b>15.043</b>	<b>-278</b>	<b>-1,8</b>

Sursa: Institutul Național de Statistică

Raportul de dependență economică a persoanelor inactive de peste 60 de ani la 100 adulți activi economic (20-59 ani) a fost de 34 puncte procentuale, cu perspectiva de a crește dramatic în următoarele decenii.

La o populație totală de 21.584.365 locuitori, România a înregistrat în anul 2007 o rată a natalității de 10,2 născuți vii la mia de locuitori față de o rată a mortalității generale de 11,7

decedați la o mie de locuitori. În perioada 2004-2006, speranța medie de viață în România a fost de 72,2 de ani, cu diferențe sensibile între populația masculină și cea feminină (68,7 ani pentru bărbați și 75,5 ani pentru femei), față de media UE-27, situată în jur de 75 ani la bărbați și peste 80 ani la femei.

Distribuția gospodăriilor în funcție de numărul copiilor în vârstă de până la 18 ani aflați în întreținere ne arată o pondere mare a gospodăriilor fără copii (68,5% din total), pondere ridicată atât în urban cât și în rural (66,95 în urban și 70,7% în rural). Totodată, gospodăriile cu 1 copil dețin o pondere de 57,3% în totalul numărului de gospodării cu copii. Gospodăriile cu un copil au o pondere mai mare în mediul urban, iar cele cu doi, trei, patru și mai mulți copii se află într-o proporție mai mare în mediul rural.

Din analiza datelor naționale și internaționale, conform estimărilor realizate și fără a se lua în considerare migrația externă dar estimând o creștere a speranței de viață la naștere, populația României va scădea de la 21,5 mil. locuitori în 2007 la 21,2 mil. în 2013, la 20,8 mil. în 2020 și la 19,7 mil. în 2030. Dacă luăm în considerare accentuarea mobilității și efectele generate de migrația externă, conform prognozelor, populația României ar ajunge la 20,8 mil. locuitori în 2013, 20 mil. în 2020 și 18,6 mil. în 2030.

Aceste aspecte au consecințe foarte importante în toate domeniile vieții economice și sociale, cum ar fi educație, ocuparea forței de muncă, formarea profesională, servicii sociale și de sănătate, etc.

### **1.1.2. Situația economică:**

În perioada 2001 - 2007, performanța macroeconomică a României s-a îmbunătățit semnificativ, astfel Produsul Intern Brut (PIB) a înregistrat un ritm de creștere mediu anual de peste 6%, printre cele mai ridicate în regiune. În anul 2007, Produsul Intern Brut al României a ajuns la circa 121,3 miliarde euro, reprezentând o triplare față de anul 2000. Cu toate acestea, PIB-ul pe locuitor, calculat la puterea de cumpărare standard reprezenta aproape 41% din media UE27.

După 1990, structura economiei românești a suferit modificări importante, marcate de un transfer de activități de la industrie și agricultură spre servicii, într-o fază inițială, și ulterior spre construcții. Într-o primă etapă, restructurarea **industriiei** a dus la o reducere a contribuției sale la formarea PIB de la circa 40% în 1990 la circa 25% în 1999. După anul 2000, declinul structural a fost oprit, iar contribuția industriei în cadrul PIB a rămas la un nivel relativ constant. Este

semnificativ faptul că, în 2007, sectorul privat a creat 86,6% din valoarea adăugată brută din industrie, față de 68,4% în anul 2000. Ponderea sectorului de servicii a crescut de la 26,5% din PIB în 1990 la circa 50% în 2007.

În anul 2007, veniturile totale înregistrate într-o gospodărie au fost cu 21,7% mai mari față de 2006 (în valoare nominală fiind de 1686,7 lei/lună), iar veniturile înregistrate de o persoană cu 22,1% mai mari decât în 2006 (în valoare nominală fiind de 577,7 lei/lună). Din punct de vedere al structurii veniturilor se remarcă o pondere importantă a veniturilor în natură (18,9%), a venitului din prestații sociale (19,8%). Salariile și celelalte venituri asociate lor constituie categoria cea mai importantă de venituri 51,3% în creștere cu 2 puncte procentuale față de anul 2006, dar scăzută comparativ cu caracteristicile întâlnite în alte state ale Uniunii Europene. În ceea ce privește cheltuielile totale ale gospodăriilor acestea se situează aproape de nivelul veniturilor totale (91,4%). Principala destinație a cheltuielilor unei gospodării este deținută de consum (în medie pe ansamblul gospodăriilor fiind 72% din cheltuielile totale). Este important să menționăm că 61,4% din totalul cheltuielilor este destinat cumpărării de produse alimentare și nealimentare, precum și pentru plata serviciilor. O pondere importantă în total cheltuieli, și anume 15,0%, este deținută de impozite asupra veniturilor, contribuțiile la bugetele de asigurări sociale, cotizațiile și alte impozite și taxe. Din aceste cheltuieli 35,3% a fost reprezentat de impozitul pe salarii, iar 61,7% pentru plata contribuțiilor de asigurări sociale.

### **1.1.3. Situația privind ocuparea forței de muncă:**

Evoluția societății de-a lungul ultimilor ani a fost influențată de reformele economice care au generat profunde transformări pe piața muncii din România. Condițiile sociale au determinat reducerea sporului demografic natural și accentuarea migrației temporare și definitive, ceea ce a condus la rândul lor scăderea constantă a populației și implicit a populației active. Analizând structura populației active pe grupe de vârste se constată evidente tendințe de îmbătrânire a acesteia. Ponderea cea mai mare este deținută de persoane cu vârste de peste 35 de ani.

Ratele de activitate și de ocupare pentru populația în vârstă de muncă (15 - 64 ani) au înregistrat tendință de creștere față de anul 2005, atingând în 2006 nivelul de 63,7% și 63,0% în anul 2007 pentru rata de activitate. În anul 2007, rata de ocupare înregistrează aceeași valoare față de anul 2006 și anume 58,8%, dar într-o evoluție ascendentă față de 2005. Cu toate acestea, există domenii precum construcțiile, tranzacțiile imobiliare, închirierile și activitățile de servicii prestate în

principal întreprinderilor, sănătate și asistență socială, administrație publică și apărare, comerț, hoteluri și restaurante, intermediari financiare, în care populația ocupată a înregistrat creșteri, domenii considerate cu potențial de dezvoltare în perioada următoare. Populația totală va scădea ca efect al reducerii populației de peste 65 ani, iar populația activă de 15-64 ani va crește, rata de activitate ajungând la circa 67,6 % în anul 2010.

În 2007, rata șomajului de lungă durată BIM pe total a fost de 3,2%, din care pentru bărbați 3,6% și pentru femei 2,7%. Diferența dintre urban și rural în ceea ce privește rata șomajului de lungă durată BIM se ridică, în 2007, la 1,5 puncte procentuale în defavoarea mediului urban (3,9% în mediul urban și respectiv 2,4% în mediul rural). Rata șomajului de foarte lungă durată are o tendință descendentă ajungând astfel în anul 2007 la o valoare de 1,5% (1,9% în mediul urban și 1,1% în mediul rural).

Din totalul numărului de gospodării, 68,8% reprezintă gospodării în care trăiesc persoane ocupate, în mediul urban ponderea fiind mai mare decât în mediul rural (70,9% față de 66%). În cadrul gospodăriilor care au în componență persoane ocupate, cea mai mare pondere o au gospodăriile cu 2 persoane ocupate (47,1% la nivel național și 51,1% în mediul urban). În cadrul gospodăriilor al căror cap de gospodărie este femeie, 49,1% nu au nici o persoană ocupată.

Principalele provocări pe termen scurt și mediu ale pieței muncii sunt: efectele procesului de restructurare economică, participarea redusă a tinerilor și a grupurilor vulnerabile pe piața muncii, rata de ocupare semnificativă în sectorul agriculturii și nivelul calitativ al resurselor umane.

#### **1.1.4. Evoluția sărăciei:**

În conformitate cu datele furnizate de Institutul Național de Statistică, în anul 2007 aproximativ 18,5% dintre cetățenii României sunt săraci (18,3% în rândul bărbaților, respectiv 18,8% în rândul femeilor). În perioada 2004 - 2007 se constată o stabilizare a nivelului ratei sărăciei relative în jurul intervalului de 18% – 19%. 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 2006 valoarea de 29,6% față de 9,6% în mediul urban. Se poate constata din analiza comparativă 2007 cu anul 2006 că rata sărăciei în mediul rural a crescut de la 29,6% la 29,9% în anul 2007. În consecință aproximativ 70% dintre persoanele expuse riscului de sărăcie trăiesc în mediul rural.

Din punct de vedere al **tipului de gospodărie**, există patru tipuri de gospodării care înregistrează o rată a sărăciei mai mare și anume: persoanele singure și anume 27,9% (22% în rândul bărbaților și 30,8% în rândul femeilor) deci cu 9,4 puncte procentuale mai mult decât rata sărăciei la nivel național; familiile monoparentale (31%); familiile cu 3 și mai mulți copii (40%); persoanele singure în vârstă de peste 65 de ani (33,4%).

Rata sărăciei în rândul **copiilor cu vârste cuprinse între** 0-15 ani, este de 24,7% cu 6,2 puncte procentuale mai mult decât media pe țară. De asemenea, în conformitate cu datele disponibile o rată ridicată a sărăciei se înregistrează și în rândul **tinerilor** (16 - 24 ani) și anume 20,4% cu 1,9% mai mult decât rata sărăciei la nivel național și 1,1% mai mult decât rata sărăciei înregistrată pentru persoane vârstnice (65 ani și peste).

Ca în toate statele europene, și în România **șomerii** se confruntă cu o rată a sărăciei mai mare și anume de 37,9% situându-se însă sub media la nivel european, în timp ce **pensionarii** au o rată a sărăciei cu 2,8 puncte procentuale mai mică decât șomerii (15,7%).

De asemenea, există și **discrepanță regională** în ceea ce privește ratele sărăciei, regiunea cu cea mai mare rată a sărăciei la nivelul anului 2007 este regiunea Nord-est (26,2%), iar cea mai puțin săracă este reprezentată de București – Ilfov (4,6%). Se constată o sărăcie ridicată și în regiunile Sud – est (24,2%) și Sud – vest (23%).

În ceea ce privește **inegalitatea veniturii (S80/S20)** se arată că în anul 2007 total venituri primite de 20% din persoanele cu cele mai mari venituri a fost de 5,1 ori mai mare decât total venituri primite de 20% din persoanele cu cele mai mici venituri. Față de 2006 se constată o scădere a inegalității veniturilor de la 5,3 la 5,1 în 2007. Această situație se datorează în special evoluției economiei și deci a PIB-ului pe cap de locuitor, precum și situației pe piața muncii.

## 1.2. Abordare strategică generală

Obiectivul central al României prevăzut în Programul Național de Reforme se referă la asigurarea unei funcționări a pieței muncii favorabile incluziunii active a grupurilor vulnerabile. În realizarea acestui obiectiv accentul va fi pus pe:

- asigurarea unei funcționări a pieței muncii favorabilă creării locurilor de muncă, reducerii fenomenului muncii nedeclarate și a managementului adecvat al schimbării la nivelul întreprinderilor și lucrătorilor;
- promovarea incluziunii sociale și îmbunătățirea accesului pe piața muncii pentru grupurile vulnerabile;
- promovarea competitivității pe piața muncii, în special prin mai buna corelare dintre sistemul educațional și de formare și cerințele pieței muncii

Reformele naționale avute în vedere vor fi ținute pe asigurarea unui climat macroeconomic stabil prin continuarea eforturilor de creștere economică, pe creșterea investițiilor în economie și în sectorul social, promovarea incluziunii sociale și creșterea ofertei de locuri de muncă mai bine plătite. Acum în noul ciclu de programare, precum și într-o nouă „epocă” a regândirii tuturor instrumentelor de politici economice și sociale la nivel comunitar, România se angajează ca aceste obiective majore să fie armonizate cu noile linii directoare integrate privind creșterea și ocuparea, cu Agenda socială reînnoită recent lansată, cu noul ciclu privind „Metoda Deschisă de Coordonare”.

Pentru dezvoltarea de politici sociale eficiente reformele naționale vor fi elaborate printr-un efort colectiv cu acordul majorității decidenților politici, asigurându-se o redistribuție echitabilă a resurselor ca rezultat al economiei și pieței concurențiale.

Modernizarea sistemului de protecție socială reprezintă elementul central al politicilor sociale din România. Prin reformarea acestuia s-a dorit și se dorește crearea unui sistem adecvat care să sprijine toate persoanele încadrate pe piața muncii, precum și persoanele aflate în dificultate. Lupta împotriva sărăciei și excluziunii sociale continuă să fie una din prioritățile naționale. În acest sens se vor continua eforturile pentru implementarea strategiilor de promovare a incluziunii sociale a persoanelor defavorizate prin încurajarea acestora de a participa activ pe piața muncii și în societate. Astfel, se va acorda o atenție deosebită evitării creării dependenței de primirea

prestațiilor sociale și se va acționa spre încurajarea persoanelor vulnerabile de a-și găsi un loc activ în societate.

În termeni concreți, măsurile luate în perioada 2006 – 2008, vor fi continuate și pentru perioada 2008 – 2010. Se poate remarca faptul că măsurile au fost orientate în perioada 2006 – 2008 pe asigurarea unui venit suficient, pe reorientarea acțiunilor astfel încât dintr-un sistem care poate crea dependență să se treacă la un sistem activ. „Activarea socială” ca mijloc de reintegrare a persoanelor defavorizate este o noțiune care trebuie să fie înțeleasă de cetățeni dar și de către profesioniștii din sistem și asta nu se poate realiza decât prin campanii importante de informare și conștientizare privind avantajele unei asemenea abordări.

O provocare continuă, asupra căreia executivul din România trebuie să continue eforturile pentru rezolvare, o constituie diferențele între prevederile legislative și gradul de implementarea a acestora. În ceea ce privește domeniul incluziunii sociale, eforturile se vor concentra pe implementarea efectivă a strategiilor sectoriale din domeniu care au ca scop creșterea calității vieții diferitelor grupuri vulnerabile, și anume: tinerii care părăsesc centrele de plasament, persoanele vârstnice, persoanele cu handicap, copiii aflați în dificultate, etc. Totodată, în această perioadă se vor dezvolta instrumentele de monitorizare și evaluare a rezultatelor obținute urmare implementării acestor strategii și va fi măsurată eficiența și eficacitatea măsurilor realizate.

Schimbările demografice din ultimele decenii, respectiv îmbătrânirea populației și scăderea natalității, precum și presiunile financiare asupra sistemelor de pensii cauzate de aceste schimbări, reprezintă puncte sensibile pe agenda publică a tuturor decidenților politici.

În contextul european al reformării și modernizării sistemelor de pensii din ultimii ani, România a adoptat un sistem bazat pe diversificarea surselor de obținere a pensiilor și care să determine siguranța financiară a persoanelor vârstnice, micșorând riscurile generate de veniturile de înlocuire la bătrânețe, prin implementarea pensiilor private. Ultimii trei ani, 2005 – 2007, au fost decisivi pentru reformă, fiind stabilit cadrul legislativ care reglementează organizarea și funcționarea entităților de pe piața pensiilor private precum și reglementarea și supravegherea prudențială a administrării acestor fonduri, prin adoptarea **Legii nr.204/2006 privind pensiile facultative** și prin modificarea și completarea **Legii nr.411/2004 privind fondurile de pensii administrate privat**.

Astfel, se vor continua să implementeze reformele deja angajate axându-se pe asigurarea de pensii adecvate cetățenilor, încercând să dezvolte cei trei piloni ai sistemului. Având în vedere

datele statistice care ne arată rata de dependență angajați / pensionari, România trebuie să-și dezvolte un sistem de promovare a îmbătrânirii active, prin introducerea de măsuri specifice pentru stimularea participării pe piața muncii a persoanelor vârstnice, dar și a altor grupuri vulnerabile care în prezent înregistrează rate scăzute de participare.

Implementarea sistemului privat de pensii, cu scopul asigurării unor venituri suplimentare la vârsta pensionării care să conducă, într-un procent cât mai mare, la adecvarea și sustenabilitatea veniturilor din pensii va continua să fie un obiectiv strategic. Atingerea unui asemenea obiectiv depinde de evoluția parametrilor care influențează acumularea activelor, cum ar fi: nivelul și dispersia acoperirii și contribuțiilor, precum și nivelul randamentelor.

Sistem de sănătate a parcurs succesiv mai multe etape pentru consolidare și pentru creșterea performanțelor, aceasta conducând la ameliorarea stării de sănătate a populației precum și la dezvoltarea capitalului uman. Resurse mai multe sunt necesare fără îndoială pentru a se asigura o sustenabilitate financiară adecvată sistemului de sănătate, dar totodată trebuie să ne asigurăm că resursele existente sunt utilizate rațional și sunt țintite pe rezolvarea nevoilor reale din sistem. De asemenea este important ca prin toate programele ce se realizează să se garanteze accesul tuturor cetățenilor la servicii de sănătate de calitate, iar aceasta nu se poate face decât prin îmbunătățirea organizațională și prin continuarea legiferării pachetului minim de servicii de servicii medicale, care într-adevăr să acopere nevoile minime ale unei persoane pentru a avea o stare de sănătate bună.

## **PARTEA II – PLANUL NAȚIONAL DE ACȚIUNE ÎN DOMENIUL INCLUZIUNII SOCIALE**

### **Secțiunea 2.1. – Progrese realizate în domeniul incluziunii sociale**

Pentru perioada 2006 – 2008 obiectivul strategic al României din domeniul incluziunii sociale a fost centrat pe acțiuni strategice care să conducă la creerea unei societăți incluzive în care să se asigure cetățenilor resursele și mijloacele necesare pentru o viață demnă. Pentru atingerea acestui obiectiv principalele priorități identificate constau în:

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

Incluziunea socială s-a aflat și se va afla în continuare pe agenda politică a Guvernului României. Abordarea strategică privind combaterea excluziunii sociale include orice formă de excluziune, sex, vârstă, etnie, și se adresează cu prioritate spre identificarea celor mai vulnerabile persoane, grupuri, comunități, etc. Rezolvarea problemelor acestora nu se poate face decât într-un cadru integrat și care să asigure interconectarea dintre dezvoltarea economică și socială.

Răspunsul multidimensional la nevoia socială se poate da numai printr-o coordonare a tuturor nivelelor implicate. Totodată, trebuie create structuri coerente și integrate astfel încât să se faciliteze monitorizarea și evaluarea politicilor naționale de incluziune socială. Progresele înregistrate în domeniu sunt semnificative, evidențiind implicarea activă a structurilor responsabile în îmbunătățirea nivelului de trai a cetățenilor.

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

În anul 2007, prin măsurile prevăzute în programul național de ocupare au fost angajate **506.804** persoane, din totalul de 1.083.491 persoane înregistrate în evidențele agenției (stoc de șomeri la 1 ianuarie 2007 plus intrările din perioada analizată). Din totalul de 506.804 persoane, **44.481** aparțin unor grupuri cu acces mai greu pe piața muncii, cum sunt:

- **27.127** șomeri de lungă durată;
- **15.987** persoane de etnie romă;
- **1.072** persoane cu handicap;
- **198** tineri care au părăsit sistemul de protecție a copilului;
- **33** persoane care au ieșit din detenție;
- **57** cetățeni străini;
- **3** persoane repatriate, **4** persoane refugiate.

Structura, pe grupe de vârste, a celor **506.804** persoane ocupate în muncă se prezintă astfel:

- 113.924 persoane au vârsta mai mică de 25 ani;
- 133.752 persoane au vârsta cuprinsă între 25-35 ani;
- 135.621 persoane au vârsta cuprinsă între 35-45 ani;
- 123.507 persoane au vârsta de peste 45 ani.

Prin implementarea *Programului special aplicat în 150 localități din zonele defavorizate sau localități cu rată mare a șomajului* au fost angajate 33.506 persoane față de 16.000 persoane planificate a se încadra în 2007, procentul de realizare fiind de 209,41%.

Ca urmare a subvenționării angajatorilor pentru **încadrarea persoanelor în vârstă de peste 45 de ani sau unici susținători ai familiilor monoparentale** au fost angajate 21.862 persoane, din care 816 persoane (3,73%) unici susținători ai familiilor monoparentale. De asemenea au fost încadrate în muncă 493 persoane care mai au 3 ani până la îndeplinirea condițiilor prevăzute de lege pentru pensionare.

Pentru promovarea angajării tinerilor, una dintre măsurile avute în vedere se referă la subvenționarea angajatorilor pentru a încadra **absolvenți ai instituțiilor de învățământ**. În acest sens au fost angajate, în anul 2007 aproximativ 12.182 persoane, din care:

- 1.624 absolvenți ai ciclului inferior al liceului sau ai școlilor de arte și meserii;

- 5.412 absolvenți de învățământ secundar superior sau învățământ postliceal;
- 5.146 absolvenți de învățământ superior;

Pe parcursul anului 2007 au beneficiat de **servicii de informare și consiliere profesională** un număr de 618.527 persoane aflate în căutarea unui loc de muncă, dintre care 470.296 persoane nou înregistrate (56,19% bărbați și 43,81% femei) și 148.231 persoane revenite la consiliere. Comparativ cu anul 2006, când au beneficiat de servicii de informare și consiliere 126.121 persoane nou înregistrate, în anul 2007 numărul acestora a crescut cu 344.175 persoane. Ca urmare a participării la serviciile de informare și consiliere profesională, 41.410 persoane au fost cuprinse la cursuri de formare profesională, 3.703 persoane au beneficiat de servicii de consultanță pentru demararea unei afaceri pe cont propriu și 96.450 persoane au fost reintegrate pe piața muncii.

Prin implementarea programului **„De la școală, la viață profesională, spre carieră”**, în cadrul căruia au fost desfășurate 1.782 ședințe de informare și consiliere individuală și de grup, s-a urmărit creșterea șanselor de ocupare prin activitatea de informare și orientare profesională a elevilor din anii terminali ai învățământului preuniversitar, viitori absolvenți.

**În anul 2007**, la nivel național, au fost organizate **2.486 programe de formare profesională**, **2.229** programe pentru șomeri aflați în evidența agențiilor județene pentru ocuparea forței de muncă, **104** cursuri pentru deținuți aflați în penitenciare și **137** cursuri pentru cofinanțarea formării profesionale organizată de angajatori pentru salariații proprii.

**Programul național de ocupare a persoanelor marginalizate social** a fost elaborat luând în considerare necesitatea atenuării efectelor sociale ale proceselor de restructurare din economie, precum și persistența riscului de marginalizare socială pentru unele categorii de persoane care întâmpină dificultăți în ocuparea unui loc de muncă. În ceea ce privește **accesul la un loc de muncă**, în anul 2007, au fost încheiate **2.212 contracte de solidaritate** cu următoarele categorii de beneficiari:

- 334 tineri proveniți din centrele de plasament și centrele de primire a copilului din cadrul serviciilor publice specializate și al organismelor private autorizate în domeniul protecției copilului (15,1%);
- 108 tineri singuri cu copii în întreținere (4,9%);
- 439 tineri familisti cu copii în întreținere (19,8%);
- 354 tineri familisti fără copii în întreținere (16,0%);
- 2 tineri familisti care au executat pedeapsă privată de libertate (0,1%);

- 975 persoane aparținând altor categorii de tineri aflați în dificultate (44,1%).

Ca urmare a aplicării acestei legi, în anul 2007 au fost încadrate în muncă un număr de **1.976 persoane**. Structura persoanelor încadrate în muncă este:

- 240 tineri proveniți din centrele de plasament și centrele de primire a copilului din cadrul serviciilor publice specializate și al organismelor private autorizate în domeniul protecției copilului (12,1%);
- 93 tineri singuri cu copii în întreținere (4,7%);
- 427 tineri familiști cu copii în întreținere (21,6%);
- 348 tineri familiști fără copii în întreținere (17,6%);
- 1 tânăr familist care a executat pedeapsă privată de libertate (0,1%);
- 867 persoane aparținând altor categorii de tineri aflați în dificultate (43,9%).

## Obiectiv prioritar 2 – Facilitarea accesului la resurse, drepturi și servicii

Reducerea sărăciei a fost și este un obiectiv major al Guvernului cuprins în programul de guvernare, fiind puse în practică mai multe măsuri care să conducă la prevenirea marginalizării sociale.

Cel mai important program lansat de Guvernul României pentru combaterea sărăciei este **venitul minim garantat**, program care a reprezentat și în perioada 2006 – 2007 o preocupare pentru asigurarea unei bune implementări. Nivelurile venitului minim garantat au fost corelate cu alte tipuri de venituri ale populației (salariul de bază minim brut pe țară, indemnizația de șomaj) și au fost stabilite în funcție de structura și numărul de persoane din familie. Cuantumul inițial se indexează anual în funcție de rata inflației. Analizând comparativ numărul de cereri de ajutor social se poate observa că acestea au avut o tendință de creștere până la finele anului 2004, după care numărul a început să scadă ajungând la sfârșitul anului 2007 sub nivelul anului 2002, fapt care corespunde fenomenului de reducere a sărăciei și implicit a celor îndreptățiți să solicite ajutor social.

### Numărul de cereri de ajutor social

2002	2003	2004	2005	2006	2007
390.618	392.508	422.157	383.442	337.246	289.535

Sursa: Ministerul Muncii, Familiei și Egalității de Șanse

Acordarea venitului minim garantat este condiționată de prestarea unei activități de interes local la recomandarea primarului și reprezintă totodată o măsură complementară cu acordarea altor beneficii cum ar fi: asigurarea medicală, ajutorul de urgență, ajutorul pentru încălzirea locuinței.

De asemenea, perioada de referință a fost marcată și de o serie de modificări importante în sistemul de prestații familiale din România, schimbări care au avut ca principal obiectiv creșterea calității vieții cetățenilor. Dintre principalele programe de prestații sociale existente amintim următoarele:

- **Programe destinate susținerii familiilor cu copii:** alocația pentru nou-născuți, indemnizația pentru creșterea copilului și stimulentele în cazul în care mama/tatăl aflat în concediu de creștere a copilului se reîntorc în câmpul muncii, trusoul pentru nou-născuți, tichetele de creșă, alocația familială complementară și alocația de susținere pentru familia monoparentală, alocația de plasament familial;
- **Programul de susținere a familiilor nou constituite** prin acordarea unui sprijin financiar în valoare de 200 Euro la căsătorie.
- **Programul de acordare a ajutoarelor pentru încălzirea locuinței** numărul de beneficiari în sezonul rece 2006 – 2007 crescând cu 8% comparativ cu sezonul 2003 - 2004, ajungând la 1487 mii persoane. A fost reglementat un nou sistem de acordare a ajutoarelor pentru încălzirea locuinței, mult mai flexibil și care să aibă un impact pozitiv asupra creșterii nivelului de trai al persoanelor defavorizate. Astfel, pentru utilizatorii sistemului centralizat de încălzire care au un venit lunar pe membru de familie stabilit prin actul normativ, se acordă un ajutor lunar prin compensarea procentuală a valorii efective a facturii la energia termică. Persoanele singure beneficiază de o compensare mai mare cu 10%, iar pentru familiile și persoanele singure beneficiare de ajutor social compensarea se acordă în proporție de 100%. Familiile și persoanele singure care sunt beneficiare de ajutor social și care utilizează pentru încălzirea locuinței lemne, cărbuni și combustibili petrolieri beneficiază de ajutor pentru încălzirea locuinței, în perioada sezonului rece, în sumă de 50 lei lunar.

Guvernul României a manifestat o preocupare constantă în procesul de implementare a serviciilor sociale în vederea favorizării incluziunii sociale a grupurilor vulnerabile, asigurând suportul financiar prin programe de interes național. Astfel, au fost aprobate, pentru prima dată, un număr de 9 programe de interes național care se adresează următoarelor grupuri defavorizate: persoane cu handicap, persoane vârstnice, persoane fără adăpost, persoane victime ale violenței în familie. Suma totală acordată pentru realizarea acestor programe este de 64,5 mil. lei.

Totodată, s-a continuat programul de acordare de subvenții asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică care înființează și administrează unități de asistență socială. Pentru a primi subvenție pentru anul 2007, au fost transmise un număr de 3.110 solicitări de finanțare pentru 315 unități de asistență socială și urmare selecției au fost aprobate 92 de solicitări pentru un număr de 267 unități, iar suma totală aprobată este de 9.999.837 lei.

Dezvoltarea serviciilor sociale este susținută și prin proiecte cu finanțări internaționale. Astfel, prin proiectul „Dezvoltarea sectorului social” finanțat de Banca Mondială” a fost implementată în perioada noiembrie 2004 – mai 2006 o schemă de investiții în domeniul dezvoltării și diversificării serviciilor sociale, în valoare totală de 3 mil. USD. Au fost implementate un număr de 70 de proiecte de servicii sociale, pentru un număr total de 11.320 beneficiari.

De asemenea a fost negociat și aprobat un nou împrumut cu Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare, în valoare totală de 47,2 meuro (valoarea totală a proiectului fiind de 79,4 meuro) prin care se are în vedere promovarea incluziunii sociale a următoarelor grupuri vulnerabile: persoanelor cu handicap, persoanelor victime ale violenței domestice, populației romă, tinerii care părăsesc sistemul de protecție a copilului.

Dezvoltarea de servicii sociale va fi susținută și prin sprijinul financiar al Uniunii Europene astfel, în cadrul programării multianuale Phare 2004 – 2006 este în curs de implementare o schemă de investiții în valoare totală de aproximativ 24,2 MEuro. În prezent sunt finanțate 91 de proiecte de servicii sociale contractându-se 8,9 Meuro, urmând ca în perioada 2008 – 2009 să se implementeze proiecte de servicii sociale a căror valoare totală este de 7,2 mil. Euro.

Începând cu anul 2005, preocupările din **domeniul protecției copilului** s-au axat pe implementarea noului pachet legislativ privind protecția și promovarea drepturilor copilului. Dezvoltarea serviciilor alternative instituționalizării a reprezentat prioritatea tuturor programelor în domeniu.

În luna august 2008, Guvernul a aprobat Strategia Națională în domeniul protecției drepturilor copilului 2008-2013, prima strategie care vizează toți copiii români, aflați pe teritoriul României sau în străinătate, precum și copiii fără cetățenie aflați pe teritoriul României, copiii refugiați și copiii cetățeni străini aflați pe teritoriul României în situații de urgență. Strategia reglementează aspecte care țin de drepturile copiilor în general, dar și de egalizarea șanselor pentru realizarea acestor drepturi pentru grupuri vulnerabile de copii și tineri care necesită o atenție sporită.

În acest sens se desfășoară programe de interes național, dintre care menționăm: Programul "Înființarea de centre de plasament de tip familial", Programul "Dezvoltarea serviciilor alternative pentru copiii cu dizabilități/ handicap/HIV/SIDA" Programul "Dezvoltarea rețelei de servicii specializate pentru copiii victime ale abuzului, neglijării și exploatării" "Dezvoltarea rețelei serviciilor sociale comunitare pentru copil și familie și susținerea familiilor aflate în criză în vederea prevenirii separării copilului de familia sa".

În ceea ce privește reintegrarea socială a copiilor străzii, Guvernul a promovat proiectul „Inițiativa copiii străzii” finanțat de Banca de Dezvoltare a Consiliului Europei cu suma de 5,739 milioane Euro, prin care se creează 20 de centre pentru un număr de 300 de copii, aproximativ 150 de lucrători sociali beneficiind totodată de programe de pregătire.

În anul 2007 au fost implementate 2 programe de interes național și anume:

- ⇒ "Dezvoltarea serviciilor alternative pentru copiii cu dizabilități/ handicap/HIV/SIDA", având un buget de 3.200 mii lei, prin care s-au recrutat și format 26 asistenți maternali profesioniști, au fost angajați 12 asistenți maternali la care au fost plasați 12 copii cu dizabilități;
- ⇒ Dezvoltarea rețelei serviciilor sociale comunitare pentru copil și familie și susținerea familiilor aflate în criză în vederea prevenirii separării copilului de familia sa", având un buget de 1.400 mii lei, prin care s-au format 210 persoane din cadrul serviciilor publice de asistență socială și 521 persoane din cadrul serviciilor de tip rezidențial.

În domeniul **protecției persoanelor cu handicap**, eforturile s-au concentrat pe elaborarea și implementarea politicilor privind protecția, integrarea și incluziunea socială a acestei categorii de persoane. Principalul obiectiv spre care s-au îndreptat toate eforturile l-a constituit crearea și dezvoltarea sistemului de servicii sociale comunitare care să vină în sprijinul persoanelor cu handicap neinstituționalizate, permițându-le acestora să-și trăiască cât mai independent propria viață, fiind asistate de o rețea de suport.

În perioada de referință, a fost alocată suma de 7.086.000 lei (3.463.0000 lei în 2006 și 3.623.000 lei) pentru finanțarea proiectelor în domeniul protecției speciale și a integrării socioprofesionale a persoanelor adulte cu handicap. În baza acestor finanțări, au fost înființate 41 de noi servicii sociale.

Totodată prin programele de interes național, în valoare de 12.654.000 RON s-au realizat: restructurarea a 2 instituții rezidențiale de tip vechi, dezvoltarea de servicii de îngrijire la

domiciliu, 31 de centre pentru servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu, formare a 300 de persoane adulte cu handicap pentru reintegrarea socio-profesională.

În perioada 29 noiembrie 2005 – 29 octombrie 2007, s-a desfășurat proiectul Phare 2003/005-551.01.04 „Sprijinirea reformei sistemului de protecție a persoanelor cu dizabilități”. Valoarea totală a schemei de finanțare a fost de 21.355.195,74 euro, iar co-finanțarea României de 4.079.093 Euro. În cadrul schemei de finanțare nerambursabilă, la sfârșitul anului 2005 au fost semnate 36 contracte de finanțare, având drept beneficiari 20 de consilii județene și Consiliul local al sectorului 3 – București. Prin finalizarea programului au fost înființate 78 de servicii noi (locuințe protejate (45), centre de integrare prin terapie ocupațională (5), centre de îngrijire și asistență (13), centre de recuperare și reabilitare neuropsihică (10), centre de zi (4), centre de respiro (1)).

Prin adoptarea Strategiei naționale pentru protecția, integrarea și incluziunea socială a persoanelor cu handicap în perioada 2006-2013 "Șanse egale pentru persoanele cu handicap - către o societate fără discriminări" Guvernul și-a stabilit obiectivele generale și anume: promovarea integrării sociale a persoanelor cu handicap ca cetățeni activi în măsura de a-și controla viața, având următoarele obiecte specifice, acordarea de sprijin pentru familiile care au în componență persoane cu handicap, creșterea gradului de ocupare a persoanelor cu handicap pe piața muncii.

Prin introducerea noii legislații în domeniul protecției persoanelor cu handicap, care încurajează încadrarea în muncă a acestei categorii de persoane, precum și înființarea de unități protejate în anul 2007 s-a înregistrat o creștere importantă a numărului de unități protejate autorizate. Dacă la sfârșitul anului 2006 erau autorizate 48 de unități, până la sfârșitul anului 2007 au fost autorizate 150. În ceea ce privește numărul persoanelor încadrate în muncă, la 31 decembrie 2007 numărul acestora a fost de 21.906 față de 16.225 la 31 decembrie 2006, dintre care 2.431 sunt persoane cu handicap grav și 16.707 persoane cu handicap accentuat.

### **Obiectiv prioritar 3 – Îmbunătățirea condițiilor de viață a populației Roma**

Măsurile speciale acordate în vederea integrării pe piața muncii a populației de etnie roma au avut ca rezultat integrarea unui număr de **15.987 persoane. Bursa locurilor de muncă pentru persoanele de etnie romă a fost** organizată sub auspiciile Anului european al egalității de șanse pentru toți, în toate județele țării și în municipiul București, la date diferite, multe locații de desfășurare fiind chiar în comunitățile de romi. Rezultatele finale organizării bursei sunt :

- au fost contactați **6.214** agenți economici (din care 116 oameni de afaceri de etnie rromă și 96 angajatori de inserție) din care au participat 985 (din care 30 oameni de afacere de etnie rromă și 29 angajatori de inserție);
- au fost oferite 16.347 locuri de muncă, din care 13.560 pentru persoanele de etnie rromă și 144 pentru angajarea tinerilor marginalizați social conform Legii nr. 116/2002 ;
- au participat 8.619 persoane (din care 6.496 persoane de etnie roma) și au fost selectate în vederea încadrării 3.779 persoane din care 2.786 persoane de etnie rromă și 103 persoane marginalizate social care îndeplinesc condițiile Legii nr. 116/2002 .
- numărul total de locuri de muncă ocupate a fost de 1.771 din care 1.187 persoane de etnie rromă și 53 persoane marginalizate.

În scopul apropierii serviciilor sociale de beneficiarii din mediul rural și comunitățile de romi, precum și a creșterii numărului persoanelor înregistrate în evidențele proprii, agenția a continuat acțiunile de informare și oferire a serviciilor specifice, *direct în cadrul comunităților de romi*, prin intermediul caravanelor ***Caravana ocupării pentru romi***

În cadrul acțiunilor din comunitățile de romi, au participat **46.545** persoane de etnie romă din care 19.637 femei. Numărul de persoane consiliate a fost de 9.995 din care 4.279 femei. Au fost înscrise în baza de date **17.196** persoane, din care femei: **6.583**, reușindu-se încadrarea în muncă a unui număr de **3.753**, din care **1.199** femei.

De asemenea, programele educaționale privind rromii au fost continuate și extinse reușind **atragera și pregătirea resursei umane de etnie roma în procesul educațional**, ca factor motivant și multiplicator pentru alte potențiale resurse umane și elevi rromi. În anul școlar 2006/2007 au participat un număr de peste 250.000 de copii de etnie roma comparativ cu anul școlar 2003/2004 când erau înscriși un număr de 158.128 copii.

## **Secțiunea 2.2 – Provocări cheie, priorități, obiective și ținte**

În ultimii ani economia românească a continuat să aibă o creștere dinamică care să permită Guvernului adoptarea unor măsuri de politică socială generoase și care să contribuie la o îmbunătățire a nivelului de trai. De asemenea, piața muncii a avut o evoluție pozitivă, reducându-se rata șomajului. Este important de menționat faptul că migrația forței de muncă a avut o evoluție ascendentă, o mare parte a forței de muncă alegând să-și caute un loc de muncă în afara granițelor României. Acest fapt a determinat un deficit al forței de muncă, ce necesită măsuri urgente pentru acoperirea lui prin atragerea și stimularea lucrătorilor să se întoarcă în țară.

Întărirea eforturilor pentru a lupta împotriva sărăciei și excluziunii sociale și de a promova incluziunea persoanelor vulnerabile prin măsuri de incluziune activă rămâne unul din elementele centrale ale politicii sociale ce se va dezvolta în următorii ani. Reducerea sărăciei reprezintă elementul central al politicii pe care România și-o propune pentru viitorul ciclu de programare, și în acest sens își va concentra eforturile și resursele pe creșterea gradului de ocupare a grupurilor vulnerabile, pe implementarea măsurilor prin care se investește în dezvoltarea competențelor personale, pe promovarea oportunităților egale și pe dezvoltarea unui sistem adecvat de protecție socială.

România va continua să adopte măsuri ce privesc dezvoltarea sistemului de prestații sociale care nu creează dependență de sistem și prin care să se încurajeze reîntoarcerea în activitate. Furnizarea de sprijin a celor mai vulnerabili și care au dificultăți în integrarea lor pe piața muncii și în societate prin oferirea de servicii adecvate și accesibile constituie un pas important pentru promovarea coeziunii sociale. Totodată, se vor adopta măsuri privind întărirea egalității de șanse pe piața muncii între bărbați și femei și de a favoriza reconcilierea vieții profesionale cu cea familială. În lumina prezentelor schimbări demografice, România trebuie să ia măsurile necesare pentru a asigura sustenabilitatea financiară a dezvoltării sistemului de servicii sociale.

Sistemul de asistență socială din România, și-a propus prin introducerea schemelor de venit minim garantat ca mijloc de prevenire a sărăciei și excluziunii sociale, în primul rând prevenirea deprecierei materiale extreme și în al doilea rând să asigure o integrare pe termen lung a persoanei în dificultate. Provocarea majoră se referă la ce reprezintă „nivelul minim garantat” și aici sunt preocupări continue pentru a putea distribui resursele pe categorii specifice de beneficiari și de a dezvolta un sistem de evaluare și monitorizare a eficienței acordării acestuia.

Cele mai afectate de riscul excluziunii sociale, așa cum arată datele statistice disponibile, sunt familiile cu copii (în special familiile monoparentale și familiile cu mulți copii). Ținând cont de fațeta multidimensională a cauzelor excluziunii sociale, un răspuns adecvat ce va contribui la prevenirea acestui fenomen în rândul familiilor cu copii nu se poate constitui decât prin dezvoltarea unor strategii complexe, și printr-o coordonare între toate nivelele de decizie, pentru a facilita implementarea acestora. O soluție efectivă și totodată eficientă este dată de menținerea unui venit adecvat în familie, iar pe termen lung accentul să se pună pe dezvoltarea unui sistem de prevenire a unor astfel de situații.

Identificarea și dezvoltarea competențelor pe care o persoană le are, nu poate duce decât la creșterea șanselor acesteia de a-și îmbunătăți condițiile de viață, de a-și găsi un loc de muncă adecvat care să-i asigure un trai decent. Prin urmare, „o viață bună” și „un loc de muncă mai bine plătit” nu se poate obține decât dacă individul are o educație adecvată și un set de competențe acumulate. Astfel, diminuarea abandonului școlar și menținerea cât mai mult a indivizilor în sistemul de educație, dar și adaptarea sistemului de învățământ la cerințele pieții muncii, pentru a evita „producerea” de viitori șomeri, este prioritatea reformei sistemului de educație românesc.

Principalele acțiuni avute în vedere se referă la dezvoltarea unui sistem de facilități pentru copii expuși riscului abandonului școlar, precum și la asigurarea accesului copiilor la un sistem de educație preșcolară adecvat și de calitate. De asemenea, resursele vor fi orientate pe asigurarea condițiilor necesare pentru eliminarea abandonului școlar cel puțin pentru învățământul gimnazial.

*Obiectivul central al Guvernului României, în ceea ce privește domeniul incluziunii sociale se referă la continuarea eforturilor pentru dezvoltarea unei societăți incluzive bazată pe acordarea de servicii de incluziune sociale integrate dezvoltate având la bază o evaluare reală a nevoilor individului, prin dezvoltarea sectorului terțiar și prin asigurarea oportunităților egale pentru toți cu accent deosebit pe persoanele vulnerabile. Totodată, se vor căuta soluțiile pentru a crește implicarea persoanelor, familiilor sau comunităților în procesul de luare a deciziilor, precum și în procesul de implementare a măsurilor, acest fapt constituindu-se în unul dintre punctele slabe ale sistemului românesc.*

Principalele provocări pentru următoarea perioadă de raportare, respectiv 2008-2010 se referă la:

- prevenirea marginalizării sociale, continuarea eforturilor pentru a îmbunătăți accesul cetățenilor la drepturile lor sociale;

- dezvoltarea de programe multidimensionale de prevenție astfel încât să se evite ajungerea cetățenilor în situații de excluziune;
- implementarea de măsuri personalizate prin intervenții țintite atunci când este identificat un potențial risc ce ar putea conduce la o deteriorare a condițiilor de viață;
- îmbunătățirea accesului la resurse a familiilor aflate în situație de excluziune socială fapt ce poate contribui la creșterea gradului de bunăstare a societății;
- dezvoltarea unor strategii de prevenire a consumului de droguri la locul de muncă, în special în cazul profesiilor identificate ca având risc crescut de consum;
- monitorizarea programelor dezvoltate de către autoritățile responsabile și dezvoltarea unui sistem de raportare cu o periodicitate bine stabilită privind progresele realizate;
- organizarea de campanii de sensibilizare și informare continuă a cetățenilor cu privire la drepturile lor.

Pentru a putea face față tuturor acestor provocări trebuie ca autoritățile publice să-și concentreze acțiunile spre facilitarea accesului diferitelor instituții/organisme/autorități/persoane fizice publice sau private la absorbția cât mai mare și mai ales eficientă a fondurilor structurale. Implementarea angajamentelor acestui raport se află sub auspiciile primului ciclu de accesare a fondurilor structurale de România.

## **Secțiunea 2.3 – Obiective prioritare**

### **Obiectivul prioritar 1 – Creșterea gradului de ocupare a persoanelor defavorizate**

Acțiunile realizate în România în ultimii 2 ani s-au axat în special pe promovarea de politici active în domeniul incluziunii sociale în toate sectoarele. Politicile de incluziune sociale au avut la bază două principii importante și anume „asigurarea unui venit suficient” și „activarea” persoanelor expuse riscului de excluziune socială.

Pe lângă continuarea programelor care promovează măsurile active în domeniul ocupării, s-a pus accentul pe dezvoltarea serviciilor sociale care vin să aducă un răspuns eficient unor situații de vulnerabilitate.

Unul dintre pașii necesari pentru creșterea calității vieții cetățenilor este stimularea participării pe piața muncii, precum și dezvoltarea spiritului antreprenorial al tuturor și mai ales al grupurilor dezavantajate. Pentru viitorul României trebuie ca o economie eficientă și dinamică să interacționeze cu o economie bazată pe justiție socială. În acest sens *dezvoltarea sectorului privind economia socială poate fi primul pas spre atingerea acestei ținte* prin dezvoltarea mecanismelor și instrumentelor aferente pentru a se asigura o deplină implementare a acestui domeniu. Construirea unui astfel de sistem este foarte important pentru că oferă răspunsuri la nevoile identificate ale societății românești.

Urmare tuturor problemelor sociale persistente în România, cum ar fi fenomenul șomajului, rata sărăciei, disparitățile regionale în ceea ce privește dezvoltarea socio-economică, schimbările demografice, etc., Guvernul României caută cele mai adecvate soluții pentru rezolvarea lor. Experiențele de bună practică privind noile abordări ale dezvoltării economico-sociale identificate în alte state, cum este Economia Socială, stimulează Guvernul României de a-și axa preocupările în dezvoltarea și implementarea unui astfel de sistem și în țara noastră.

Dezvoltarea de întreprinderi sociale va duce la creșterea gradului de integrare/reintegrare pe piața muncii a persoanelor defavorizate (persoane cu handicap, șomeri pe termen lung, persoane sărace, etc.).

Pentru perioada următoare, România își va concentra eforturile în special pe incluziune activă pe piața muncii a persoanelor cu dizabilități prin dezvoltarea instrumentelor necesare evaluării abilităților vocaționale ale persoanelor cu handicap și dezvoltarea serviciilor sociale adecvate

astfel încât să se faciliteze încadrarea pe piața muncii a tuturor persoanelor cu handicap care nu au pierdut în totalitate capacitatea de muncă și doresc să dezvolte o activitate.

Se va pune accentul pe trecerea de la o abordare medicală a problemei persoanelor cu handicap, la o abordare socială bazată pe principii unanim recunoscute și anume participare, demnitate, accesibilitate, calitate. Acest fapt necesită *noi abordări practice în domeniul formării și reabilitării profesionale a persoanelor cu handicap*. Înființarea *atelierelor de lucru asistate vor contribui în mod direct la angajarea în muncă a persoanelor cu handicap care își caută un loc de muncă* și nu în ultimul rând la o schimbare a competențelor profesioniștilor care lucrează în acest domeniu.

În acest sens, ar trebui menționat faptul că atelierelor de lucru vor urmări modelul de „angajare în muncă cu salariu”, în loc să opereze ca un „model terapeutic” și că ele vor oferi oportunități reale de tranziție pentru a ajuta oamenii să se pregătească și să intre pe piața muncii normale. Astfel, se vor dezvolta *noi servicii sociale integrate cu serviciile de ocupare* care în prezent sunt reduse sau chiar inexistente în România.

Pentru a se putea realiza prioritățile menționate anterior o serie de acțiuni complexe și multidisciplinare vor fi implementate și anume:

#### 1. Promovarea economiei sociale:

- Dezvoltarea unui cadru legislativ coerent, adecvat specificităților naționale dar armonizat cu legislația europeană, care să asigure bazele necesare creării sectorului „economie socială în România”;
- Realizarea de proiecte pilot de economie socială, care ulterior pot fi replicate la nivel național, în zone identificate ca fiind cu probleme sociale;
- Formarea în domeniul economiei sociale atât a profesioniștilor din sistemul social cât și a managerilor de întreprinderi sociale, și a persoanelor din grupurile dezavantajate;
- Promovarea unei campanii naționale de informare și promovare a Economiei Sociale în România, precum și de conștientizare a societăților comerciale cu privire la responsabilitățile sociale ce le revin;
- Dezvoltarea unui Centru Național de Resurse care va oferi consultanță și sprijin noilor inițiative de economie socială;

## 2. Integrarea pe piața muncii a persoanelor cu handicap:

- Dezvoltarea de instrumente de evaluare vocațională a persoanelor cu handicap;
- Susținerea dezvoltării și diversificării serviciilor sociale orientate spre integrarea persoanelor pe piața muncii;
- Implementarea de programe de formare profesională pentru profesioniștii din domeniu, astfel încât să poată organiza serviciile nou create.

### Responsabilitatea implementării și resursele alocate:

Ministerul Muncii, Familiei și Egalității de Șanse, în calitatea sa de coordonator la nivel național al politicilor de incluziune socială, este principalul responsabil cu obiectivele propuse, precum și cu monitorizarea și evaluarea gradului de realizare. În acțiunile sale va fi sprijinit de către alte instituții ale administrației publice centrale (Autoritatea Națională pentru Persoane cu Handicap, Agenția Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă, Ministerul Economiei și Finanțelor), precum și de autoritățile locale, principalii furnizori de servicii sociale. Pentru a se putea asigura o implementare cât mai eficientă, Ministerul Muncii, Familiei și Egalității de Șanse se va concentra pe stimularea unei atitudini responsabile din partea diferiților parteneri: organizații ale patronatelor, sindicate, organizații neguvernamentale.

Resursele necesare implementării acțiunilor sunt acoperite în special din Fondul Social European, precum și din bugetul de stat.

## **Obiectivul prioritar 2 – Promovarea politicilor familiale integrate prin promovarea unui pachet de măsuri eficiente de prestații și servicii sociale**

Realizarea de politici familiale integrate, reprezintă o preocupare tradițională a României, punând accent pe pachete de servicii sociale, prestații sociale, precum și pe facilități fiscale care să contribuie la consolidarea familiei, a societății românești.

Urmare analizei realizate pe baza anchetei asupra calității vieții, pentru anul 2007, din totalul copiilor aflați în componența gospodăriilor copiii cu vârsta sub 13 ani reprezintă două treimi. Principalele forme de supraveghere a copiilor, cât timp părinții sunt ocupați sunt: includerea copiilor în sistemul de învățământ și supravegherea neplătită oferită de bunici, frați sau alte rude, prieteni sau vecini. În aceste forme de îngrijire sunt cuprinși aproximativ 40% din copiii sub 13 ani. La creșă sau grădiniță merg aproximativ o cincime dintre copiii cu vârste sub 13 ani, în centrele de zi și în centrele de supraveghere a copiilor în afara orelor de școală se află numai 0,1% din copiii mai mici de 13 ani.

Pentru perioada 2008-2010, dezvoltarea politicilor familiale se va concentra pe *promovarea de măsuri care să încurajeze participarea femeilor pe piața muncii, prin dezvoltarea facilităților de îngrijire a copiilor și dezvoltarea centrelor de zi care să faciliteze reîntoarcerea mamelor la locul de muncă.*

Sistemul de prestații sociale trebuie orientat spre susținerea familiilor cu copii, luând în considerare situația socio-economică a celor cărora se adresează. *Cuantumurile prestațiilor vor fi permanent actualizate*, în funcție de indicele de creștere a prețurilor la bunurile de consum astfel încât, în final prestațiile să asigure un venit adecvat beneficiarilor.

În paralel cu serviciile de îngrijire a copiilor și cu sistemul de prestații sociale, acțiunile ce se vor realiza vor avea în vedere și alte măsuri care să contribuie la creșterea calității vieții familiilor:

- continuarea dezvoltării programelor de servicii sociale integrate și de calitate ca principal mijloc de combatere a excluziunii sociale;
- creșterea investițiilor pentru asigurarea educației pre-școlare de calitate și accesibile;
- facilitarea accesului la o locuință decentă, inclusiv la locuințe sociale; acordarea de subvenții pentru familii tinere cu venituri mici.
- susținerea familiilor cu persoane dependente (persoane vârstnice, persoane cu handicap): ajutor la domiciliu, servicii de zi, încurajarea participării persoanelor dependente la activități intelectuale, culturale și sociale, programe de consiliere și

- susținere a familiei pentru a acorda îngrijire; crearea de rezidențe comunitare și de centre de îngrijire;
- activitățile extrașcolare organizate în școli, în afara timpului de studiu, în perioada programului de lucru al părinților (culturale, sportive, etc.);
  - susținerea familiilor cu copii printr-un pachet de prestații sociale adecvat;
  - dezvoltarea de programe de sănătate care să faciliteze protecția maternală și infantilă ce se adresează familiilor, femeilor gravide și copiilor în vârstă de sub 6 ani în cadrul cărora se permit intervenții pluridisciplinare (medic, puericultor, psiholog, asistent social, etc.);
  - susținerea familiilor afectate de fenomenul violenței în familie, prin dezvoltarea la nivel comunitar a rețelei de servicii sociale specializate în domeniul violenței în familie.

Responsabilitatea implementării acestui obiectiv revine Ministerului Muncii, Familiei și Egalității de Șanse, precum și Ministerului Educației, Cerceării și Tineretului, Ministerului Sănătății Publice, Autorității Naționale pentru Protecția Drepturilor Copilului, Agenția Națională pentru Protecția Familiei. În acțiunile sale va fi sprijinit de către instituții ale administrației publice centrale, precum și de către organizații neguvernamentale.

Resursele necesare implementării acțiunilor sunt acoperite în special din bugetul de stat bugetele locale.

### **Obiectivul prioritar 3 – Continuarea eforturilor pentru îmbunătățirea condițiilor de viață ale cetățenilor de etnie romă**

Promovarea politicilor naționale țintite pe creșterea calității vieții persoanelor de etnie roma nu se poate face decât dacă există informații disponibile cu privire la situația socio-economică a acestei categorii. Astfel, în anul 2008, a fost elaborat studiul „Vino mai aproape: incluziunea și excluziunea romilor în societatea românească de azi”. Studiul a avut la bază o analiză calitativă și cantitativă în rândul comunităților de romi, pe baza unor eșantioane de romi, dar și mixte, precum și pe baza chestionarelor transmise tuturor autorităților publice locale.

Procentul celor care nu au un *venit* în luna de referință (iulie 2007) a fost de 2 ori mai mare pentru romi decât pentru ne-romi 41,9% din romi față de 20,2% din ne-romi. La începutul vârstei adulte, atât romii cât și ne-romii au acces egal la surse de venit, dar începând cu înaintarea în vârstă diferențele cresc. De asemenea, și în ceea ce privește sexul, accesul la venituri este inegal, efectul negativ înregistrându-se în rândul femeilor (această tendință fiind similară atât pentru romi, cât și pentru ne-romi). Cele mai importante surse de venituri pentru romi (26,1% din populația de etnie roma) s-au dovedit a fi prestațiile sociale (indemnizația de maternitate, alocațiile pentru copii, alocația familială complementară, etc). Următoarea sursă de venit ca importanță este constituită de venitul minim garantat pentru un procent de 14,4% din eșantionul rom (pentru ne-romi procentul fiind de 2,0%). O altă specificitate pentru populația de etnie roma este că aceasta își câștigă existența în principal din surse inactice (43%) și din activități informale (22,7%). Se poate deci concluziona că cei mai mulți romi sunt în afara economiei formale, acest fapt evidențiindu-se și în procentul relativ redus de romi (16,7%) care au venituri din pensii.

În ceea ce privește *educația* 9% din tinerii adulți romi (18-30 ani) sunt absolvenți de liceu, iar 2% au studii superioare, în comparație cu 41% din tinerii adulți ne-romi, respectiv 27%. De asemenea, cel mai mare procent de analfabetism se înregistrează tot în rândul populației de etnie romă și anume 28% din cei ce frecventează școala primară dar nu au absolvit-o. Prezența mediatorului școlar în comunitățile de romi a contribuit la creșterea ratei de absolvire a școlii, precum și la creșterea numărului de copii înscriși într-o formă de învățământ.

O situație relativ interesantă se poate constata și în ceea ce privește *sănătatea*, speranța de viață în rândul acestei categorii este scăzută, înregistrându-se un procent redus de persoane vârstnice. Astfel, pentru fiecare membru al unei gospodării roma cu vârsta cuprinsă între 30 și 59 ani există 0,2 membri mai în vârstă, comparativ cu 0,5 cât se înregistrează în gospodăriile ne-rome. Opinia comună a personalului medical este că multe boli ale comunităților de romi se datorează

obiceiurilor nutriționale neadecvate. În ceea ce privește accesul la serviciile medicale, se poate spune că acesta se va face în funcție de gradul de informare și mai ales de situația economică. Mediatorii sanitari au avut un efect pozitiv cu privire la informarea populației în ceea ce privește serviciile medicale și cum se poate beneficia efectiv de acestea. Însă nu toate comunitățile de romi au un astfel de mediator, dar acolo unde există se constată o îmbunătățire a stării de sănătate a populației.

Cercetarea a evidențiat unele aspecte referitoare la *condițiile de locuit*, situație diferită de ceea ce se poate întâlni în rândul gospodăriilor ne-roma. Densitatea din locuințe este de două ori mai mare în cazul gospodăriilor rome, numărul mediu de persoane per cameră fiind de 1,98, comparativ cu 0,8 ca în cazul gospodăriilor ne-rome. În ceea ce privește utilitățile 15% din gospodăriile rome trăiesc fără electricitate, 36% nu au apă în gospodăria proprie, iar în ceea ce privește dotarea cu echipamente de folosință îndelungată 53% din romi au frigider și 8% au calculator, 14% au mașină de spălat automată, 68% au televizor color, 12% au automobil, 10% au telefon fix (dar 43% au telefon mobil).

Având la bază rezultatele cercetărilor realizate, precum și a rezultatelor implementării strategiei naționale privind îmbunătățirea situației populației de etnie romă, prioritățile Guvernului României se axează pe o serie de măsuri care să conducă la incluziunea socială a acestei categorii:

- favorizarea accesului la serviciile de sănătate primară, prin creșterea numărului de persoane de etnie romă înscrise pe listele medicilor de familie;
- continuarea programelor de formare și pregătirea a mediatorilor sanitari și mediatorilor școlari;
- îmbunătățirea participării școlare a persoanelor de etnie romă, reducerea analfabetismului și a abandonului școlar;
- dezvoltarea programelor naționale destinate încadrării în economia formală prin dezvoltarea de locuri de muncă plătite și creșterea abilităților profesionale;
- promovarea politicilor antidiscriminatorii, prin realizarea de campanii naționale de conștientizare.

Totodată, se va implementa sistemul de monitorizare și evaluare elaborat pentru a se putea măsura impactul implementării programelor și strategiilor din domeniu, astfel încât politicile sociale țintite pe acest grup vulnerabil să fie bazate pe situația reală și să țină cont de problemele identificate.

Punerea în practică a acestor măsuri se va realiza prin cooperarea și coordonarea tuturor actorilor, guvernamentali și ai societății civile, care au responsabilități în domeniul incluziunii sociale. De asemenea, Fondul Social European va sprijini din punct de vedere financiar implementarea programelor menționate, completat fiind de fonduri de la bugetul de stat și bugetele locale, precum și fonduri rambursabile acordate de Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare.

## 2.4. Buna Guvernare:

Odată cu adoptarea **Hotărârii de Guvern nr. 1217/2006 privind crearea mecanismului național pentru promovarea incluziunii sociale în România**, eforturile instituționale s-au concentrat pe implementarea acesteia. În acest sens MMFES a inițiat un proiect de twinning ce a fost implementat, împreună cu Ministerul Sănătății și Afacerilor Sociale din Finlanda, proiectul de Twinning Light RO 04/01 SO 02/TL „Asistență pentru monitorizarea și implementarea Memorandumului Comun de Incluziune de către Ministerul Muncii, Solidarității Sociale și Familiei” (valoare 250.000 Euro buget Phare, 62.500 co-finanțare națională).

În **data de 12 martie 2007** a avut **loc prima reuniune a Comisiei Naționale pentru Incluziune Socială** sub președinția ministrului muncii, familiei și egalității de șanse în cadrul căreia au fost discutate principalele priorități ale României în domeniul incluziunii sociale.

În vederea creșterii gradului de conștientizare a specialiștilor din domeniu, cu privire la procesul incluziunii sociale, în perioada de referință Direcția strategii, programe incluziune socială a organizat, împreună cu Banca Mondială și Institutul Național de Statistică, **reuniuni și seminarii cu tema:** „Evaluarea impactului politicilor și programelor din domeniul incluziunii sociale”, „Sărăcia și incluziunea socială – indicatori și tendințe”, „Raportul privind sărăcia în România”, precum și **„Masa Rotundă” cu tema “Incluziunea socială o provocare pentru viitorul model social românesc”** în care s-au reunit aproximativ 100 de persoane: reprezentanți din ministere, autorități locale, instituții, agenții și ONG-uri cu responsabilități în domeniul incluziunii sociale. Temele abordate în cadrul conferinței s-au axat pe: programe active de integrare socială pentru grupurile dezavantajate; excluziunea socială și drepturile sociale; dezinstituționalizarea și eficiența măsurilor alternative.

În vederea asigurării transversalității asistenței sociale la nivel teritorial, **în structura Direcțiilor de muncă și protecție socială, au fost organizate secretariatele tehnice ale Comisiilor județene privind incluziunea socială.** Pentru a veni în sprijinul membrilor secretariatelor tehnice, au fost organizate mai multe sesiuni de formare:

- Organizarea a 3 module formare ce cuprind concepte privind sărăcia, precum și caracteristicile fenomenului; Măsurarea sărăciei; construirea indicatorilor din domeniul sărăciei. Programul s-a adresat membrilor secretariatelor tehnice de incluziune socială ale Comisiilor județene privind Incluziunea Socială, personalului cu responsabilități în dezvoltarea de programe destinate prevenirii marginalizării și excluziunii sociale din cadrul Direcțiilor generale de asistență socială și protecția

copilului, precum și membrilor unităților de incluziune socială din cadrul ministerelor/agențiilor/autorităților cu atribuții în domeniul incluziunii sociale. Număr total de participanți 150 persoane

- o Organizarea a 3 sesiuni de formare pentru membrii secretariatelor tehnice ale Comisiilor județene pentru Incluziune Socială privind: politicile de incluziune socială la nivel european, metodologia de elaborare a rapoartelor județene privind incluziunea socială, indicatorii de incluziune socială dezvoltați la nivelul Comisiei Europene. Număr de participanți: 66 persoane.

**În septembrie 2007**, România a transmis Comisiei Europene **Raportul actualizat privind Protecția Socială și Incluziunea Socială**, aducând informații suplimentare cu privire la capitolul „Buna Guvernare” în care s-au prezentat progresele înregistrate în domeniul modernizării administrative (Inspekția Socială, Observatorul Social, Agenția Națională pentru Prestații Sociale).

A fost **elaborat Raportul de monitorizare a progreselor înregistrate în domeniul incluziunii sociale pentru perioada 2006 –2007**.

Participarea României la Metoda Deschisă de Coordonare, s-a realizat și prin implicarea în 2 proiecte, în unul ca lider de proiect în al doilea ca partener, finanțate în cadrul Programului Comunitar PROGRESS.

1. Proiectul **„SYNTHESIS servicii sociale integrate pentru grupurile cele mai vulnerabile”** cu parteneri mai multe state și anume: Italia, Spania, Franța, Slovenia, Ungaria, Lituania, Grecia, Polonia și Finlanda. **Activitățile** prevăzute în proiect sunt:
  - i. Elaborarea de Rapoarte tematice cu privire la diferite teme specifice domeniului incluziunii sociale;
  - ii. Elaborarea unui Ghid în care sunt prezentate exemple de bune practici în domeniul serviciilor sociale din toate statele partenere;
  - iii. Elaborarea unei pagini de internet prin care să se prezinte proiectul, precum și să se asigure diseminarea rezultatelor proiectului;
  - iv. Organizarea unui program de schimb de experiență (prin organizarea de conferințe și grupuri tematice) între partenerii implicați în proiect și alți actori relevanți în domeniul incluziunii sociale;
  - v. Elaborarea de materiale promoționale (broșuri, pliante, etc.);
2. Proiectul **"Viața după instituționalizare. Oportunități egale și incluziunea socială a tinerilor: identificarea și promovarea de bune practici"**, în care România este

partener. Rolul în acest proiect este participarea la elaborarea studiului privind incluziunea socială a tinerilor care părăsesc sistemul de protecție a copilului prin furnizarea de date și informații, precum și participarea în cadrul grupurilor de lucru organizate.

În ceea ce privește **dezvoltarea mecanismelor de colectare a datelor** au fost realizate o serie de progrese considerabile:

Odată cu elaborarea Raportului Național Strategic, Ministerului Muncii, Familiei și Egalității de Șanse îi revine sarcina monitorizării realizării acestuia, și în acest context au fost dezvoltate o serie de acțiuni legate de întărirea capacității ministerului în domeniul statisticii sociale și colectării de date. Astfel, a fost încheiat un **protocol de colaborare între MMFEȘ și INS** prin care INS va furniza bazele de date, iar MMFEȘ va calcula indicatorii secundari și terțiari. Pentru a putea duce la îndeplinire angajamentele asumate prin acest protocol, MMFEȘ a achiziționat **soft-ul necesar calculării indicatorilor**. Împreună cu **Banca Mondială și Institutul Național de Statistică, au fost formate 15 persoane în utilizarea software-ului pentru a se calcula indicatorii**.

**În prezent au fost calculați indicatorii de incluziune socială, luând în considerare metodologia națională, aceștia sunt supuși acum procesului de validare internă.**

A fost realizată **o cercetare în 2 județe pilot** (Giurgiu și Cluj) și în sectorul 6 București. Tema cercetării a fost aleasă având la bază necesitatea ca România să elaboreze și să monitorizeze procesul de incluziune socială

Obiectivele generale ale cercetării pilot sunt:

- Evaluarea relevanței unor indicatori propuși pentru monitorizarea PNIncs;
- Urmărirea și evaluarea programelor/ acțiunilor incluse în PNIncs și propuneri noi de orientare a politicilor/acțiunilor în județul investigat;
- Detectarea nevoilor și propuneri pentru detectarea acestora într-o manieră continuă;
- Dezvoltarea unui instrument tehnic permanent (stabilirea condițiilor pentru crearea unei baze de date minimale a indicatorilor principali (cheie) și a procedurilor de lucru pentru Observatorul Social care să permită o analiză continuă a evoluțiilor în timp și orientarea procesului decizional pentru a răspunde nevoilor pe termen mediu și lung.

Rezultatele concrete ale acestei cercetări au condus la următoarele concluzii:

1. au fost identificați un număr de 100 de indicatori sociali, ce se constituie în „setul minim” ce urmează a fi utilizat în procesul de monitorizare a progreselor din domeniul incluziunii sociale.

Acești indicatori au fost grupați luând în considerare 6 dimensiuni și anume:

- a. economic – 27 indicatori;
- b. ocupare – 17 indicatori;
- c. educație – 15 indicatori;
- d. locuire – 10 indicatori;
- e. sănătate – 18 indicatori;
- f. incluziune socială – 14 indicatori.

Au fost elaborate ***fișe descriptive pentru fiecare indicator*** care conțin informații privind: definiția indicatorului, metoda de calcul, tipul indicatorului și sursa de colectare a informațiilor.

Colectarea datelor primare și secundare în special la nivelul administrației publice locale, formarea personalului din structurile implicate în colectarea și procesarea datelor rămâne o prioritate pentru Ministerul Muncii, Familiei și Egalității de Șanse pentru următoarea perioadă de raportare. În **perioada februarie 2008 – martie 2008**, au fost organizate, în cadrul proiectului **Phare 2004/ 016 – 772.04.02.02 - “Întărirea capacității Ministerului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei în domeniul asistenței sociale – Asistență tehnică pentru înființarea Observatorului Social și a Agenției Naționale pentru Prestații Sociale”**, 3 module de formare pentru 100 de persoane, reprezentanți ai Direcțiilor Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului, și ai secretariatelor tehnice ale Comisiilor teritoriale de incluziune socială. Subiectele abordate s-au referit la măsurarea sărăciei, concepte utilizate în domeniul incluziunii sociale, calculul indicatorilor sociali.

**În vederea îmbunătățirii procesului de analiză a** situației sărăciei și excluziunii sociale în România eforturile anului 2007 s-au concentrat pe înființarea **Observatorului social**. Misiunea principală a Observatorului Social este furnizarea de informații privind situația de sărăcie și excluziune socială existentă în România. Observatorul devine un barometru al necesităților sociale, o bază pentru dezvoltarea planificării strategice în domeniul protecției sociale și incluziunii sociale. Așa cum a fost el gândit Observatorul va prezenta rapoarte periodice privind situația existentă și evoluția sărăciei și excluziunii sociale, va face propuneri și recomandări referitoare la modul în care se poate îmbunătăți situația grupurilor vulnerabile. Observatorul va sprijini Ministerul Muncii, Familiei și Egalității de Șanse și guvernul în *elaborarea și ulterior în*

*monitorizarea* Planului Național de Acțiune privind Incluziunea Socială, și totodată va putea contribui la clarificarea și detalierea rolului și activității care le revin Comisiei Naționale privind Incluziunea Socială în ceea ce privește monitorizarea și implementarea Planului Național de Acțiune privind Incluziunea Socială.

*Etapa 2008 – 2010*, va avea ca obiectiv central *consolidarea mecanismului național pentru incluziune socială astfel încât acesta să devină un cadru de coordonare și elaborare a politicilor sociale, creat pentru a îmbunătăți și înțelege mai bine situațiile de excluziune socială cu scopul de a stabili prioritățile sectoriale, de a promova incluziunea activă și de a crea un mediu adecvat pentru dezvoltarea de politici sociale în comun în diferite arii de intervenție*. Acest obiectiv va fi realizat prin implementarea, începând cu 2009, a unui proiect finanțat prin Fondul Social European în cadrul Programului Operațional Sectorial – Dezvoltarea Capacității Administrative.

Accentul se va pune pe modernizarea mecanismului de incluziune socială ce va permite coordonarea politicilor naționale cu cele locale și regionale și adaptarea măsurilor propuse la nevoile reale ale cetățenilor cu respectarea principiului de proximitate. Se va consolida capacitatea de cooperare a diferitelor instituții implicate în procesul de incluziune socială în scopul de a avea o perspectivă globală, o înțelegere comună, pentru a găsi soluții comune, pentru a asigura descentralizarea responsabilităților și distribuția eficientă a resurselor necesare în vederea implementării politicilor locale.

Pentru a fi eficiente și durabile, politicile de incluziune socială trebuie să fie integrate și transversale; să aibă aceeași viziune/o înțelegere comună a problemelor; să promoveze un acord general în ceea ce privește respectul față de diversitate și diferențe, egalitate în exercitarea drepturilor și co-responsabilitate în luarea deciziilor.

Autoritățile locale trebuie să anticipeze problemele din fiecare teritoriu dintr-o perspectivă structurală, luând în considerare toți factorii ce pot crea situații de vulnerabilitate, risc sau excluziune socială. Orice acțiune ce trebuie întreprinsă pentru a îmbunătăți situația și a facilita nevoia de incluziune trebuie relaționată cu identificarea nevoilor, realizată într-un cadru pre-stabilit, cu criterii clare (pentru identificare și de acțiune). Acest lucru necesită o reformă administrativă (în conformitate cu o abordare guvernamentală relațională, acțiune sistematică și cooperantă), formarea profesioniștilor, dezvoltarea rețelelor de colaborare și sprijin între autoritățile publice de la diferite niveluri ale administrației, precum și între sectorul public și cel privat.

Elaborarea planurilor naționale și a strategiilor sectoriale care au ca scop promovarea incluziunii sociale necesită o coordonare mult mai strânsă între toți partenerii. Dacă în procesul de elaborare a planurilor există un relativ consens, atunci se va ajunge la un grad mult mai ridicat de atingere a obiectivelor propuse. În acest sens cele mai importante acțiuni ce pot să contribuie la îmbunătățirea procesului de incluziune socială se pot sintetiza astfel:

- creșterea cooperării interinstituționale în domeniul incluziunii sociale printr-o clară distribuție a resurselor și responsabilităților;
- promovarea de dezbateri publice, la intervale bine stabilite, privind teme prioritare din domeniul incluziunii sociale, implicând un număr mare de participanți din toate sferile de activitate, precum și reprezentanți ai clasei politice;
- dezvoltarea comunitară cu scopul de a susține nivelul local în dezvoltarea propriului mecanism de elaborare a planurilor de incluziune socială, de a putea evalua nevoile reale cu care se confruntă, precum și de a avea un mecanism real de evaluare și monitorizare;
- nevoia de a ne baza pe date și indicatori atunci când evaluăm politicile și monitorizăm programele de incluziune socială;
- elaborarea de studii și cercetări prin care să se analizeze situația curentă și să se elaboreze recomandări pe teme prioritare din domeniul incluziunii sociale, identificate la nivel național;
- organizarea de sesiuni de formare a personalului din administrațiile locale și naționale care au responsabilități în promovarea incluziunii sociale.

## **PARTEA III – STRATEGIA NAȚIONALĂ PRIVIND PENSIILE**

### **3.1. Progrese realizate în perioada 2006 - 2008**

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 8.8 milioane populație ocupată aproape 5.5 milioane de lucrători contribuie în noul sistem PAYG. 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:

- 19,5% (condiții normale);
- 24,5% (condiții deosebite) ceea ce reprezintă 95.259 de lucrători;
- 29,5% (condiții speciale – precum activitatea în industria minieră), respectiv 142.224 de lucrători.

Rata globală pentru contribuțiile de securitate socială era de 49,5% în 2005 (printre cele mai ridicate din Centrul și Estul Europei). Guvernul s-a angajat să aplice o reducere treptată de aproximativ 3% anual în perioada 2006-2008, rata globală pentru aceste contribuții ajungând la sfârșitul anului 2008 la 40,30%, cu 9,20% mai puțin ca acum 3 ani.

Prima reducere s-a produs în ianuarie 2006, când rata contribuțiilor de securitate socială plătite de angajatori a scăzut de la 30,50% la 30,25%, ajungând până la 24,80% la sfârșitul anului 2008. Contribuțiile sociale plătite de angajați au scăzut de la 17,00% în 2005 la 15,50% în 2008.

#### **Evoluția cotelor de asigurări sociale în perioada 2005-2008**

<b>Cotele de contribuții de asigurări sociale</b>	<b>Angajator</b>	<b>Individual</b>	<b>Total</b>
<b>2005</b>	32.50%	17.00%	49.50%
<b>2006</b>	30.25%	17.00%	47.25%
<b>2007</b>	28.60%	17.00%	45.60%
<b>2008</b>	24.80%	15.50%	40.30%

*Sursa: Casa Națională de Asigurări Sociale de Pensii și alte Drepturi Sociale*

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.

În cursul anului 2008 intră 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 persoanele cu vârste cuprinse între 36-45 ani.

**În ceea ce privește furnizarea de pensii adecvate:** în conformitate cu cifrele Eurostat din 2006 rata sărăciei pentru pensionarii în vârstă de peste 65 de ani era de 19.0% În anul 2006 în România rata sărăciei pentru pensionarii în vârstă de peste 65 de ani era de 18,7% ,iar în anul 2007 se remarcă o ușoară creștere, respectiv 19,4%. O atenție specială se acordă discrepanțelor de gen, cu risc de sărăcie, unde 22,0% dintre femeile în vârstă de peste 65 de ani se află sub riscul de sărăcie în comparație cu numai 13% dintre bărbați.

În medie, nivelul pensiilor care acoperă riscul de bătrânețe în raport cu salariile se află în jurul a 41,3% la nivel net (30,2% 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 56,7%, ceea ce reflectă o evidentă îmbunătățire față de valoarea, din 2001, de 53%. 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 32% 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 1990-2007, raportul de dependență al pensionarilor a scăzut de la 2,42 la 0,85 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 1,04).

Sistemul public de pensii din România reprezintă o cheltuială din PIB de 5.4% în anul 2007 (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 2007, rezultatele exercițiului bugetar 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 **9.5 milioane**, în mod curent doar **5,5 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, legislația permițând ca aceste categorii de persoane să se asigure la orice venit, indiferent de câștigul lor real.

Referitor la agricultori, Guvernul se preocupă pentru atragerea acestora în sistemul public, pe baza unui sistem mixt bazat pe contribuții individuale și contribuții ale statului.

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 eligibile 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 asigurat cu o perioadă completă de cotizare reprezintă circa 56% 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, CNPAS se preocupă în continuare de îmbunătățirea și creșterea gradului de colectare a contribuțiilor de asigurări sociale de la asigurații individuali ai sistemului public de pensii. De asemenea, o altă preocupare o reprezintă atragerea a cât mai multor persoane în sistemul public de pensii, aceasta realizându-se prin modificările legislative din ultima perioadă.

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 pensionării anticipate, deși cu restricții clare bazate pe înregistrări complete de cotizare. Posibilitatea pensionării anticipate, cu până la 5 ani înainte de vârsta de pensionare, cu o pensie întreagă, 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 28,8% 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 stagiilor de cotizare dintre femei și bărbați. Această măsură, va avea un impact pozitiv asupra inegalităților actuale de gen la retragere.

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 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 0.6% 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 privați, cât și prin rolul său 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**

### **Secțiunea 4.1 – Provocări cheie, obiective prioritare și ținte**

*Obiectivul central al politicii sistemului de îngrijiri de sănătate se referă la îmbunătățirea stării de sănătate a populației și realizarea unui sistem de sănătate modern și eficient, compatibil cu sistemele de sănătate din Uniunea Europeană, pus permanent în slujba cetățeanului având la bază următoarele valori:*

- *respectarea dreptului la ocrotirea sănătății populației;*
- *garantarea calității și siguranței actului medical;*
- *creșterea rolului serviciilor preventive;*
- *asigurarea accesibilității la servicii,*
- *respectarea dreptului la libera alegere și a egalității de șanse;*
- *aprecierea competențelor profesionale și încurajarea dezvoltării lor;*
- *transparența decizională.*

Accesibilitatea la servicii de îngrijire medicală este determinată de convergența dintre oferta și cererea de servicii, sau, altfel spus, disponibilitatea reală a facilităților de îngrijiri comparativ cu cererea bazată pe nevoia reală pentru sănătate. În România disparitățile în accesul la îngrijiri apar din cel puțin patru motive: etnice sau rasiale; economice, aici incluzând costurile directe suportate de populație (co-plăți, costuri legate de tratamente și spitalizare) precum și cele indirecte (cost transport, timpi de așteptare); așezare geografică inadecvată a facilităților de îngrijiri; calitatea inegală a serviciilor de același tip. Toate cele patru tipuri de inechități sunt evidențiable în accesul la serviciile de îngrijiri, ceea ce determină inechități în starea de sănătate a diferitelor grupuri de populație, a unor comunități din diferite zone geografice și a grupurilor defavorizate economic. Aceste disparități se manifestă prin indicatori de bază ai stării de sănătate modești (speranța de viață la naștere, mortalitatea infantilă, mortalitatea generală pe cauze de deces evitabile, grad de morbiditate, ani de viață în stare de sănătate) dar și prin nivelul scăzut de informare privind factorii de risc și de protecție pentru sănătate sau sistemul de îngrijiri de sănătate și pachetul de servicii de bază din România.

Astfel, accentul acțiunilor în domeniul accesibilizării sistemului de sănătate se va pune pe *implementarea de programe naționale de sănătate care să răspundă problemelor de sănătate publică prioritare și nevoilor grupurilor vulnerabile , pe dezvoltarea infrastructurii sanitare și a*

*medicinii de urgență, precum și pe stabilirea listei de medicamente esențiale pentru sănătatea populației, care să fie acoperite parțial sau total prin sistemul de asigurări sociale de sănătate.*

Atragerea personalului medical în zone izolate, defavorizate economic se va face prin instituirea unui pachet de facilități: atribuirea de locuință de serviciu pentru personalul de specialitate medico-sanitar nelocalnic, atribuirea gratuită de teren intravilan medicilor care doresc să-și construiască o locuință în acea localitate, acordarea de indemnizații de instalare echivalentă cu două salarii de bază la nivelul maxim prevăzut de lege pentru funcția de medic specialist, acordarea de sporuri la salariu, tarife reduse cu 50% pentru energie electrică, apă, și alte utilități pentru cabinetele medicale, dotarea cu aparatură medicală cu prioritate a acestor cabinete, etc.

Serviciile de sănătate în România sunt caracterizate prin lipsă de continuitate în acordare, fapt ce are drept consecințe principale duplicări ale actelor medicale, pierderea din evidență a pacienților cu evidențierea lor în special în cazuri avansate de boala și supraîncărcarea spitalelor. Toate aceste elemente pot genera costuri crescute atât în cadrul sistemului cât și costuri suferite de pacient (materiale și mai ales morale). Principalele priorități pentru îmbunătățirea acestei situații în cadrul sistemului sanitar din România sunt:

- adoptarea de standarde pentru produse medicale, tehnologii medicale, formare profesională, crearea de rețele de informare;
- introducerea și utilizarea conceptelor de medicină bazată pe dovezi și evaluare a tehnologiilor medicale;
- promovarea cooperării între statele membre pentru asigurarea calității în sistemele sanitare, inclusiv medicamente, echipamente, sânge, țesuturi și organe, laborator, etc;
- standardizarea măsurilor de siguranță a pacienților.

***Prioritățile pe termen mediu la care România se angajează să răspundă prin implementarea acestei strategii sunt:***

- *realizarea efectivă a accesului egal al cetățenilor la îngrijirile sanitare de bază*
- *creșterea calității vieții, prin îmbunătățirea calității și siguranței actului medical*
- *apropierea de indicatorii de sănătate și demografici ai țărilor civilizate, în același timp cu scăderea patologiei specifice țărilor subdezvoltate*

În strânsă legătură cu sistemul de sănătate și ca o complementaritate a acestuia, de-a lungul anilor a fost dezvoltat sistemul de îngrijiri pe termen lung ce se adresează în special persoanelor vârstnice și persoanelor cu handicap. Eforturile realizate sunt evidente dar, România va continua

acțiunile în dezvoltarea performanțelor sistemului și mai ales va căuta cele mai bune soluții pentru a favoriza coordonarea dintre sistemul sanitar și social.

În ceea ce privește prioritățile României pe termen mediu în domeniul îngrijirilor pe termen lung acestea ar putea fi sintetizate astfel:

- creșterea sprijinului acordat *îngrijitorilor informal*i pentru a furniza îngrijire persoanelor dependente prin: dezvoltarea mai multor servicii de îngrijire în comunitate (centre de zi, servicii de îngrijiri paleative, centre de tip rispitate, etc.); introducerea timpului de muncă flexibil pentru a facilita posibilitatea îngrijirii persoanelor dependente, etc.;
- îmbunătățirea procedurilor de recrutare și formare a *îngrijitorilor formali*, prin: dezvoltarea unor curricule educaționale care să asigure un bagaj de cunoștințe adecvat și care să combine cunoștințele medicale și sociale, precum și utilizarea noilor tehnologii; stabilirea unor programe de formare continue și unitare la nivel național; stabilirea de criterii clare pentru angajare;
- dezvoltarea de *rețele și parteneriate la nivel comunitar* prin care să se promoveze programe ce au ca scop asigurarea unei vieți independente și reducerea nevoii de servicii de îngrijire pe termen lung;
- *implicarea beneficiarilor* de servicii de îngrijire pe termen lung în dezvoltarea și implementarea de programe comunitare ce le sunt adresate;
- creșterea eficienței și eficacității în furnizarea serviciilor de îngrijire pe termen lung prin dezvoltarea *managementului de caz și a echipelor multidisciplinare* care să asigure coordonarea și continuitatea în furnizarea serviciului; dezvoltarea de modele inovative privind îngrijirile în regim rezidențial;
- întărirea *capacității instituționale* comunităților locale pentru a furniza servicii sociale și de îngrijiri pe termen lung;
- continuarea eforturilor pentru *îmbunătățirea sistemului de calitate* în serviciile adresate persoanelor dependente;
- dezvoltarea și diversificarea serviciilor acordate persoanelor cu probleme de sănătate mentală prin creșterea numărului de centre comunitare de sănătate, și de profesioniști bine pregătiți care să furnizeze îngrijirile adecvate, etc.

## **Secțiunea 4.2 – Îngrijirile de sănătate**

### **4.2.1. - Progrese realizate în perioada 2006 - 2008**

Sistemul național de sănătate este guvernat de Legea nr.95/ 2006 privind reforma în domeniul sănătății prin care sunt stabilite obiectivele de dezvoltare. Astfel, eforturile făcute în perioada de raportare pentru implementarea acestui act normativ s-au concentrat pe protecția egală a asiguraților, facilitarea accesului universal, echitabil și nediscriminatoriu la sistemul de îngrijiri de sănătate și față de costurile serviciilor medicale în caz de boală sau accident.

Raportul de activitate pe anul 2005 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate menționează că la 30 septembrie 2005, în mediul urban gradul de cuprindere în sistemul de asigurări de sănătate era de 96.08%, iar în cel rural de 89.25%.

Populația arondată localităților din mediul rural fără medici de familie era de 145110 locuitori, reprezentând 1.48 % din totalul populației din mediul rural din care:

- 85616 – populație înscrisă pe listele medicilor de familie din localități învecinate
- 35135 – populație asistată de cadre medii din dispensarele medicale care, datorită lipsei unui medic nu s-au putut constitui în cabinete medicale organizate conform OG nr. 124/1998, și care rămân în structura unităților sanitare cu paturi la care sunt arondate.
- 24359 – populație neasistată nici de cadre medii.

Analize recente au evidențiat existența unor discrepanțe regionale în acoperirea cu personal medical a populației. Astfel, numărul de locuitori care revin la un medic în rural este de peste 6 ori mai mare decât în urban. Cele mai defavorizate regiuni sunt Sud și Sud-est. În regiunea de Nord-est se înregistrează cea mai slabă acoperire cu medici în mediul rural. De asemenea, numărul de asistente comunitare este total insuficient, la o asistentă comunitară revenind 26265 de persoane. În mediul rural există 98 de localități fără medic.

În anul 2007, fondul alocat asistenței medicale primare a înregistrat o creștere cu 50% față de anul 2006, ceea ce a condus la creșterea: cu 40% a valorii minime garantate a punctului "per capita" și cu 6,5% a valorii minime garantate a unui punct pentru plata pe serviciu. De asemenea, s-a extins pachetul de servicii medicale prin introducerea unor noi servicii medicale cum ar fi:

- La examenul de bilanț promovarea activă a alimentației exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni și continuarea acesteia până la minim 12 luni;
- La supravegherea gravidei și la controlul asiguraților în vârstă de peste 18 ani stabilirea gradului de risc;
- La imunizări vaccinarea antipoliomielitică VPI;
- Controale periodice – epicriză de etapă pentru afecțiuni care necesită dispensarizare;
- Servicii medicale curative pentru persoanele care se asigură facultativ.

Pentru asigurarea serviciilor medicale și altor persoane în afara celor care au calitatea de asigurat, medicii de familie prezintă la contractare o listă de asigurați și respectiv o listă a persoanelor beneficiare de pachetul minimal, ambele liste fiind luate în calcul la stabilirea numărului minim pentru care se încheie contractul.

S-au făcut eforturi pentru dezvoltarea segmentului de medicină de urgență prin acordarea de consultații de urgență la domiciliu, pentru care casele de asigurări de sănătate pot încheia contracte cu furnizorii de servicii medicale.

***Ponderea cheltuielilor publice pentru sănătate în PIB*** a variat, în perioada 2004-2006, între 3,6 - 3,7%, pentru ca în anul 2007 acest procent să fie majorat la 4%. În Programul de Guvernare s-a prevăzut ca țintă procentul alocat sănătății din PIB să fie de 6%. ***În miliarde Euro***, fondurile alocate sănătății publice au crescut de la 2,1 în anul 2004 la 4,3 în 2007

Fondurile alocate în anul 2007 pentru asistența medicală primară au fost în sumă de 760.969 mii lei, din care s-au făcut plăți totale de 746.726,2 mii lei, reprezentând 98,1% din prevederile aprobate.

În anul 2007, a fost implementat **programul național cu scop curativ** prin care s-au asigurat în spital și ambulatoriu medicamente și materiale sanitare specifice unor boli cu risc crescut, precum și pentru asigurarea serviciilor de supleere renală. Prin creșterea accesibilității bolnavilor la tratamente specifice, numărul beneficiarilor acestui program a fost de 648.191 persoane în creștere cu 17,6% față de anul 2006. Astfel, numărul de beneficiari pe tip de boală pot fi grupați astfel: 6.996 pentru tratament HIV/SIDA, 45.029 pentru tuberculoză, 11.520 pentru boli cardiovasculare, 84.033 pentru afecțiuni oncologice, 1.605 pentru scleroză multiplă, 457.530 diabet zaharat, 9.171 osteoporoză, 7.622 pentru gușa iod, 892 pentru gușă malignă, 8.563 afecțiuni articulare, 1.543 tratament post transplant, 9.291 supleere renală.

Implementarea "**Programului național de evaluare a stării de sănătate a populației în asistența medicală primară**" reprezintă una dintre cele mai importante acțiuni de evaluare a stării de sănătate a populației. Scopul acestui program este cunoașterea ponderii în populație a factorilor determinanți pentru bolile cu impact major asupra stării de sănătate a acesteia, diagnosticarea precoce și monitorizarea acestor boli pentru evitarea deceselor premature. De asemenea, se urmărește îmbunătățirea stării de sănătate a populației prin prevenirea, controlul și monitorizarea bolilor cu impact major asupra sănătății, îmbunătățirii calității vieții și prelungirea duratei medii de viață, precum și asigurarea accesului la servicii de sănătate a întregii populații a României. Programul a utilizat, în premieră, un ghid clinic de evaluare a riscurilor, aplicat de către medicul de familie și dublat de efectuarea unor analize prin care au fost identificate afecțiuni sau riscuri de afecțiuni.

La un an de la implementarea acestui program, rezultatele obținute pot fi sintetizate după cum urmează:

- În perioada 1 iulie 2007- 30 iunie 2008 s-au prezentat la medic și au fost evaluați 11.104.655 de cetățeni, peste **55% din populația țării, care a primit taloane** pentru gratuitatea serviciilor (43,4% bărbați, 57,6% femei). Din cei peste 11 milioane de cetățeni evaluați, 9.889.062, adică 89,9 % au calitatea de asigurat, restul de 1.215.593, adică 5,7% sunt persoane neasigurate.
- În urma evaluării riscurilor, au fost identificate 4.114.969 de persoane cu risc de îmbolnăvire, reprezentând **37%** din persoanele evaluate.
  - **3.323.156 persoane (adică 30% din cei evaluați) prezintă risc de îmbolnăvire prin diabet zaharat.** Astfel, din persoanele identificate la risc de diabet zaharat (un total de 860.365 persoane) 2,69 % sunt la risc foarte înalt de diabet, 30,27% sunt la risc crescut de diabet, și 67, 27% sunt la risc moderat de diabet. Riscul de diabet apare de două ori mai frecvent la femei față de bărbați și de două ori mai frecvent în urban decât în rural.
  - **7% dintre persoanele evaluate (805.989) prezintă riscul apariției unei afecțiuni cardiovasculare.** Distribuția pe regiuni este următoarea: risc crescut în regiunea Centru-9,47%, Sud-9,16% și risc scăzut în Sud-vest - 6,61% și Sud-est-6,19%;
  - **6% dintre persoanele evaluate (adică 671.696 persoane) prezintă riscul de îmbolnăvire printr-o afecțiune oncologică:**
    - Procentul persoanelor cu **risc de cancer de corp uterin**, din totalul persoanelor evaluate la nivel național este de 2,08%;

- Procentul persoanelor cu **risc de cancer de col uterin**, din totalul persoanelor evaluate la nivel național, este de 1,93% (**aprox 214 000 femei**);
  - Procentul persoanelor cu **risc de cancer de sân**, din totalul persoanelor evaluate la nivel național, este de 1,25%;
- În scopul creșterii accesibilității populației la serviciile medicale cuprinse în program, casele județene de asigurări de sănătate au încheiat un număr **de peste 10.388 contracte cu cabinete de medicină primară**, dintre care aproape 4521 din mediul rural.
- Pentru a veni în sprijinul pacientului care se prezintă la medicul de familie, recoltarea probelor biologice se face de către acesta, la nivelul cabinetului, astfel 83,51% dintre cabinete îndeplinesc condițiile de recoltare și transport a analizelor în deplină siguranță. Această facilitate este disponibilă chiar și în mediul rural, la cele 2893 cabinete care au dotarea necesară.
- În vederea completării examenului clinic medical, precum și pentru depistarea de noi afecțiuni, în funcție de vârstă, sex, anamneză, patologii existente, și riscul estimat, au fost efectuate 59.573.557 analize medicale.
- Pentru efectuarea analizelor medicale recomandate de medicii de familie, au fost încheiate **1024 de contracte cu laboratoare** de analize medicale care au realizat **investigații paraclinice la 9.328.548 persoane**, după cum urmează :
- 9.922.904 hemoleucograme ;
  - 5.050.398 creatinina serica;
  - 9.883.383 glicemii;
  - 3.411.001 sideremii;
  - 9.583.443 sumar de urină;
  - 6.935.351 colesterol seric total;
  - 5.552.964 HDL colesterol
  - 6.559.400 Trigliceride
  - 7.603.326 TGP ( transaminaze).
- **Din punct de vedere financiar**, pe parcursul celor 12 luni au fost decontate serviciile medicale prestate de medicii de familie și laboratoare în valoare de **556.511,15 mii lei (aproximativ 154,58 milioane euro)** după cum urmează:
- a) medicină de familie : 167.074,96 mii lei
  - b) servicii paraclinice : 366.220,13 mii lei
- ceea ce înseamnă **50,11 RON** de persoană.

Prin aplicarea acestui program au fost determinați o serie de **factori de risc în comportamentul populației:**

- în ceea ce privește **nutriția:** 34% dintre bărbați, respectiv 23% dintre femei consumă zilnic carne grasă; 76% dintre bărbați, respectiv 80% dintre femei consumă zilnic legume și fructe;
- în ceea ce privește **consumul de alcool:** procentajul bărbaților care consumă alcool este la nivel național de 30%, în timp ce numai 6% din femei consumă alcool. Distribuția pe medii de rezidență este urban 11% și rural 21%.
- În ceea ce privește **fumatul:** 29% dintre bărbați, respectiv 12% dintre femei. Distribuția pe medii de rezidență este urban 22% și rural 17%.
- În ceea ce privește **activitatea fizică:** 68% dintre bărbați și 67% dintre femei obișnuiesc să meargă pe jos cel puțin 30 minute de 5 ori pe săptămână; 2% dintre bărbați și 1% dintre femei practică un sport cu regularitate;

În conformitate cu Studiul privind Prevalența consumului de droguri în România, studiu realizat în populația generală pentru anul 2007, se menționează că în ceea ce privește **consumul de droguri ilegale:** prevalența consumului de droguri ilegale de-a lungul vieții este de cca. 1,7%, grupa de vârstă 15-24 ani.

Utilizarea rezultatelor obținute printr-o analiză mai aprofundată și mai detaliată a datelor va sprijini eforturile instituționale în a identifica toate caracteristicile populației supuse riscului de îmbolnăviri, precum și la redefinirea programelor naționale de sănătate. Măsurile concrete luate ca urmare a acestui program sunt:

- Elaborarea unui proiect cu o durată de 3 ani focalizat pe prevenție primară pentru factorii de risc alimentație și activitate fizică, în parteneriat cu Ministerul Educației, Cercetării și Tineretului (efect pe bolile cardiovasculare și cancer);
- Definirea unui program de vaccinare pentru HPV, virus asociat cu 96% din cancerele de col uterin, program ce este planificat în cadrul campaniilor școlare de vaccinare pentru cohorta de fete de clasa a IV-a, începând cu toamna 2008;
- Programe organizate de screening pentru cancerul de col uterin, de sân și de colon, programe ce se vor introduce pe rând, începând cu octombrie 2008 (cancerul de col uterin);
- Intensificarea eforturilor pentru definirea de ghiduri și protocoale de diagnostic și tratament în vederea folosirii judicioase a medicamentelor de către medici (i.e. oncologie);

- Creșterea bugetelor pentru patologiiile cu frecvență mare a cazurilor noi de boală identificate prin program pentru cancerle colo-rectale și genito-mamare.

Pentru creșterea calității serviciilor medicale, în anul 2007 au fost **evaluați furnizorii de servicii medicale, dispozitive medicale, medicamente și materiale sanitare**. Astfel, au fost realizate vizite de evaluare și s-au emis 1106 decizii de evaluare. Totodată, s-au înființat la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate **comisii de experți** care au rolul de a monitoriza tratamentul specific pentru beneficiarii programului național de sănătate cu scop curativ, precum și medicația specifică pentru pacienții a căror tratamente se aprobă de comisii ale casei naționale.

#### **4.2.2 – Politici prioritare privind accesibilitatea serviciilor medicale**

Sistemul de sănătate din România este de tip asigurări sociale și are ca scop asigurarea accesului echitabil și nediscriminatoriu la un pachet de servicii de bază pentru asigurați. Pentru evaluarea accesibilității, au fost analizați indicatori de proximitate care să identifice eventuale grupe de populație și/sau zone geografice dezavantajate în privința accesului la servicii, pentru care ar trebui dezvoltate politici țintite. Factorii determinanți care influențează gradul de accesibilitate al populației la serviciile de sănătate sunt în general reprezentați de: nivelul sărăciei, șomajul, ocupația, mediul de rezidență, statutul de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, gradul de acoperire cu personal medical.

Printre acțiunile care vin să sprijine eforturile României în facilitarea accesului la servicii de îngrijire medicală se numără *reducerea impactului asupra sănătății publice a bolilor transmisibile cu impact major (HIV, Tuberculoza, infecții cu transmitere sexuală, infecții nosocomiale), al bolilor cronice, precum și focalizarea acțiunilor preventive și de asigurare de servicii de bază către populațiile aflate la risc crescut*. Acest fapt se va realiza prin identificarea nevoilor reale de îngrijiri pentru diferitele grupuri de populații vulnerabile și constituirea unor hărți naționale și regionale cuprinzând facilitățile de îngrijiri de sănătate ambulatorii funcționale (dispensare, policlinici, servicii noi de prim ajutor, îngrijiri la domiciliu, îngrijiri paleative, sănătate mintală la nivel comunitar) raportate la densitatea populației.

De asemenea, acțiunile se vor concentra pe *evaluarea factorilor de risc individuali și factorii de risc de la nivelul comunităților* prin activitățile prevăzute în Programul Național Privind Evaluarea Stării de Sănătate a Populației în Asistență Medicală Primară. Totodată, se vor dezvolta programe

de educație pentru sănătate în privința riscurilor determinate de consumul de tutun, alcool și droguri adresate școlărilor, adolescenților și adulților tineri, programe de promovare a sănătății pentru alimentația echilibrată conținând principii alimentare de bază și condiții de igienă.

O prioritate majoră a sistemului de sănătate românesc se referă la *deplasarea accentului către serviciile preventive de sănătate și creșterea nivelului de educație pentru sănătate a populației în vederea adoptării comportamentelor sănătoase* prin:

- Adaptarea/elaborarea cadrului legislativ adecvat pentru ca acțiunile de educație pentru sănătate și cele de promovare a sănătății să aibă regim preferențial pentru accesul către populația țintă prin mass-media vizuală, auditivă și scrisă, atât la nivel național cât și local;
- organizarea de sesiuni de informare în vederea facilitării accesului comunităților/autorităților locale la fondurile europene;
- crearea unor pagini de internet care să disemineze informații referitoare la serviciile de sănătate și accesul grupurilor populaționale țintă la acestea;
- întărirea cooperării interministeriale vizând dezvoltarea de programe comune cum ar fi: „comunități sănătoase”, „școli promovând stilul de viață sănătos”.

*Dezvoltarea, modernizarea infrastructurii furnizorilor de servicii medicale și dotarea acestora cu aparatură/echipamente medicale și mijloace de transport specifice* se va continua și în perioada următoare. Astfel se dorește construirea a 28 spitale noi (8 spitale regionale de urgență și 20 de spitale județene de urgență), reabilitarea a 15 spitale județene de urgență, dotarea cu aparatură medicală performantă, precum și achiziționarea a 1520 de ambulanțe.

Disparitățile în acordarea serviciilor medicale este un fenomen destul de important în România, iar pentru reducerea acestuia se au în vedere *furnizarea de servicii medicale în zone izolate și în cele defavorizate economic prin programul pilot „Caravanele sănătății”*. Scopul este facilitarea accesului la servicii medicale a populației din zonele izolate sau cele defavorizate, în care alte modalități de furnizare a serviciilor medicale nu pot fi asigurate. Prin introducerea acestui sistem se poate realiza evaluarea stării de sănătate a populației, diagnosticul precoce și tratarea corectă a bolilor transmisibile ca și îmbunătățirea nivelului educației pentru sănătate a populației. La nivelul acestora pot fi efectuate examene fizice, măsurarea tensiunii arteriale și a glicemiei (sau alte screening-uri după caz), se poate realiza recoltarea și păstrarea unor probe biologice, transportul și depozitarea vaccinurilor precum și desfășurarea de activități de educație

pentru sănătate (materiale IEC pentru populație, kit-uri informaționale pentru personalul medical).

*Dezvoltarea și extinderea **asistenței medicale comunitare integrate*** se va continua și în perioada următoare și va cuprinde ansamblul de activități și servicii de sănătate organizate la nivelul comunității pentru soluționarea problemelor medico-sociale ale individului, în vederea menținerii acestuia în propriul mediu de viață și care se acordă în sistem integrat cu serviciile sociale. Scopul asistenței medicale comunitare integrate este acela de a asigura îngrijirile medico-sociale care pot fi furnizate la nivelul comunității, în vederea optimizării acțiunilor specifice și a eficientizării utilizării fondurilor alocate. Beneficiarul activităților integrate de asistență medicală comunitară este comunitatea dintr-o arie geografică definită, în special categoriile de persoane vulnerabile care se găsesc în următoarele situații: nivel economic sub pragul sărăciei; șomaj; nivel educațional scăzut; diferite disabilități, boli cronice; boli aflate în faze terminale care necesită tratamente paliative; graviditate; vârsta a treia; vârstă sub 5 ani; familii monoparentale. Rezultatele ce se doresc obținute în următorii 2 ani sunt: angajarea a 500 de asistenți medicali comunitari/an; angajarea a 50 medieri sanitari pentru romi/an; dezvoltarea de cursuri de formare pentru asistenții medicali comunitari în sănătate publică și educație pentru sănătate.

Dezvoltarea serviciilor de îngrijiri la domiciliu, ca element central în asistența medicală primară, ce va contribui la o mai bună recuperare a individului se va realiza prin colaborarea dintre Ministerul Sănătății Publice și Ministerul Muncii, Familiei și Egalității de Șanse și se va concretiza prin lansarea unui program național ce va fi implementat la nivelul a trei județe pilot.

Totodată, Ministerul Sănătății Publice este preocupat de a găsi soluțiile pentru creșterea gradului de acces al populației la medicamente prin reducerea prețurilor acestora și elaborarea unor norme corespunzătoare de prețuri pentru medicamentele de uz uman. Totodată, accesul populației la medicamente va fi îmbunătățit prin: înființarea de farmacii sau puncte de lucru ale farmaciilor autorizate în zone defavorizate, repartizarea de fonduri corespunzătoare de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării medicamentelor eliberate, acordarea sprijinului necesar privind intrarea în țară, depozitarea și distribuția medicației de substituție prin unități autorizate de Ministerul Sănătății Publice în centrele de tratament existente în subordinea ministerului, precum și în centrele înființate de către Agenția Națională Antidrog.

#### **4.2.3. – Politici prioritare privind calitatea serviciilor de îngrijiri de sănătate**

Calitatea serviciilor medicale este un principiu din ce în ce mai important în domeniul sănătății, deoarece crește gradul de informare al pacienților, concomitent cu progresele tehnologice și terapeutice. Calitatea serviciilor medicale are numeroase dimensiuni, dintre care cele mai importante sunt reprezentate de eficacitate, eficiența, continuitatea îngrijirilor, siguranța pacientului, competența echipei medicale, satisfacția pacientului, dar și a personalului medical. Conform legii, Ministerul Sănătății Publice reglementează și aplică măsuri de creștere a calității serviciilor medicale.

Adoptarea unor măsuri concrete ce vor contribui la *asigurarea continuității actului medical, prin creșterea ponderii îngrijirilor la domiciliu, a asistenței medicale primare și a serviciilor de specialitate acordate în ambulatoriu* se referă la: creșterea ponderii asistenței medicale primare, informatizarea sistemului de servicii de sănătate și urmărirea parcursului pacientului, realizarea Registrelor de boli cronice la nivel județean, regional și național, programe de îngrijiri la domiciliu, creșterea gradului de informare, educare și comunicare a pacientului pentru prevenirea afecțiunilor cronice netransmisibile/ schimbarea de comportament a populației către un comportament sănătos, dezvoltarea capacității instituționale responsabile de evaluarea calității și acreditarea furnizorilor de servicii medicale.

Deși nu există standarde unice ale îngrijirilor medicale, Uniunea Europeană consideră dreptul cetățenilor la îngrijiri de înaltă calitate, ca pe un drept fundamental și sprijină politicile naționale pentru introducerea măsurilor de garantare a produselor, serviciilor și managementului de cea mai înaltă calitate în interiorul sistemului de sănătate.

Un alt element care contribuie la îmbunătățirea calității actului medical se referă la *creșterea competențelor profesionale ale personalului medical*. Resursele umane sunt cele mai importante componente în furnizarea de îngrijiri de sănătate. Planificarea resurselor umane, și în special a medicilor, trebuie să constituie o prioritate în domeniul politicilor din sectorul sanitar. Deși reprezintă doar aproximativ 15-20% din personalul medical, medicii sunt cei care influențează în cea mai mare măsură calitatea și costurile serviciilor de sănătate.

În politicile de dezvoltare a personalului medical este de urmărit o abordare sistemică pentru a avea în vedere cele 3 etape principale ale formării profesionale: pregătirea de bază universitară, pregătirea de specialitate (rezidențiat, atestat etc.) și educația medicală continuă. Pentru evitarea unor conflicte este recomandat să se respecte competența practică exclusivă a Ministerului

Educației și Cercetării asupra pregătirii de bază, a Ministerului Sănătății Publice asupra pregătirii de specialitate și a Colegiului Medicilor din România asupra educației medicale continue, dar cu o coordonare a acestor 3 responsabili în vederea unei continuități a procesului de formare și dezvoltare a competențelor profesionale.

Procesul de elaborare de politici publice este mai puțin bazat pe evidența unor date concrete cu privire la starea de sănătate a populației sau pe stabilirea de priorități în funcție de medicină bazată pe dovezi sau pe costuri de eficacitate ale tratamentelor. Programele inițiate în cadrul acestei componente urmăresc constituirea unui cadru strategic de dezvoltare și de colectare de informații coerente și continue, care să furnizeze o baza validă pentru deciziile viitoare.

#### **4.2.4. – Politici prioritare privind finanțarea serviciilor de îngrijiri de sănătate**

În prezent, **sursele de finanțare** a sănătății publice sunt : bugetul de stat, bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, bugetele locale, veniturile proprii, creditele externe, fondurile externe nerambursabile, donații și sponsorizări, potrivit legii. În totalul surselor de finanțare, ponderea o deține Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, cu un procent de 75% în anul 2007.

##### **1. Creșterea transparenței în utilizarea fondurilor**

- Crearea cadrului legislativ pentru plata datoriilor înregistrate de unitățile sanitare cu paturi în perioada 2003-2005, în sumă de 172,4 mil. lei, în anul 2006 fiind achitate 28 mil. lei, urmând ca în 2007, cu ocazia rectificării bugetare să fie solicitate fonduri pentru plata acestora.
- Informatizarea sistemului de sănătate în scopul evidențierii costurilor reale ale serviciilor medicale, în care sens au fost solicitate fonduri suplimentare cu ocazia rectificării bugetare pe anul 2007.
- Organizarea de licitații naționale pentru achiziția de vaccinuri, medicamente, materiale sanitare, servicii și alte materiale specifice necesare realizării unor obiective și activități cuprinse în programele naționale de sănătate.
- Întărirea capacității de evaluare, audit și control a MSP
- Afișarea permanentă a datelor financiare de interes public de către furnizorii de servicii medicale din sistemul public, MSP sau CNAS, după caz.

## **2. Măsuri pentru întărirea disciplinei financiare**

- Asigurarea finanțării sectorului sanitar bugetar, a programelor naționale de sănătate și a celorlalte acțiuni și activități, cu respectarea prevederilor legale și încadrarea în bugetul aprobat.
- Fundamentarea propunerilor de buget inițial și de rectificare pe baza principalelor strategii politice și proiecte prioritare ale Ministerului Sănătății Publice.
- Monitorizarea modului de utilizare a resurselor financiare publice
- Respectarea cu strictețe a disciplinei financiare și bugetare, prin emiterea de norme metodologice și instrucțiuni de aplicare a prevederilor legale, de reglementari contabile specifice domeniului sanitar.
- Completarea cadrului legislativ în domeniul sănătății publice, prin elaborarea unor acte normative

## **3. Alocarea judicioasă a fondurilor în unitățile sanitare și atragerea de noi resurse financiare în domeniul sanitar**

- Plata contravalorii serviciilor medicale pe baza de criterii obiective și reducerea influenței criteriului istoric.
- Evidențierea cheltuielilor efectuate pentru fiecare pacient pentru toate serviciile medicale de care beneficiază sau a beneficiat.
- Atragerea de resurse suplimentare pentru finanțarea cheltuielilor de sănătate, în care sens, prin Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății au fost instituite unele contribuții ale persoanelor juridice care produc sau importă produse de tutun, băuturi alcoolice sau realizează încasări din activități publicitare ale acestora care, potrivit legii, se utilizează pentru investiții în infrastructura sistemului sanitar public, finanțarea programelor naționale de sănătate și pentru rezerva Ministerului Sănătății Publice pentru situații speciale.
- Achitarea de către Casa Națională de Pensii de Asigurări Sociale din bugetul Fondului de risc pentru boli profesionale și accidente de muncă a cheltuielilor unităților sanitare care furnizează astfel de servicii medicale. În acest sens, s-a modificat Legea nr.346/2002 privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale și au fost emise Normele metodologice comune MMSSF și MSP nr.450/825/2006.
- Preluarea unor activități și compartimente ale căror cheltuieli grevau bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate precum și finanțarea unor programe curative de sănătate care se derulează din transferuri de la bugetul de stat și din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății Publice ( Programul național de diabet zaharat,

Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule, Tratamentul hemofiliei și talasemiei).

#### **4. Dezvoltarea de parteneriate pentru furnizarea de servicii medicale și nemedicale**

- externalizarea unor servicii nemedicale
- reprofilarea unor unități neperformante
- încurajarea cooperării și a parteneriatelor cu sectorul privat, organizațiile neguvernamentale și societatea civilă
- înființarea de secții private în spitale publice
- crearea unui mediu concurențial real între furnizorii de servicii de sănătate

#### **5. Creșterea capacității de control al costurilor**

În prezent, calculul costurilor la nivel de pacient și crearea unui proces regulat de calculare a costurilor serviciilor spitalicești se realizează într-o măsură destul de redusă. Transparența în sănătate este condiția esențială pentru realizarea unei alocări echitabile bazate pe raportul cost/eficiență.

- îmbunătățirea mecanismelor de finanțare a furnizorilor de servicii de sănătate utilizând metode care să reflecte munca depusă și să stimuleze calitatea actului medical;
- elaborarea de metodologii clare de utilizare a resurselor financiare;
- instituirea unor mecanisme de monitorizare a utilizării resurselor financiare;
- pregătirea specifică a personalului implicat în activitatea de control, precum și a celor care autorizează utilizarea resurselor

### **Secțiunea 4.3 – Îngrijirile pe termen lung**

În domeniul serviciilor sociale, incluzând și îngrijirile pe termen lung România a dezvoltat un amplu cadru legislativ, ținând cont de nevoile specifice ale diferitelor grupuri vulnerabile: persoane vârstnice, persoane cu handicap.

În domeniul îngrijirii persoanelor vârstnice, cadrul legislativ este reprezentat de Legea nr.17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, respectiv Strategia națională de dezvoltare a sistemului de asistență socială pentru persoanele vârstnice (2005 -2008). Astfel, serviciile acordate persoanelor vârstnice au în vedere:

- a) îngrijirea temporară sau permanentă la domiciliu;
- b) îngrijirea temporară sau permanentă într-un cămin pentru persoane vârstnice;
- c) îngrijirea în centre de zi, cluburi pentru vârstnici, case de îngrijire temporară, apartamente și locuințe sociale, precum și altele asemenea.

Îngrijirile la domiciliu **reprezintă cea mai eficientă strategie de îngrijire a persoanelor vârstnice în situație de dependență, nu numai pentru că este o metodă cu un cost mai redus decât îngrijirea în instituții, dar pentru că este preferată de toate persoanele în cauză, reprezentând un atribut esențial al asigurării creșterii calității vieții.**

Pentru a realiza îngrijirile la domiciliu, în România se acordă prioritate programelor care permit dezvoltarea infrastructurii sociale capabile să susțină o adevărată rețea de servicii și care să fie coordonate cu celelalte structuri și anume cu cele medicale și sociale. Aceasta înseamnă mijloace financiare suficiente, acordate în conformitate cu un model bine structurat și definit la nivel național, personal specializat și dimensionat în funcție de problematica socială, implicarea societății civile, dezvoltarea voluntariatului, acordarea de suport pentru familii și îngrijitori.

Majoritatea persoanelor vârstnice dependente beneficiază de *îngrijirea acordată în familie*. Această realitate ridică o multitudine de probleme care necesită să fie rezolvate. Majoritatea îngrijitorilor din familie sunt femei, soții sau fiice. Mulți îngrijitori sunt la rândul lor persoane vârstnice și pot deveni dependenți. Îngrijirea de către familie se realizează cu precădere în mediul rural, unde tradiția și valorile morale sunt păstrate într-o mai mare proporție.

Pentru persoanele care acordă îngrijire vârstnicilor la domiciliu, a fost adoptată Metodologia de acreditare și potrivit acesteia, îngrijirea temporară sau permanentă a persoanei vârstnice la

domiciliu poate fi realizată, numai cu consimțământul persoanei, de o persoană fizică acreditată, denumită îngrijitor sau de o persoană juridică cu atribuții în acest domeniu, dacă dispune de personal calificat.

Îngrijirea la domiciliu are în vedere acordarea de servicii sociale și socio-medicale, recomandate, în baza Grilei naționale de evaluare a persoanelor vârstnice dependente. Structurile deconcentrate ale Ministerului Muncii, Familiei și Egalității de Șanse aprobă acreditarea îngrijitorilor, urmare a unei cereri înaintate de persoanele care solicită acest lucru, în cazul în care sunt îndeplinite condițiile prevăzute. Persoanele fizice sau juridice acreditate primesc un „atestat de îngrijitor pentru vârstnici” care se eliberează pe o perioadă de cel mult un an. Anual, sau când se consideră că este necesar, serviciul social din consiliile locale întocmește un Raport de evaluare a activității desfășurate de îngrijitor, pe care îl transmite direcției de muncă și protecție socială. Pe baza acestuia atestatul poate fi reînnoit, suspendat sau retras.

Pentru susținerea îngrijitorilor informali, consiliile locale pot încadra, cu jumătate de normă sau normă întreagă soțul/soția sau rude ale beneficiarului, asigurând plata pentru această perioadă de lucru într-un quantum calculat în funcție de salariul brut lunar al asistentului social debutant cu studii medii; de asemenea, deși lucrează cu jumătate de normă, timpul de încadrare ca îngrijitor se consideră timp lucrat cu normă întreagă. În concluzie personalul care acordă îngrijiri la domiciliu poate fi angajat de consiliile locale și remunerat, în funcție de perioada de îngrijire necesară, prin plata cu ora, fracțiuni de normă sau normă întreagă.

De asemenea, îngrijirea persoanelor vârstnice se realizează și în instituții rezidențiale, respectiv cămine. Aceasta, reprezintă o măsură de asistență socială dispusă cu titlu de excepție, luându-se în considerare criteriile de prioritate. Principalele obiective ale unui cămin pentru persoane vârstnice sunt de a asigura maximum de autonomie și siguranță, servicii de supraveghere și îngrijire medicală necesare, de a oferi suport pentru ameliorarea capacităților fizice și intelectuale, de a stimula participarea persoanelor la viața socială.

**Situația privind instituțiile rezidențiale pentru persoane vârstnice:**

	Cămine pentru persoane vârstnice					
	Bugete locale			Bugetul ONG		
	Număr unități	Număr beneficiari	Capacitate	Număr unități	Număr beneficiari	Capacitate
2005	19	1.891	2.011	na	na	na
2006	54	4.441	4.827	32	1.147	1.267
2007	68	4.711	5.588	38	1.301	1.429

Sursa: Ministerul Muncii, Familiei și Egalității de Șanse

**Finanțarea** sistemului se realizează, în principal **din bugetele locale** prin acordarea de subvenții în completarea veniturilor extrabugetare ale căminelor. Bugetul local asigură și finanțarea cheltuielilor pentru organizarea și funcționarea serviciilor comunitare, inclusiv cele acordate la domiciliu, pentru cheltuielile de înmormântare în cazurile în care nu există susținători legali sau aceștia nu-și pot onora obligațiile familiale din motive economice sau de sănătate precum și pentru finanțarea activităților de asistență socială ale ONG-urilor. Din **bugetul de stat** se asigură cheltuielile de investiții și reparații capitale pentru unitățile de asistență socială din zonele defavorizate, se completează veniturile extrabugetare ale căminelor, se acordă subvenții pentru programe de asistență socială efectuate de ONG-uri, precum și alte cheltuieli considerate prioritare prevăzute în legile bugetare anuale. Căminele pentru persoane vârstnice, au asigurate cheltuielile curente și de capital din veniturile extrabugetare și subvenții acordate de la bugetul de stat. **Contribuția lunară de întreținere** se stabilește de conducerea căminului, în funcție de gradul de dependență și de veniturile persoanei vârstnice sau ale susținătorilor legali

În ceea ce privește responsabilitatea dezvoltării sistemului de servicii sociale pentru persoanele cu handicap aceasta revine **Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap**. Rata numărului persoanelor cu dizabilități (copii și adulți) la nivelul anului 2006 a fost de 2,25% din populația României (488.054 persoane din care 261.449 femei), înregistrând o ușoară creștere la nivelul anului 2007 și anume 2,63% (567.542 persoane din care 308.812 femei).

	Persoane adulte cu handicap aflate în îngrijirea familiei sau trăind independent	Persoane adulte cu handicap asistate în instituții rezidențiale	TOTAL
<b>2006</b>	415.802	17.131	432.933
<b>2007</b>	493.910	16.736	510.646

Sursa: Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap

În domeniul protecție speciale a persoanelor cu handicap, anul 2006 a fost primul an de implementare a *Strategiei naționale privind protecția, integrarea și incluziunea socială a persoanelor cu handicap 2006 – 2013 „Șanse egale pentru persoanele cu handicap – către o societate fără discriminări”<sup>1</sup>*. Principala preocupare a fost aceea de restructurare a instituțiilor rezidențiale de tip vechi prin: reducerea numărului de persoane asistate, redefinirea mandatului instituției, implementarea standardelor de calitate pentru serviciile oferite, remodularea, reamenajarea, dotarea, echiparea noilor centre, formarea/perfecționarea/reconversia profesională a personalului, recrutarea de personal specializat.

În perioada 1 ianuarie 2007 – 31 decembrie 2007, numărul serviciilor sociale pentru persoanele adulte cu handicap a crescut, ceea ce demonstrează implicarea tot mai importantă a autorităților locale în promovarea măsurilor de protecție specială a persoanelor cu handicap.

Evoluția tipologiei instituțiilor și serviciilor sociale pentru persoanele adulte cu handicap:

Tipul instituției /serviciului	Numărul instituțiilor		
	1 ianuarie 2005	31 decembrie 2006	31 decembrie 2007
Centre de recuperare și reabilitare neuropsihică	25	33	45
Centre de integrare prin terapie ocupațională	11	18	18
Centre de recuperare și reabilitare	20	21	34
Centre pilot de recuperare și reabilitare	6	5	1
Centre de îngrijire și asistență	83	83	98
Centre de zi	4	8	13
Centre sociale	0	1	1
Centre respiro	0	1	5
Centre de tehnologii asistive	0	1	1
Centre pilot de recuperare și integrare profesională	0	1	1
Centre de recuperare neoromotorie	0	34	36
Locuințe protejate	0	14	70
Ateliere protejate	0	6	11
Centre de instruire, formare și perfecționare profesională	0	7	7
Centre de criză	0	2	2
Asistență la domiciliu	0	2	2
Servicii de consiliere și asistență pentru integrare socio-profesională	0	2	3

Sursa: Autoritatea Națională pentru Persoane cu Handicap

Autoritatea Națională pentru Persoane cu Handicap a dezvoltat un instrument de evaluare, numit ROM-CAT, utilizat în identificarea și analizarea nevoilor de servicii sociale adaptate clienților. De asemenea reprezintă un punct de pornire pentru alcătuirea **Planului individual de reabilitare**. Instrumentul conține și un modul de evaluare a potențialului profesional și al serviciilor de

<sup>1</sup> Hotărârea Guvernului nr.1175/2005 privind aprobarea *Strategiei naționale privind protecția, integrarea și incluziunea socială a persoanelor cu handicap 2006 – 2013 „Șanse egale pentru persoanele cu handicap – către o societate fără discriminări*

reintegrare profesională, care va conduce la oferirea de pachete de servicii de instruire și reintegrare profesională. Secțiunile privind evaluarea vocațională ale instrumentului ROM-CAT oferă o orientare de bază privitor la potențialul profesional și capacitatea de a realiza o activitate profesională. ROM-CAT este totodată, un instrument complex care acoperă aspecte diverse ale profilului personal. Acest lucru este necesar întrucât majoritatea beneficiarilor au nevoi complexe, care necesită diverse tipuri de servicii. Pe baza acestei evaluări complexe a nevoilor, furnizorii de servicii pot asigura accesul clientului la un continuum de servicii complete comunitare, care pornesc de la intervenția timpurie la sprijin până la tratarea cazului, furnizate printr-o abordare multi-disciplinară ce necesită un parteneriat între diferiți furnizori.

Importanța elaborării planului individualizat de servicii este foarte clar reglementat de legislația existentă, iar instrumentul ROM-CAT sprijină realizarea acestui plan prin furnizarea informațiilor exacte privind nevoile sociale ale persoanelor cu handicap astfel încât să se poată asigura cele mai adecvate servicii.

În baza evaluărilor sociopsihomedicale, persoana cu handicap are dreptul la un asistent personal care trebuie să monitorizeze implementarea planului individualizat de servicii recomandat persoanei cu handicap. În situația în care adultul cu handicap grav și accentuat nu are unde locui și nu realizează venituri până la nivelul salariului mediu pe economie poate beneficia de îngrijirea și protecția unui asistent personal profesionist. Serviciile prestate de către asistentul social profesionist trebuie să corespundă standardelor minime de calitate obligatorii.

Acordarea de servicii de îngrijiri pe termen lung reprezintă una din provocările cu care se confruntă orice societate dezvoltată în care presiunea implementării unui sistem de servicii adecvate și sustenabile din punct de vedere financiar este tot mai mare. Acest fapt se datorează și contextului demografic caracterizat printr-o creștere a numărului de persoane vârstnice, precum și a speranței de viață a acestora. Consecințele acestei situații se referă la creșterea costurilor cu furnizarea serviciilor ceea ce implică totodată și găsirea de soluții pentru asigurarea sustenabilității financiare.

Obiectivul actual al sistemului românesc privind îngrijirile pe termen lung este acela de a furniza servicii sociale și medicale adecvate într-un timp și la o locație adecvată astfel încât să se asigure continuitatea în furnizare. Aceste servicii sunt astfel dezvoltate încât să asigure complementaritatea cu serviciile acordate de îngrijitorii informali și să sprijine beneficiarii spre a avea o viață cât mai independentă. În acest sens, sistemul de îngrijiri pe termen lung se poate

spune că este structurat în trei componente: servicii la domiciliu, servicii în sistem rezidențial și servicii socio-medicale.

Necesitatea dezvoltării serviciilor sociale cât mai aproape de client și care au în principal un caracter de prevenție sunt proiectate a fi în centrul reformării sistemului alături de întărirea capacității instituționale a autorităților publice locale responsabile cu dezvoltarea acestor servicii (asigurarea de resurse umane bine pregătite, asigurarea de surse de finanțare necesare, etc.)

Majoritatea persoanelor vârstnice dependente beneficiază de *îngrijirea acordată în familie*. Această realitate ridică o multitudine de probleme care necesită să fie rezolvate. Majoritatea îngrijitorilor din familie sunt femei, soții sau fiice. Dar realitățile economice, nevoia de resurse determină femeile să se angajeze, iar pe cele tinere să migreze de la sat la oraș în căutarea unui loc de muncă. Mulți îngrijitori sunt la rândul lor persoane vârstnice și pot deveni dependenți. Îngrijirea de către familie se realizează cu precădere în mediul rural, unde tradiția și valorile morale sunt păstrate într-o mai mare proporție.

Având în vedere că **îngrijitorii informali** reprezintă actorii esențiali în sistemul de îngrijiri pe termen lung, familiile vor continua să fie principalii pioni care să se asigure că nevoile de îngrijire a persoanelor vârstnice sunt soluționate și că serviciile acordate sunt de calitate. *Principalele acțiuni ce se au în vedere pentru perioada următoare de raportare se referă la continuarea eforturilor pentru a sprijini familiile, prietenii și sectorul voluntar în acordarea de îngrijiri persoanelor vârstnice.* Acest obiectiv se va realiza prin dezvoltarea de **programe de formare și informare** astfel încât îngrijitorii informali să-și poată îndeplini sarcinile lor. De asemenea, se vor intensifica colaborările cu angajatorii pentru a-i încuraja să implementeze politici privind locuri de muncă flexibile care să sprijine membrii familiei pentru a putea avea grijă de persoanele dependente.

Pentru îngrijirea persoanelor dependente, sistemul românesc de îngrijiri pe termen lung prevede existența mai multor profesioniști, și anume: asistenți personali profesioniști pentru persoanele cu handicap, asistenți maternali pentru copiii, ec. Pentru a putea sigura servicii de calitate, **îngrijitorii formali** trebuie să fie bine calificați, formați astfel încât să asigure nevoile persoanelor pe care trebuie să le îngrijească, astfel se vor realiza o serie de programe de formare prin care se vor deprinde abilități pentru utilizarea noilor tehnologii medicale și de reabilitare și asistare a persoanei în nevoie.

În România, serviciile sociale în general și serviciile de îngrijire pe termen lung în special sunt guvernate de un pachet legislativ prin care sunt stabilite **standarde de calitate generale** pentru toți furnizorii de servicii sociale, precum și standarde de calitate specifice pentru fiecare tip de serviciu social dezvoltat. Introducerea acestor standarde vin să asigure un nivel adecvat de calitate și totodată conferă posibilitatea unei îmbunătățiri continue a calității sistemului.

Introducerea procesului de acreditare a furnizorilor de servicii sociale a avut drept scop stimularea dezvoltării unui sistem calitativ de servicii sociale și de îngrijiri pe termen lung. Astfel, această acreditare conferă, într-o oarecare măsură, siguranța că furnizorii de servicii sociale vor acorda servicii care să răspundă unor principii minime de calitate, astfel încât să respecte cerințele beneficiarilor.

În cadrul procesului de acreditare, respectarea standardelor de calitate pentru serviciile pentru care furnizorul cere acreditarea este una din condițiile esențiale, iar analiza îndeplinirii acestora va fi parte a raportului de evaluare. Standardele care trebuiesc îndeplinite sunt standarde generale de calitate privind serviciile sociale și a modalității de evaluare a îndeplinirii acestora de către furnizori. Aceste standarde pentru serviciile sociale se bazează pe European Quality in Rehabilitation Award (EQRM)<sup>2</sup>, un sistem de evaluare a calității larg răspândit la nivel european care a fost dezvoltat pentru serviciile sociale oferite în domeniul persoanelor cu dizabilități, dar care se aplică de asemenea într-o mare măsură și în cazul altor arii de oferire a serviciilor sociale. EQRM pornește de la Modelul de Excelență în Afaceri și de la conceptul de managementul calității totale care înseamnă nu numai serviciul propriu-zis dar cuprinde și întreaga organizație care furnizează serviciul.

Standardele au la bază numai principii și valori, sunt aplicabile tuturor serviciilor sociale și ceea ce este mai important duc la o abordare foarte calitativă a dezvoltării serviciilor sociale, având în vedere principiul de a învăța din exemple de bună practică și deci a încerca să-ți îmbunătățești continuu activitatea.

Standardele de calitate au fost formulate și grupate în 9 capitole care reprezintă în fapt 9 principii de excelență și anume:

- Leadership: eficiență în management și conducere externă
- Drepturile: respectarea și promovarea drepturilor beneficiarilor
- Etica: respectarea demnității persoanei în furnizarea serviciilor

---

<sup>2</sup> Copy right-ul EQRM asupra Principiilor de Excelență în Reabilitare ca și EQRM 'Scrutarea rapidă' trebuie să fie menționate în toate documentele oficiale

- Cuprinderea: asigurarea unei varietăți a serviciilor, care dau un plus de valoare pentru toate persoanele interesate
- Orientarea către persoană: asigurarea furnizării de servicii individualizate
- Participarea: participarea persoanelor beneficiare
- Parteneriatul: Cooperarea cu furnizorii de servicii publice și private în toate activitățile
- Orientarea către rezultate: randament prin măsurarea și monitorizarea rezultatelor furnizării de servicii
- Îmbunătățirea continuă: revederea performanței, îmbunătățirea sistematică a serviciilor și pregătirea personalului.

O permanentă preocupare a Guvernului României s-a axat pe ***promovarea participării beneficiarilor*** în dezvoltarea sistemului de servicii sociale acordate persoanelor vârstnice. Un exemplu concret în acest sens îl reprezintă Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice care are ca principale responsabilități:

- a) sprijinirea instituțiilor statului în aplicarea recomandărilor Adunării Mondiale a Persoanelor Vârstnice și urmărește realizarea lor;
- b) propune Guvernului programe privind ameliorarea continuă a condițiilor de viață a persoanelor vârstnice;
- c) urmărește aplicarea reglementărilor legale privind persoanele vârstnice și sesizează organele competente despre abaterile constatate;
- d) elaborează, împreună cu instituțiile specializate, studii și analize sociologice în domeniu;
- e) avizează proiecte de acte normative care privesc persoanele vârstnice, avizul fiind consultativ;
- f) sprijină organizarea asociativă a persoanelor vârstnice și participarea lor activă la viața socială;
- g) elaborează puncte de vedere la proiectele de acte normative care vizează persoanele vârstnice;
- h) reprezintă persoanele vârstnice din România în relațiile cu organizații similare din alte țări sau cu organizații internaționale ale persoanelor vârstnice.

Având în vedere tendințele demografice ce se înregistrează în ultimii ani caracterizate printr-o speranță de viață mult mai mare și prin reducerea ratei natalității, structura populației a parcurs o permanentă schimbare. Astfel, îmbătrânirea populației are o tendință crescătoare, iar prognozele

confirmă acest fapt. Toate aceste schimbări în structura pe grupe de vârstă a populației afectează întreaga societate, precum și economia națională.

Creșterea costurilor privind furnizarea de servicii de îngrijire pe termen lung este un fapt evident, iar autoritățile trebuie să găsească instrumentele financiare cele mai adecvate pentru finanțarea și dezvoltarea sistemului. În acest sens, **regândirea sistemului de finanțare** se va axa pe două paliere și anume asigurarea plății serviciilor de către client, statul intervenind în a susține financiar acele persoane care nu-și pot acoperi costurile, precum și asigurarea de resurse financiare suficiente astfel încât autoritățile locale să poată dezvolta un sistem adecvat și ținut pe nevoile reale identificate în comunitate. Finanțarea sistemului de servicii trebuie revizuită astfel încât să reflecte adevăratele costuri pentru dezvoltare și să conducă la stimularea creșterii calității serviciilor.