



**CONSILIUL NAȚIONAL AL
PERSOANELOR VÂRSTNICE**

Situația persoanelor vârstnice din România

MAI 2015

Capitolul I :

Probleme ale persoanelor vârstnice 2

1.1. Nivelul de trai.
2

- Sărăcia.
2

- Privarea materială.
.7

- Riscul de sărăcie și excluziune socială.
8

- Comparații internaționale.
.9

1.2. Schimbarea structurilor familiale și slăbirea solidarității familiale
12

1.3. Situația psiho-afectivă, rețeaua socială și implicarea la viața activă
14

1.4. Accesul la informații, la serviciile publice și relația cu autoritățile.
16

Capitolul II :

Politicile sociale pentru vârstnici. 17

2.1. Documente strategice în domeniul protecției persoanelor vârstnice
.17

2.2. Legislația în domeniul protecției sociale a vârstnicului și aplicarea
acesteia.
20

- Sistemul de pensii.
21

- Sistemul de sănătate.
29

- Sistemul de asistență socială pentru persoanele vârstnice
44

Concluzii	51
Propuneri	55
Bibliografie	58

Probleme ale persoanelor vârstnice

1.1. Nivelul de trai

➤ Sărăcia

Sărăcia este situația în care se află acei oameni ale căror venituri sunt atât de scăzute încât le este imposibilă atingerea unui standard de viață considerat ca fiind acceptabil în societatea în care trăiesc, care se confruntă cu dezavantaje multiple legate de șomaj, venituri mici, condiții de locuit precare, îngrijirea inadecvată a sănătății și bariere în accesul la învățământ, cultură, sport și petrecerea timpului liber¹.

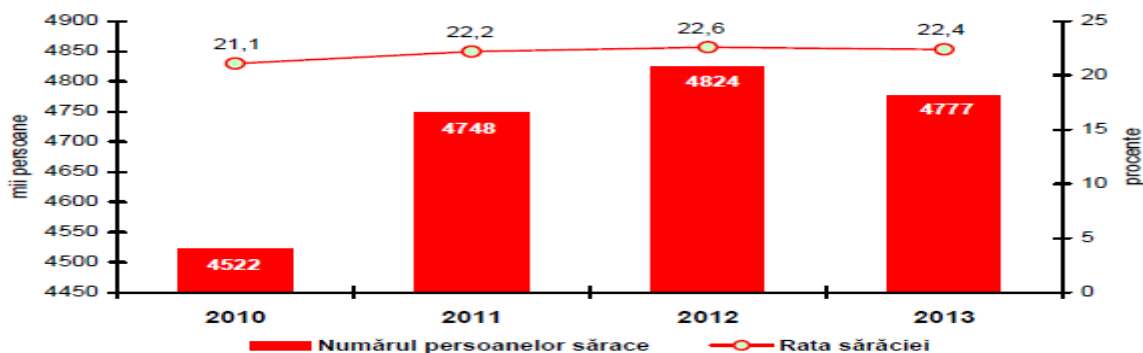
Conform datelor furnizate de Institutul Național de Statistică, rata sărăciei relative estimată pe baza veniturilor totale disponibile, exclusiv contravaloarea consumului din resurse proprii ale gospodăriei, a fost în anul 2013 de 22,4%. În valori absolute, numărul săracilor corespunzător acestei rate a fost de 4.777 mii persoane.

Peste unul din cinci locuitori ai României trăia într-o gospodărie ale cărei venituri erau mai mici decât pragul stabilit la nivelul de 60% din mediana veniturilor disponibile. În perioada 2010-2013, rata sărăciei, estimată în raport cu pragul stabilit în funcție de nivelul și distribuția veniturilor din anul pentru care se face evaluarea, s-a situat în jurul valorii de 22%, înregistrând un maxim în anul 2012 (22,6%) și un minim în anul 2010 (21,1%).

Ponderea populației ale cărei venituri se află sub pragul de sărăcie a avut aceeași evoluție în perioada analizată, datorită faptului că pragul de sărăcie s-a modificat odată cu creșterea sau scăderea nivelului veniturilor disponibile ale populației.

Grafic 1 **Rata sărăciei și numărul persoanelor sărace, în perioada 2010 - 2013**

¹ Institutul Național de Statistică, *Dimensiuni ale incluziunii sociale în România, în anul 2013, 2014.*



Riscul de sărăcie afectează cu intensitate diferită populația în funcție de **grupa de vârstă**, de capacitatea de muncă de care dispune și, evident, de veniturile dobândite.

În anul 2013, populația vârstnică (65 ani și peste) a fost afectată într-o măsură mai redusă de sărăcie, nivelul ratei fiind sensibil inferior mediei pe ansamblul populației (15,0 % în anul 2013). Rata sărăciei în rândul vârstnicilor a scăzut în perioada 2010-2013, cu aproape 1,7 puncte procentuale în anul 2013 față de 2010. Totuși, la această grupă de vârstă, deosebirile sunt foarte pronunțate, femeile în vârstă

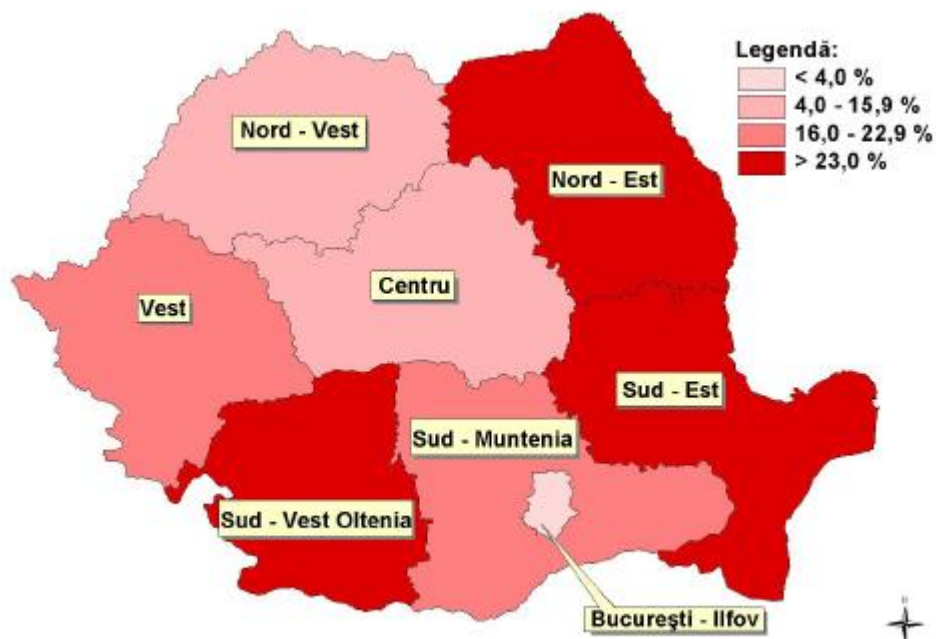
fiind mult mai afectate de sărăcie decât bărbații. Astfel, rata sărăciei aferentă femeilor a fost de 18,6% în anul 2013, de 1,9 ori mai mare decât a bărbaților (9,7%)².

Tot în anul 2013, rata sărăciei a fost mai mare de aproape 9 ori în regiunea Nord-Est și de aproape 8 ori în regiunile Sud-Est și Sud-Vest Oltenia decât în regiunea București-Ilfov.

Figura 1

Rata sărăciei pe regiuni, în anul 2013

² Institutul Național de Statistică, *Dimensiuni ale incluziunii sociale în România, în anul 2013, 2014.*



Teoretic, în anumite condiții socio-economice, orice persoană, indiferent de situația ei particulară, poate deveni săracă pentru o perioadă mai lungă sau mai scurtă de timp. În cazul unor persoane, însă, riscul de a intra în sărăcie este totdeauna mare și aproape inevitabil. Este vorba de persoanele ale căror caracteristici fizice, psihice, educaționale, ocupaționale etc. le îngreunează accesul la nivelurile de bunăstare oferite de societate și le fac vulnerabile față de fenomenul sărăciei. La acestea se adaugă desigur și săracii de conjunctură, adică persoane afectate de unele schimbări de natură să influențeze piața muncii sau dezvoltarea generală a societății la un moment dat.

Caracteristicile demo-socio-economice ale persoanelor, precum și tipurile de gospodării în care trăiesc, constituie factori de influență, adesea determinanți, ai apariției și creșterii riscului de sărăcie.

Existența unei ocupații, și în general statutul ocupațional, reprezintă o caracteristică de cea mai mare însemnătate în crearea unui cadru de viață care să asigure bunăstarea sau sărăcia persoanelor respective. De aici rezultă și diferențierile importante existente între ratele de sărăcie ale diferitelor categorii socio-ocupaționale.

O primă distincție în analiză se poate face din punctul de vedere al existenței unei ocupații care să ofere posibilitatea realizării unor venituri. În acest caz putem observa că, pe ansamblu, în mod normal, persoanele ocupate sunt mai ferite de pericolul sărăciei decât cele neocupate sau inactive, dar și în interiorul acestor două categorii se remarcă o varietate de situații.

În anul 2013, din totalul persoanelor ocupate, cele aflate sub pragul de sărăcie au reprezentat 18,0%, cu aproximativ 5 puncte procentuale mai puțin decât în cazul persoanelor care nu au desfășurat nicio activitate economico-socială.

În cadrul persoanelor antrenate într-o activitate economico-socială de tip salarial sau pe cont propriu, diferențierile între sexe sunt suficient de clare: un bărbat din 5 și respectiv o femeie din 6 au fost sub pragul de sărăcie. În schimb, la persoanele neocupate sau inactive situația se inversează, în sensul că femeile sunt afectate în mai mare măsură de sărăcie decât bărbații: aproximativ un bărbat din 5 și o femeie din 4 au venituri situate sub pragul sărăciei.

Referitor la persoanele neocupate, trebuie evidențiată situația șomerilor a căror rată de sărăcie este foarte mare. Practic, circa un șomer din 2 este sărac, bărbații șomeri având situația cea mai grea, comparativ cu femeile aflate în șomaj (56,7% la bărbați față de 39,0% la femei).

Tabel 1 Rata sărăciei după statutul ocupațional și sex, în anul 2013

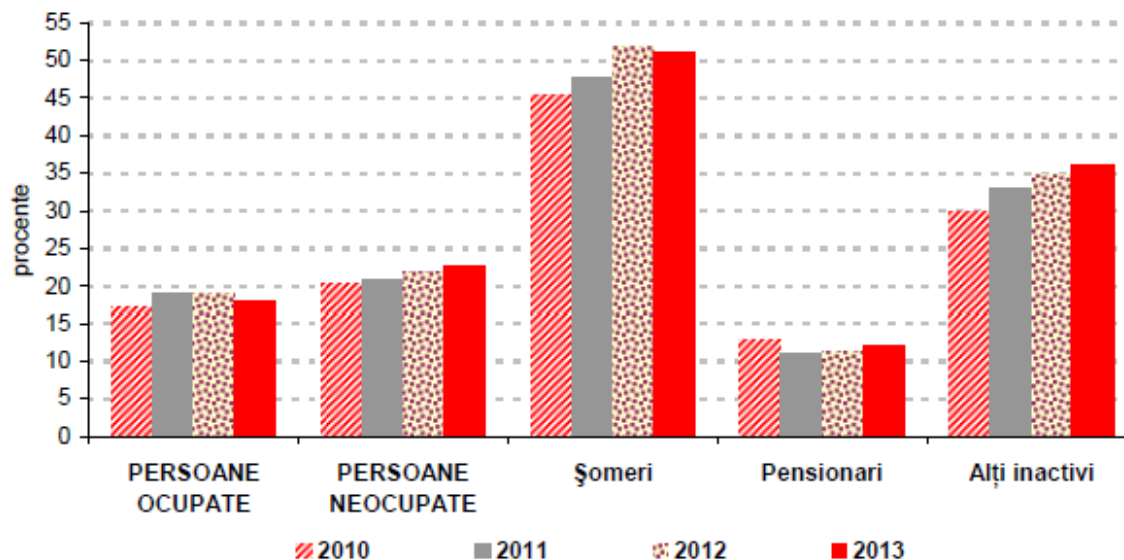
	Total persoane	- procente - de sex:	
		masculin	feminin
Persoane ocupate	18,0	20,1	15,0
Persoane neocupate sau inactive, din care:	22,7	19,8	24,4
șomeri	51,1	56,7	39,0
pensionari	12,0	9,6	13,6
alte persoane inactive	36,0	31,4	37,9

În perioada 2010-2013, evoluția riscului de sărăcie la persoanele ocupate a înregistrat un punct de maxim în anul 2012 (19,1%), urmat de o scădere în 2013. Comparativ cu anul 2010, acest risc de sărăcie în ultimul an a crescut (de la 17,2% la 18,0%), afectând atât bărbații, cât și femeile³.

Riscul de sărăcie al persoanelor neocupate s-a accentuat pe întreaga perioadă analizată la șomeri (5,7 puncte procentuale) și persoanele inactive (cu circa 2,2 puncte procentuale). Excepție a înregistrat categoria pensionarilor, a căror risc de sărăcie în ultimul an a scăzut ușor pe total (cu 0,8 puncte procentuale), însă mai accentuat la femei (1,3 puncte procentuale).

Grafic 2 Rata sărăciei după statutul ocupațional al persoanelor, în perioada 2010-2013

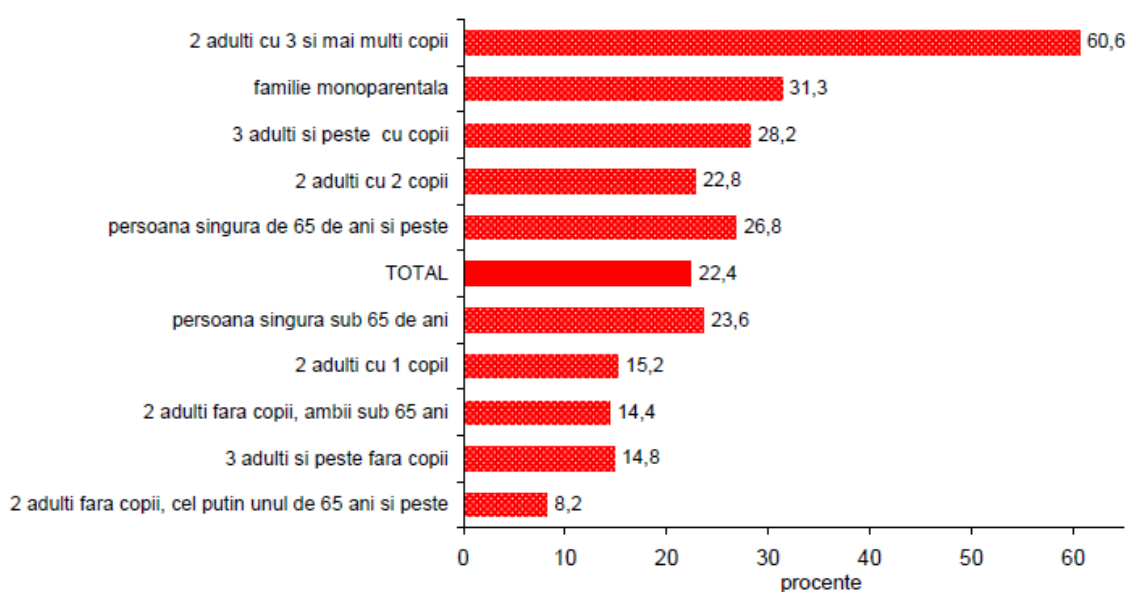
³ Institutul Național de Statistică, *Dimensiuni ale incluziunii sociale în România, în anul 2013, 2014.*



Mărimea și structura gospodăriilor în care trăiesc persoanele sunt caracteristici aflate în legătură directă cu riscul de sărăcie, în sensul creșterii sau descreșterii acestuia. Un factor important în apariția și intensificarea stării de sărăcie îl constituie existența și numărul copiilor aflați în întreținerea gospodăriei din care face parte persoana respectivă.

Grafic 3

Rata sărăciei pe tipuri de gospodării, în anul 2013



Un element cu pondere însemnată în structura veniturilor unor persoane și, implicit, cu efect asupra stării de sărăcie sau non-sărăcie, îl constituie transferurile sociale primite din partea statului ca forme de protecție sau asistență socială. Este vorba de pensii, alocații familiale, ajutoare de șomaj, indemnizații pentru persoanele cu dizabilități și alte tipuri de indemnizații, burse, reduceri și gratuități de tot felul etc.

Pentru evidențierea rolului jucat de aceste venituri, în evaluările de sărăcie se utilizează doi indicatori specifici și anume: rata sărăciei înainte de transferurile sociale, inclusiv pensiile (adică înainte de toate tipurile de transferuri primite) și, respectiv, rata sărăciei înainte de transferurile sociale, exclusiv pensiile (adică înaintea primirii diferitelor transferuri, altele decât pensia). Trebuie spus că, după cum se observă, indicatorii au în vedere rolul pensiei, pentru că aceasta reprezintă elementul cu cea mai mare greutate specifică și cea mai mare frecvență dintre transferurile sociale. De asemenea, se cuvine menționat că rata sărăciei generală, utilizată curent în analizele de sărăcie, este o rată determinată după includerea în venituri a tuturor transferurilor sociale⁴.

În anul 2013, mai mult de un sfert din populație nu a fost afectată de sărăcie datorită existenței transferurilor sociale. Doar pensiile au făcut ca 20,4% din populație să nu „cadă” în această situație nefavorabilă.

Dacă în anul 2013 nu s-ar fi plătit pensiile și celelalte transferuri sociale, aproape jumătate din populație (48,2%) s-ar fi situat sub pragul sărăciei relative. Situația imaginată ar fi fost și mai gravă în cazul persoanelor vârstnice (65 de ani și peste) care, într-o proporție de 85,9%, ar fi fost în stare de sărăcie relativă.

În cazul teoretic în care veniturile ar include pensiile, dar nu și celelalte tipuri de transferuri, situația s-ar ameliora cumva în sensul că proporția săracilor ar coborî la circa 28% din populație. Evident că pensiile determină cea mai mare „ieșire” din starea prezumtivă de sărăcie pentru persoanele vârstnice (aproape 70% dintre acestea), dar și cea mai scăzută în cazul copiilor și tinerilor de până la 18 ani, acest tip de transfer social nefiindu-le caracteristic. Lipsa altor feluri de transferuri sociale, de care beneficiază în mod obișnuit copiii și tinerii, ar fi resimțită de 7% dintre aceștia.

Tabel 2

**Rata sărăciei înainte și după transferurile sociale,
pe sexe și grupe de vârstă, în anul 2013**

⁴ Institutul Național de Statistică, *Dimensiuni ale incluziunii sociale în România, în anul 2013*, 2014.

	Rata sărăciei înainte de transferurile sociale		Rata sărăciei după transferurile sociale
	inclusiv pensiile	exclusiv pensiile	
Total persoane,	48,2	27,8	22,4
de sex:			
masculin	46,4	27,5	22,3
feminin	49,8	28,1	22,5
în vârstă de:			
0 - 17 ani	47,1	40,0	32,1
18 – 64 ani	39,9	26,9	21,5
65 de ani și peste	85,9	17,0	15,0

➤ Privarea materială

Amplora stării de sărăcie poate fi mai bine relevată dacă se analizează, complementar sărăciei monetare, aspectele de privare materială, incapacitatea unor persoane de a-și asigura condiții de viață normale pentru actualul stadiu de dezvoltare a societății.

Lipsa unor bunuri materiale se datorează în principal insuficienței resurselor financiare. Totuși, trebuie spus că privarea materială poate fi indusă și de alți factori non-monetari, care țin de trăsăturile caracteristice ale persoanelor (sex, vârstă, nivel de instruire, sănătate, statut ocupațional etc.) sau ale cadrului socio-economic în care trăiesc persoanele respective (mediu de rezidență, nivel general de dezvoltare al comunității, piața muncii, etc.).

Pentru caracterizarea statistică a situațiilor de privare materială se utilizează un sistem de indicatori constituit din 3 dimensiuni distincte denumite „*dimensiuni ale incluziunii sociale*” și anume:

- **privarea materială din punct de vedere economic**, care se referă la situația economică a gospodăriei;
- **privarea materială din punct de vedere al înzestrării cu bunuri de folosință îndelungată** - cu referire la lipsa din dotarea gospodăriilor a unor bunuri de folosință îndelungată;
- **privarea materială din punct de vedere al calității necorespunzătoare a condițiilor de locuit**, cuprinzând câteva caracteristici ale locuinței care influențează calitatea vieții.

Persoanele care declară că sunt afectate de una sau mai multe din elementele componente ale acestor dimensiuni, sunt considerate private material din punct de vedere economic, al înzestrării cu bunuri de folosință îndelungată sau al condițiilor de locuit⁵.

⁵ Institutul Național de Statistică, *Dimensiuni ale incluziunii sociale în România, în anul 2013, 2014.*

➤ **Riscul de sărăcie sau excluziune socială**

Preocuparea majoră a Uniunii Europene pentru promovarea în statele membre a incluziunii sociale și-a găsit materializarea prin elaborarea unei strategii integrate, denumită EUROPA 2020. Prin această strategie s-a fixat drept țintă eliminarea riscului de sărăcie, pe ansamblul Uniunii, pentru cel puțin 20 de milioane de persoane, până în anul 2020. Ca instrument statistic de monitorizare și caracterizare a procesului s-a propus un indicator complex al riscului de sărăcie sau excluziunii sociale, care să aibă în vedere natura multidimensională a sărăciei⁶.

Prin definiție, o persoană este în risc de sărăcie sau excluziune socială dacă se află în cel puțin una din următoarele situații:

- se află sub pragul sărăciei (de 60% din venitul median disponibil pe adult - echivalent);
- este în stare de privare materială severă;
- trăiește într-o gospodărie cu intensitate foarte redusă a muncii.

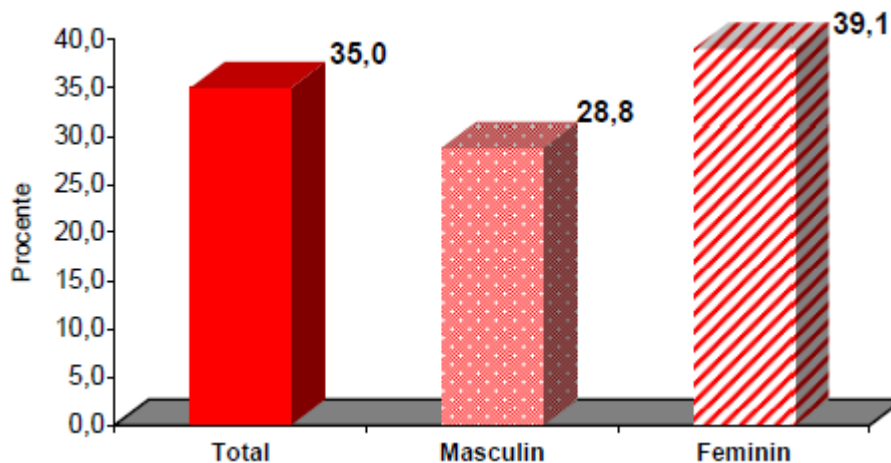
Indicatorul cheie - **Riscul de sărăcie sau excluziune socială** a avut o rată de 40,4%, în anul 2013, corespunzătoare unui număr de 8.601 mii persoane. Cu toate că pe ansamblu tendința ultimilor ani a fost vizibil descendentă (cu un punct procentual față de anul 2010), totuși nivelurile relative estimate pentru România sunt foarte mari.

Ponderea femeilor în vârstă de 65 de ani și peste care se află în risc de sărăcie sau excluziune socială este cu 10,3 puncte procentuale mai mare decât a bărbaților din aceeași grupă de vârstă.

Grafic 4

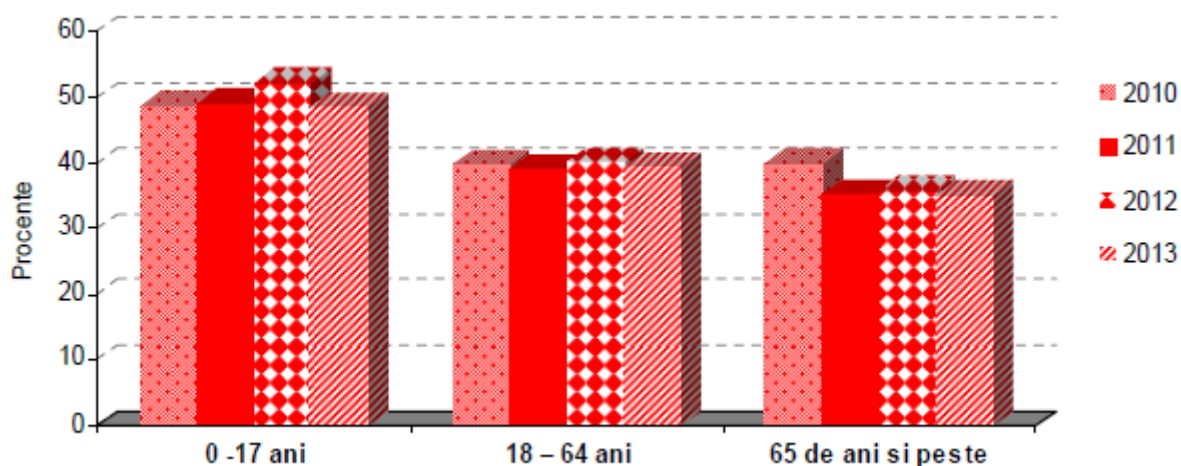
Ponderea persoanelor de 65 ani și peste aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială, în anul 2013

⁶ Institutul Național de Statistică, *Dimensiuni ale incluziunii sociale în România, în anul 2013, 2014.*



Reduceri semnificative ale ponderilor, față de anul 2010, s-au înregistrat în cadrul grupei persoanelor vârstnice (de 4,9 puncte procentuale), așa cum se poate observa și din figura de mai jos.

Grafic 5 *Ponderea persoanelor aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială, pe grupe de vârstă, în perioada 2010-2013*



➤ **Comparații internaționale⁷**

Apartenența României la comunitatea europeană implică în mod necesar cunoașterea situației și a poziției sale în ansamblul statelor componente ale Uniunii Europene, realizată pe baza unor date și informații statistice din toate domeniile de dezvoltare economico-sociale. Această cerință este cu atât mai importantă cu cât obiectul cunoașterii vizează un aspect al vieții deosebit de sensibil, cum este cel al sărăciei și incluziunii sociale.

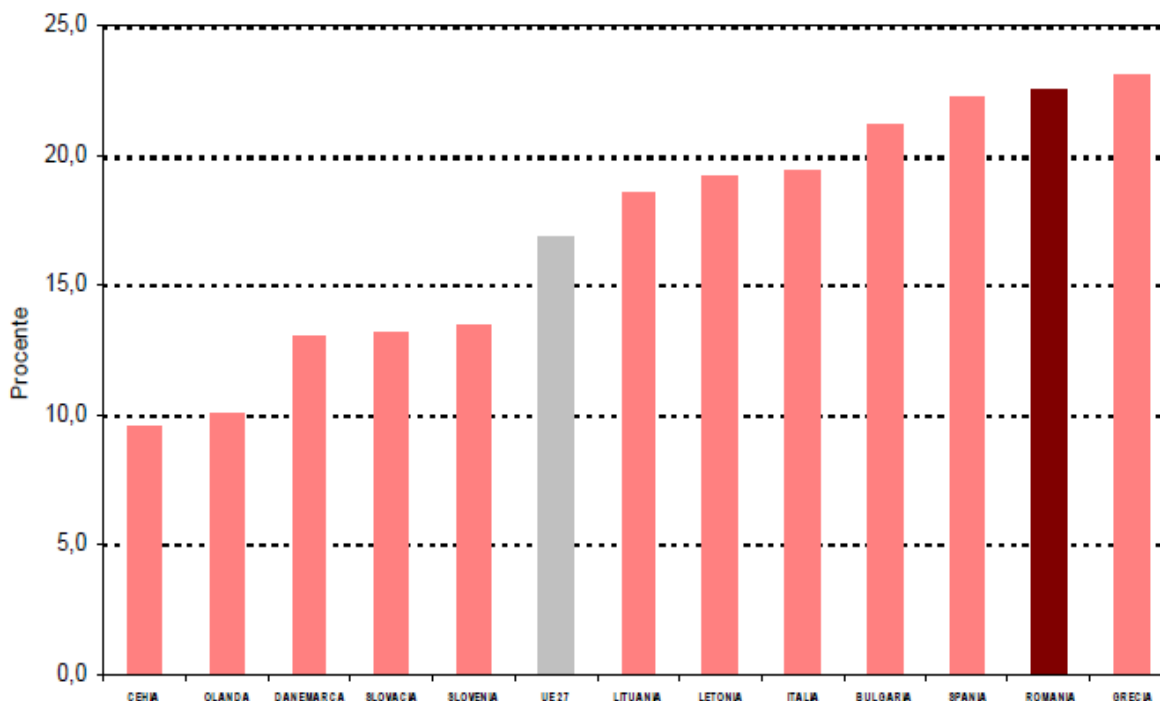
În conformitate cu datele colectate la nivelul Eurostat, poziția României este în general caracteristică unui stat cu probleme relativ mari în asigurarea unui nivel de trai ridicat pentru toți cetățenii săi.

⁷ Institutul Național de Statistică, *Dimensiuni ale incluziunii sociale în România, în anul 2013, 2014.*

Din punct de vedere al ratei sărăciei, România (cu 22,6%) se plasa în anul 2012 în grupul statelor relativ sărace, cu valori peste media Uniunii Europene, cum ar fi: Grecia (23,1%), Spania (22,2%), Bulgaria (21,2%), Italia (19,4%), Letonia (19,2%). Rate de sărăcie mult mai mici se înregistrează în unele state precum Cehia (9,6%), Olanda (10,1%), Danemarca (13,1%), Slovacia și Finlanda (13,2% fiecare)⁸.

Grafic 6

Rata sărăciei în unele state membre ale Uniunii Europene, în anul 2012



Conform datelor furnizate de Eurostat, distribuția pe sexe a sărăciei în multe state membre are un caracter asemănător cu cel din România, în sensul că rata de sărăcie a femeilor este mai mare decât a bărbaților. De exemplu, pe ansamblul Uniunii Europene, rata sărăciei la femei a fost în anul 2012 cu 1,2 puncte procentuale superioară celei a bărbaților (17,5% față de 16,3%).

Cele mai mari diferențe între rata sărăciei femeilor față de rata sărăciei bărbaților se constată în: Cipru (+3,5 puncte procentuale), Bulgaria (+3,3), Suedia (+3,0), Germania (+2,3), Slovenia (+2,1), Cehia și Austria (+1,8).

Tabel 3

Rata sărăciei pe grupe de vârstă în unele state membre ale Uniunii Europene, în anul 2012

⁸ http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/income_social_inclusion_living_conditions/data/database 01.09.2014

	Total persoane	Grupe de vârstă		
		0 - 17 ani	18 – 64 ani	65 ani și peste
UE27	16,9	20,7	16,5	14,4
România	22,6	34,6	21,0	15,4
Austria	14,4	17,5	13,3	15,1
Bulgaria	21,2	28,2	17,4	28,2
Cehia	9,6	13,9	9,3	6,0
Danemarca	13,1	10,2	13,9	14,1
Estonia	17,5	17,0	17,7	17,2
Finlanda	13,2	11,1	12,4	18,4
Grecia	23,1	26,9	23,8	17,2
Italia	19,4	26,0	18,6	16,3
Letonia	19,2	24,4	19,3	13,9
Olanda	10,1	13,2	10,1	5,5
Polonia	17,1	21,5	16,5	14,0
Ungaria	14,0	22,6	13,6	6,0
Spania	22,2	29,9	21,9	14,8
Slovacia	13,2	21,9	12,3	7,8

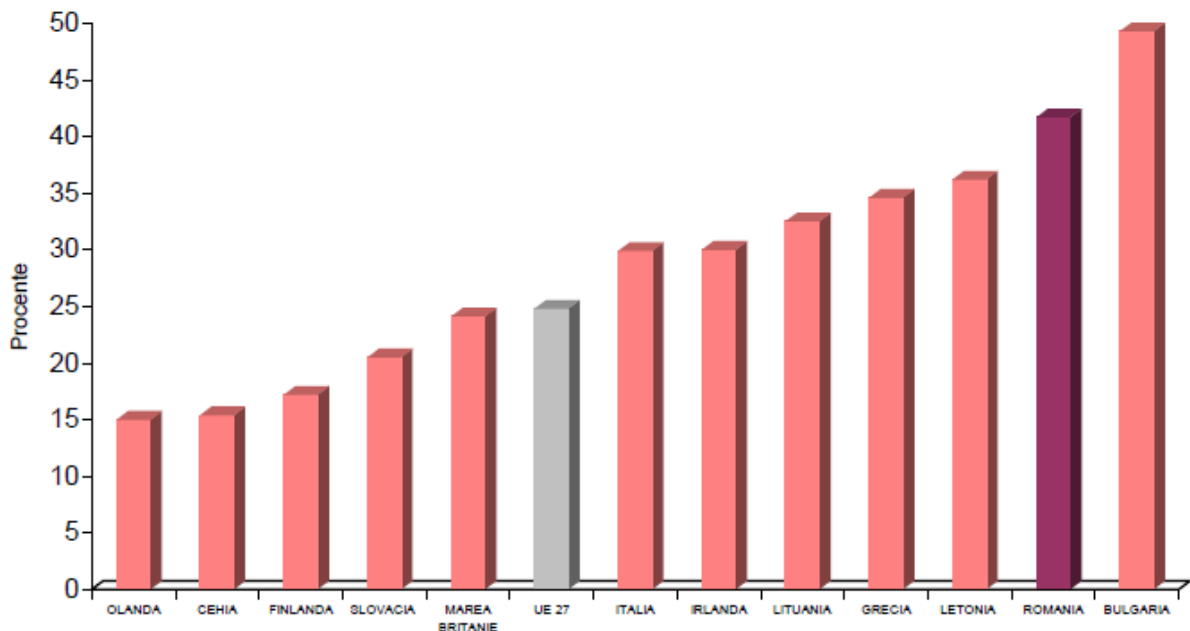
Diferențieri remarcabile se observă și în cazul persoanelor vârstnice de 65 de ani și peste, pentru care s-au estimat rate de sărăcie foarte mari față de media țării: Cipru (29,3%), Bulgaria (28,2%), Slovenia (19,6%), Finlanda (18,4%), Suedia (17,7%), Belgia (17,8%), Malta (17,3%). Sărăcia este relativ mai puțin răspândită în rândul vârstnicilor din Luxemburg, Ungaria, Spania, România, Grecia, Slovacia, Letonia, Franța, Olanda⁹.

Pe ansamblul Uniunii Europene, persoanele aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială au reprezentat 24,8% în anul 2012.

Grafic 7

Rata riscului de sărăcie sau excluziune socială, în unele state membre ale Uniunii Europene, în anul 2012

⁹ http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/income_social_inclusion_living_conditions/data/database 01.09.2014



Dintre cele 12 state care au rate superioare mediei europene se detașează Bulgaria (49,3%), România (41,7%), Letonia (36,2%), Grecia (34,6%), Lituania (32,5%), Ungaria (32,4%), Irlanda (30,0). În rândul statelor cu rate reduse ale riscului de sărăcie sau excluziune socială se evidențiază Olanda (15,0%), Cehia (15,4%), Suedia (15,6%), Finlanda (17,2%), Luxemburg (18,4) – state în care sărăcia este relativ mai puțin răspândită¹⁰.

Persoanele vârstnice (65 ani și peste) par a fi protejate mai mult în Luxemburg, Olanda, Cehia, Franța, Danemarca, Irlanda, state în care proporția celor aflați în risc de sărăcie sau excluziune socială nu depășește 15%.

1.2. Schimbarea structurilor familiale și slăbirea solidarității familiale

În ultimele decenii instituția familiei în Europa a suferit schimbări majore. Pe măsură ce speranța de viață a crescut, familia extinsă cuprinde acum mai multe generații succesive decât altădată, dar fiecare generație are în același timp mai puțini membri pentru că schimbările s-au produs și în sensul diminuării numărului de membri conviețuitori într-o familie. Pe de altă parte, legăturile de familie și de căsătorie devin tot mai slabe. Se dezvoltă tot mai mult alte forme de aranjamente familiale decât căsătoria, divorțul e în creștere și tot mai multe persoane sunt în situația de a locui separat de ceilalți membri ai familiei datorită creșterii mobilității spațiale. De asemenea, îndatoririle de îngrijire devin mai apăsătoare pentru femei datorită emancipării lor crescute și mai ales datorită creșterii procentului persoanelor de sex feminin înmatriculate în diverse forme de învățământ și a participării lor

¹⁰ http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/income_social_inclusion_living_conditions/data/database 01.09.2014

masive pe piața forței de muncă. În termeni culturali, asistăm la o trecere de la autoritatea părintească către o autonomie individuală a fiecărui membru al familiei¹¹.

Studiile care tratează despre consecințele schimbărilor de comportament demografic în domeniul familiei arată că efectele acestora asupra solidarității familiale pot fi diferite (Fokkema et al 2008)¹².

După unii schimbările slăbesc solidaritatea familială. Gradul în care părinții și copiii sunt pregătiți să aibă grijă unii de alții și de a se ajuta reciproc descrește. Statul bunăstării, care a preluat după cel de al doilea război mondial o parte din îndatoririle de îngrijire familială, n-a fost de nici un ajutor în privința acestui aspect. Nevoia copiilor adulți de a-și îngriji părinții a scăzut pe măsura ce s-au extins alternativele de îngrijire formală. În termeni economici, beneficiile de tipul pensiilor de stat și private, și a ajutoarelor sociale pentru bătrâni au făcut ca părinții și copii să fie mai puțin dependenți unii de alții.

După alții, solidaritatea familială nu a slăbit în mod dramatic, ci și-a schimbat doar caracterul. Familia de dimensiuni mici și dispariția autorității parentale create de distanțe au făcut posibile contacte mai intense și mai personale între părinți și copiii lor. Această categorie de autori susține că facilitățile de îngrijire formală pentru vârstnici și îngrijirea propriei familii sunt complementare: odată ce o parte din responsabilitățile de îngrijire sunt luate de pe umerii aparținătorilor, îngrijitorii informali sunt degrevați de o parte din povara îngrijirii vârstnicilor și pot menține astfel mai mult timp legătura cu membrii familiei aflați în nevoie. Părinții în schimb, datorita aranjamentelor de pensionare îmbunătățite, sunt tot mai în măsură să ofere sprijin material și financiar copiilor și nepoților aflați în dificultate.

Conform anchetelor referitoare la generație și gen, realizate de-a lungul timpului se constată că românii au un puternic simț al datoriei față de membrii familiei, fie ei copiii adulți aflați în dificultate, sau părinți bătrâni; iar răspunderea privește atât nevoile de îngrijire cât și ajutorul material atunci când este cazul. Totuși, forma extremă a datoriei de a-și adapta viața la nevoile tinerilor, respectiv ale bătrânilor, are mai puțin suport în România decât în celelalte țări europene și este chiar neagreată atunci când e vorba de adaptarea vieții profesionale la nevoile celor neajutorați.

¹¹ Mihaela Hărăguș, Raport privind situația vârstnicilor din România, Centrul de Studiere a Populației, Cluj Napoca, 2009

¹² Fokkema T., ter Bekke S., Dykstra P.A . (2008). Solidarity between parents and their adult children in Europe. Amsterdam: Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute.

Conviețuirea dintre generațiile de bunici, părinți și copii, are loc mai ales cu vârstnicii sub 70 ani, cei peste această vârstă rareori fiind în situația de a avea copii adulți în preajmă. Vârstnicii bătrâni (75 ani și peste), trăind în general singuri, au mare nevoie de ajutor din partea societății.

Beneficiarii transferurilor de îngrijire familială, când părinții și copiii nu conviețuiesc împreună, sunt tot copii adulți ai vârstnicilor sub 70 ani, care îi ajută regulat în creșterea nepoților. Vârstnicii bătrâni (75 ani și peste) care nu conviețuiesc cu copiii sunt beneficiarii neți de ajutor sistematic în treburile din gospodărie din partea acestora, deși procentul lor rămâne scăzut (sub 30%). Ceilalți mari bătrâni au nevoie de ajutor de îngrijire din partea societății.

Ajutorul material reciproc între părinți și copiii lor adulți este puțin practicat în România, iar acest lucru ne îngrijorează întrucât întreaga povară a răspunderii materiale pare să rămână pe „umerii” societății, din moment ce familia practic nu contribuie sau nu poate contribui la bunăstarea lor materială.

În schimb, vârstnicii sub 70 ani, și mai ales cei din categoria adulților vârstnici (55-65 ani), nu numai că nu reclamă ajutor de îngrijire sau material din partea copiilor lor adulți, dar ei sunt o importantă sursă de ajutor pentru cei din urmă.

1.3. Situația psiho-afectivă, rețeaua socială și implicarea la viața activă

Bunăstarea este un aspect ce nu poate lipsi atunci când vorbim despre situația vârstnicilor în țara noastră, considerând că aceasta este expresia sentimentului de bine, în corelație cu sănătatea fizică și psihică. Chiar cele mai sănătoase persoane se pot simți rău din punct de vedere psiho-afectiv pentru perioade mai lungi sau mai scurte de timp, din cauza unor rupturi în relațiile interpersonale (divorț, văduvie, moartea unui copil sau a unui prieten) sau a altor evenimente cu impact major asupra vieții (pensionarea sau instituționalizarea). De aceea, în completarea problemelor ce țin de condițiile economice (venituri, nivel de trai, calitatea și confortul locuirii) și de schimbările structurilor familiale, vom aborda în continuare aspecte legate de starea psiho-afectivă a vârstnicilor, de rețeaua lor socială și de implicarea în viața activă, și vom vedea în ce măsură acestea constituie probleme pentru populația vârstnică¹³.

¹³ Mihaela Hărăguș, Raport privind situația vârstnicilor din România, Centrul de Studiere a Populației, Cluj Napoca, 2009

Se constată, conform anchetelor referitoare la generație și gen, că vârstnicii (mai ales femeile și mai ales cei mai înaintați în vârstă) trăiesc sentimente de izolare, singurătate, tristețe, plictiseală. În același timp, ei simt nevoia de persoane în jurul lor și răspund acesteia prin relațiile și contactele cu rudele sau cu vecinii. Totuși, dispun de o rețea destul de restrânsă atunci când vine vorba de cunoștințele pe care se pot baza pentru diferite servicii.

Implicarea în activități de voluntariat ar fi o altă cale prin care vârstnicii ar rămâne activi, și-ar crește stima de sine și sentimentul utilității sociale, însă, la noi în țară implicarea este extrem de redusă și se rezumă îndeosebi la organizații religioase.

Voluntariatul este foarte practicat în țările Uniunii Europene și în alte state ale lumii de către orice persoană: studenți, șomeri, angajați sau pensionari. De exemplu, în Franța vârstnicii pensionați sau cei care se pregătesc să iasă la pensie sunt implicați în acțiuni de voluntariat, considerând aceste acțiuni ca o plăcere dar și un sprijin pe care pot să-l ofere semenilor. El este considerat de asemenea o oportunitate de a continua o profesie sau de a-și dezvolta noi abilități.

Situația în România în privința implicării persoanelor vârstnice în activități de voluntariat nu este la nivelul celei din alte state europene. Pe de o parte, există în rândul acestei categorii de populație o asociere între voluntariat și fosta muncă patriotică, a cărei reprezentare afectează implicarea acestora în acțiuni de tip voluntar. Pe de altă parte, ofertele de voluntariat disponibile pe piața voluntariatului din România se adresează mai degrabă tinerilor, prin abilitățile solicitate (de exemplu, cunoașterea unei limbi străine, cunoștințe de utilizare PC), cerințe care exclud de la început o anumită categorie de potențiali voluntari, între care și cea a persoanelor de vârstă a treia. Un alt motiv ar putea fi lipsa informației sau a posibilității de a accesa informațiile – majoritatea oportunităților de voluntariat sunt promovate pe cale electronică. Există și voluntari de vârstă a treia, dar sunt destul de puțini și implicarea acestora este mai degrabă efectul unor circumstanțe subiective decât a unor strategii active sau eforturi direcționate către această categorie de vârstă. Potențialul acestei categorii de populație este mare, iar piața voluntariatului în România este în dezvoltare. Există posibilitatea de diversificare a acesteia, astfel încât să ofere suficiente oportunități și pentru categoria persoanelor vârstnice¹⁴.

¹⁴ Mihaela Hărăguș, Raport privind situația vârstnicilor din România, Centrul de Studiere a Populației, Cluj Napoca, 2009

1.4. Accesul la informații, la servicii publice și relația cu autoritățile¹⁵

Dincolo de aspectele legate de consumul cultural (importante pentru a descrie stilul de viață al vârstnicilor din România), accesul la informații trebuie considerat important pentru dimensiunea vieții lor sociale: un grup informat este un grup care are mai multe resurse pentru a-și apăra drepturile. Putem considera că situația prezentă în România, adică accesul la puține mijloace de informare (și concentrarea vârstnicilor pe televiziune, dintre acestea), slaba cunoaștere a legilor informațiilor publice (ce reprezintă un posibil mod de control al instituțiilor de către individ) și dezinteresul manifestat față de acestea fac dificilă incluziunea socială a persoanelor vârstnice. Din punct de vedere social și politic, vârstnicii devin un grup care poate fi manipulat cu ușurință. Totuși, nu trebuie să pierdem din vedere faptul că participarea vârstnicilor la actul votului (într-o măsură mai ridicată decât în cazul altor categorii de vârste) este un mijloc prin care forțele politice sunt întoarse spre problemele acestora, asigurând o centrare a politicului pe problemele acestui grup specific.

Din punct de vedere al accesului la servicii publice în general, am văzut că vârstnicii nu se confruntă cu dificultăți deosebite, oricum nu diferite de restul populației.

Încrederea vârstnicilor în diferite instituții, ca și a populației în general, este scăzută, mai ales în partide politice, parlament, justiție. Cum ne-au obișnuit sondajele de opinie, vârstnicii au, ca și restul populației, cea mai mare încredere în biserică și armată.

¹⁵ Mihaela Hărăguș, Raport privind situația vârstnicilor din România, Centrul de Studiere a Populației, Cluj Napoca, 2009

Politicile sociale pentru vârstnici

2.1. Documente strategice în domeniul protecției persoanelor vârstnice

La sfârșitul anului 2014, Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice a elaborat un proiect privind Strategia Națională pentru promovarea îmbătrânirii active și protecția persoanelor vârstnice pentru anii 2014-2020.

Această Strategie cuprinde mai multe capitole, axându-se pe următoarele aspecte:

- Îmbătrânirea populației;
- Viață mai sănătoasă într-o societate în curs de îmbătrânire;
- Munca la vârste mai înaintate;
- Participare socială și o bătrânețe demnă;
- Independență sporită în îngrijirea de lungă durată.

• Îmbătrânirea populației:

România se confruntă cu o transformare socio-economică profundă, datorată schimbărilor demografice fără precedent. Pe de o parte, se estimează că ponderea populației cu vârsta mai mare sau egală cu 65 de ani se va dubla până în anul 2060, existând posibilitatea de a exercita o presiune puternică asupra costurilor aferente pensiilor, serviciilor medicale și serviciilor de îngrijire de lungă durată.

Figura 2



În același timp, se inversează creșterea, care a avut loc timp de câteva decenii, a populației în vârstă de muncă a României, și anume segmentul 20 – 64 de ani, urmând o scădere de 30% până în anul 2060, aceasta fiind una dintre cele mai accentuate scăderi din U.E.

O presiune suplimentară este exercitată de participarea redusă pe piața muncii a romilor, unul dintre grupurile de minorități etnice cele mai mari, mai tinere și cu cea mai dinamică creștere din România, precum și de emigrarea netă accentuată, care, în ultimul deceniu, a redus grupul cu vârste cuprinse în prezent între 25 și 30 de ani cu aproape 20%.

• Viață mai sănătoasă într-o societate în curs de îmbătrânire:

Pentru atingerea unui nivel de sănătate pe durată mai lungă și a unor vieți productive, România este conștientă că trebuie să se investească în prevenirea, detectarea timpurie și tratamentul bolilor cronice, precum și să își revizuiască politicile din domeniul farmaceutic, care vor fi mai importante în ceea ce privește furnizarea de îngrijire medicală populației vârstnice.

O atenție deosebită trebuie acordată campaniilor de prevenire sau reducere a consumului de tutun și alcool și promovării alimentației sănătoase și sportului, inclusiv în rândul persoanelor în vârstă, printr-o integrare mai bună a acestor măsuri preventive în serviciile primare de sănătate și în viața comunității.

Detectarea timpurie și gestionarea bolilor cardiovasculare, diabetului și depresiei vor deveni din ce în ce mai importante pe măsură ce populația îmbătrânește. Sistemul de sănătate va trebui, de asemenea, să se concentreze mai

mult asupra medicilor geriatri și de familie și să fie bine dotat pentru a gestiona mai multe boli cronice și slăbirea funcțiilor cognitive, în principal în secții de ambulatoriu.

- Munca la vârste mai înaintate:

Cu privire la această componentă, populația vârstnică reprezintă o resursă insuficient folosită a economiei României, aspect care face dificilă atingerea unei rate de ocupare de 70%.

Pentru a încuraja munca la vârste înaintate, Strategia prevede ajustarea practicii încetării de drept a raportului de muncă /serviciu la data îndeplinirii condițiilor de pensionare pentru limită de vârstă prin politici de angajare care țin cont de vârstă, monitorizarea lucrătorilor și a celor care sunt concediați, crearea de programe de promovare a sănătății pentru lucrători, oportunități de lucru cu normă redusă pentru lucrătorii în vârstă, servicii de consiliere înainte de pensionare, dezvoltarea abilităților, combaterea discriminării pe motive de vârstă.

- Participare socială și o bătrânețe demnă:

Componenta „participare socială și o bătrânețe demnă” are în vedere transformarea îmbătrânirii populației într-o oportunitate prin faptul că vârstnicii care dispun de timp după pensionare pot contribui la dezvoltarea societății prin participarea lor socială.

În ciuda tuturor provocărilor, îmbătrânirea populației oferă o oportunitate societății românești. Îmbunătățirile suplimentare în domeniul sănătății și educației, precum și un număr mai mare de persoane ce dispun de timp vor oferi României un grup de pensionari capabili să contribuie semnificativ la dezvoltarea societății românești prin participarea lor socială. Implicarea civică, atât prin rețele sociale formale, cât și informale, a fost pusă în legătură cu îmbunătățiri ale mai multor indicatori ai bunăstării, inclusiv în ceea ce privește nivelul de fericire, satisfacția privind viața, stima de sine, sentimentul de control, sănătatea fizică, riscul redus de depresie și longevitatea.

Participarea socială sub formă de implicare civică și voluntariat contribuie și la bunăstarea destinatarilor acestor eforturi și furnizează un beneficiu economic enorm comunităților care funcționează cu un buget restrâns, cu necesități sociale în creștere. Prin urmare, participarea socială poate fi considerată cu adevărat o propunere reciproc avantajoasă, subliniind importanța adoptării unor reforme care să

promoveze mai multe oportunități de participare socială în rândul adulților mai în vârstă, astfel încât de ele să poată beneficia persoane de toate vârstele.

Totuși, în prezent, nivelul de participare socială este foarte scăzut în România. Pentru a obține modificările necesare privind atitudinile, este importantă accentuarea imaginii sociale a populației vârstnice, promovarea activă a participării sociale, reducerea obstacolelor fizice și cognitive către o viață independentă și participativă și prevenirea abuzului asupra bătrânilor.

- Independență sporită în îngrijirea de lungă durată:

În conformitate cu prevederile Legii nr. 292/2011 a asistenței sociale, îngrijirea de lungă durată (peste 60 de zile) se asigură la domiciliu, în centre rezidențiale, în centre de zi, la domiciliul persoanei care acordă serviciul și în comunitate. Autoritățile administrației publice locale trebuie să identifice, în primul rând, soluții de asigurare a serviciilor de îngrijire la domiciliu.

De asemenea, serviciile de îngrijire la domiciliu pot acorda și căminele pentru persoane vârstnice. La nivelul anului 2011, cheltuielile publice pentru îngrijirea de lungă durată erau de 0,69% din PIB.

Comparativ cu alte țări membre ale UE, în România necesitățile de bază în ceea ce privește serviciile sociale nu sunt îndeplinite complet și lasă neacoperită o mare proporție de populație dependentă. Din acest motiv, o mare povară privind furnizarea de îngrijire cade pe umerii familiilor, care ar beneficia mult de orice asistență din partea sistemului formal de îngrijire.

Pe viitor, se preconizează că cererea de servicii de îngrijire la domiciliu va crește și mai mult ceea ce va necesita alocarea de resurse mai mari pentru a furniza acestui sector finanțare, capital uman și infrastructura fizică. De asemenea, dat fiind faptul că se are în vedere o dezvoltare a sistemului de îngrijire de lungă durată, este important ca, pe măsură ce această identitate se formează și sistemul de îngrijire la domiciliu se maturizează, să se dezvolte în direcția integrării persoanelor care au nevoie de îngrijire în viața comunității, accentuând prevenirea și reabilitarea în cadrul îngrijire la domiciliu și creând un mediu propice pentru susținerea obiectivelor generale de politică care au rolul de a sprijini persoanele vârstnice pentru a trăi acasă cât de mult posibil.

Dezvoltarea sistemului trebuie, de asemenea, să se concentreze pe eficiența furnizării de îngrijire și pe ușurința accesului echitabil pentru toți cetățenii României care au nevoie de astfel de servicii. În final, sistemul trebuie să recunoască

dificultățile cu care se confruntă deja privind recrutarea și menținerea personalului și trebuie să-și adapteze politicile de resurse umane corespunzător.

2.2. Legislația în domeniul protecției sociale a vârstnicului și aplicarea acesteia

Partea cea mai consistentă este dedicată descrierii sistemului de protecție socială a persoanelor vârstnice din România: asigurări de stat, asigurări de sănătate, asistența socială a vârstnicilor.

Pe plan internațional se urmărește dezvoltarea și diversificarea mijloacelor de susținere la domiciliu, încurajarea solidarității familiale, ameliorarea calității vieții în centrele rezidențiale și îmbunătățirea asistenței persoanelor vârstnice dependente (se pune accent pe prevenirea riscurilor de sărăcie și dependență, ca parte integrantă a protecției sociale); de asemenea, se insistă și asupra folosirii potențialului de activitate al pensionarilor prin promovarea celor mai bune practici privind forța de muncă vârstnică. Principalul scop al tuturor acțiunilor întreprinse la nivelul fiecărui stat este acela de a promova o „societate pentru toate vârstele” și „îmbătrânirea activă” (prevenirea îmbolnăvirilor și a dependenței).

2.2.1. Sistemul de pensii:

Prezentare generală a domeniului sistemului de pensii

Asigurările sociale de stat reprezintă un prim nivel de protecție (încearcă să asigure un nivel de trai decent pensionarilor) de care pot beneficia cei care și-au pierdut sau diminuat capacitatea de muncă ca urmare a bătrâneții sau invalidității (pensie pentru limită de vârstă, pensie de invaliditate etc.).

Organizarea sistemului de pensii pe cei trei piloni (sistemul public de pensii obligatoriu, sistemul privat obligatoriu, sistemul pensiilor private propriu-zise) face posibilă beneficierea de avantajele tuturor celor trei sisteme, permițând astfel distribuirea riscurilor. În prezent, cota contribuției individuale de asigurări sociale este de 10,5%; în această cotă este inclusă și cota de 4%, pentru anul 2015, aferentă fondurilor de pensii administrate privat, urmând ca această cotă să crească la 6%, în anul 2016. Valoarea punctului de pensie a crescut în perioada 1 ianuarie 2008 – 1 ianuarie 2015: de la 581,3 lei la 839,2 lei.

Există mai multe tipuri de clasificări ale sistemelor de pensii; astfel în Uniunea Europeană (mai ales în vechile țări membre) se folosește o clasificare în trei piloni¹⁶:

- pilonul 1 - pensii reglementate,
- pilonul 2 - pensii ocupaționale stabilite prin contract de muncă și
- pilonul 3 - sisteme individuale de pensii private, fără legătură cu ocupația.

Tot trei piloni folosește și clasificarea Băncii Mondiale, dar reprezentând altă tipologie:

- pilonul 1 - pensiile publice de tipul Pay As You Go (PAYG) administrate public,
- pilonul 2 - sunt sisteme de pensii administrate privat - prin care o cotă a contribuțiilor de asigurări sociale sunt administrate de fonduri de pensii private și
- pilonul 3 - pensiile private facultative individuale sau, pe scurt, privat-voluntar.

Țările din centrul și estul Europei au adoptat în general modelul Băncii Mondiale și au introdus reforme ample în acest sens începând cu sfârșitul anilor '90 și mai ales în anii 2000. Din alte perspective, sistemele de pensii se diferențiază în funcție de: sursa de finanțare (publică sau privată), modalitatea de finanțare (PAYG – funcționează pe principiul solidarității inter-generaționale - salariații de azi plătesc pensiile pensionarilor de astăzi, pe baza unui aranjament informal garantat de stat că salariații de mâine le vor plăti și lor pensiile - sau finanțate direct din bugetul de stat pentru anumite categorii, de ex. funcționarii publici). Un alt criteriu important în clasificarea sistemelor de pensii îl reprezintă modul de determinare a pensiei. Din această perspectivă se disting următoarele variante:

a) Cu beneficii definite (BD) prin care se poate determina de la început valoarea

pensiei, luând în calcul valoarea contribuției și durata perioadei de contribuție;

b) Cu definirea contribuțiilor (CD = contribuții definite) prin care valoarea exactă a pensiei se va cunoaște numai la momentul pensionării în funcție de valoarea contribuțiilor și randamentul activelor fondului de pensii;

¹⁶ Mihai Șeitan, Mihaela Arteni și Adriana Nedu, Evoluția demografică pe termen lung și sustenabilitatea Sistemului de pensii – Editura Economică, București, 2012

c) Cu utilizarea contribuțiilor național definite (CND) prin care se simulează la nivel național un sistem de tip CD: fiecare participant are un cont noțional definit în care se colectează contribuțiile și guvernul stabilește o rentabilitate teoretică a acestor active;

d) Pe bază de puncte (utilizat și de România) care este similar CND – beneficiarii cumulează în mod individual puncte, în funcție de valoarea contribuțiilor, iar guvernul fixează după o anumită regulă valoarea punctului de pensie (regula presupune și o procedură de indexare). Diferența față de CND este că evoluția valorii punctului de pensie nu este stabilită de randamentul (nici real pe piață, nici teoretic simulat de guvern) al activelor cumulate (contribuții cumulate), ci prin decizii administrative, în funcție de capacitatea bugetului de pensii de stat sau a bugetului consolidat de a suporta un anumit nivel al valorii punctului de pensie. Evident un astfel de sistem este mai deschis deciziilor de politică publică ad-hoc și discreționare, însă prezintă avantajul unei flexibilități și capacități de ajustare mai mari. Este sistemul astăzi în funcție în România.

Centrul Român de Politici Europene și Centrul de Resurse pentru Participarea Publică¹⁷, au elaborat un studiu intitulat *Alternative și compromisuri în sistemul românesc de pensii pentru următorii 20 de ani* pe baza proiectului *Reforma pensiilor – de la experți la public*. În continuare vom prezenta câteva idei care au reieșit din acest proiect.

Deși, pe termen scurt, România a îndepărtat pericolul colapsului sistemului de pensii, pe termen mediu și lung, sustenabilitatea acestuia este încă pusă în discuție. Pe fondul unei rate de ocupare a forței de muncă cu tendințe negative, pe fondul îmbătrânirii rapide a populației și a unei involuții demografice ce se anunță dezastruoasă, sistemul de pensii nu va mai reuși să ofere protecția socială necesară viitorilor pensionari și va deveni o piatră de moară de gâtul economiei (afectând investițiile în sectoare productive și crescând fiscalitatea). După recalcularea sistemului de pensii din anul 2010, acesta a devenit mai echitabil, fiind relativ simplu de aplicat și mai ușor de înțeles. În acest context măsurile din ultimii ani au favorizat **sustenabilitatea**.

Cu toate acestea, în jurul anului 2030, acesta își va atinge limitele și este posibil ca, în lipsa unor schimbări care să intervină în dinamica demografică și

¹⁷ Giosan Victor, Ciucu Ciprian, *Alternative și compromisuri în sistemul românesc de pensii pentru următorii 20 de ani*, 2014

economică curentă, să nu fie suficient pentru ca statul să poată asigura pensii adecvate așteptărilor populației. Dacă proporția contribuțiilor va rămâne constantă și piramida demografică inversată (baza formată din beneficiari fiind sus, iar vârful reprezentat de contributori fiind în jos), fondul de pensii de tip *pay as you go* (PAYG), bazat pe solidaritatea între generații, va intra automat în deficit.

În acest moment sistemul de pensii nu se auto-susține complet, astfel se transferă de la bugetul de stat peste 2% din PIB, în anul 2014. Dacă ponderea s-ar ridica la cca. 3%, pot apărea probleme serioase de echilibru (cu efecte ce vor fi resimțite în economie – creșterea fiscalității, reducerea investițiilor, etc.), iar dacă ar ajunge spre 4%, echilibrul ar fi pierdut.

Acum, transferurile asigură un grad optim de acoperire a pensiilor, iar România nu ar fi avut probleme cu transferurile, dacă nu ar fi intervenit criza economică globală din 2008, aceasta afectând economia și, implicit, veniturile la buget.

Schimbările necesare sunt structurale și depășesc instrumentele de gestiune propriu-zisă ale unui sistem de pensii: pentru a asigura un sistem de pensii adecvat, pe termen lung, avem nevoie de:

- 1) avansuri în productivitatea muncii,
- 2) creșterea ratei de ocupare a populației active,
- 3) politici de imigrație atractive.

Decidenții și experții în sisteme de pensii își pun astăzi speranța în *efectul de cohortă*: variații de comportament (inclusiv pe piața muncii) între generații diferite, care au împărtășit experiențe intra-generaționale comune, dar diferite față de ale altor generații. Practic, se așteaptă de la generația tânără să fie mai productivă decât cea vârstnică. Nu neapărat să muncească mai mult, dar să fie mai productivă: cohortele noastre sunt diferite de cohortele părinților noștri. Productivitatea este astăzi mai mare, iar generațiile active de astăzi trebuie să rămână în activitate mai mult timp.

Cadrul legal curent este mai puțin deschis către pensionarea anticipată decât era acum 10-15 ani. Politicile tranziției din anii '90 au favorizat un tip de comportament care îi scotea pe oameni mult mai devreme din viața activă și care a pus presiuni mari pe sustenabilitatea și robustețea sistemului de pensii. Acum, pensionarea anticipată este puternic descurajată, iar legislația curentă generează comportamente diferite cohortelor de populație activă. Din anul 2005, curba de

pensionare anticipată a scăzut constant, iar tendința se menține. Anticipata integrală este foarte restrictivă, penalitățile fiind foarte puternice.

Sistemele de pensii sunt rezultatul tensiunii dintre echitate și sustenabilitate și reflectă opțiunile politice ale guvernanților. Atunci când echitatea socială este favorizată, bugetele statelor (ponderea de cheltuieli din PIB) sunt afectate, iar atunci când sustenabilitatea este pusă pe prim plan, acest fapt poate avea consecințe sociale grave.

Economisirea, *economisirea din timp*, este o componentă extrem de importantă a sistemelor de pensii, pentru ca acestea să nu devină majoritar dependente de transferuri de la bugetul de stat și să afecteze, astfel, buna funcționare a altor sisteme (sănătate, mediul economic, etc.).

Perspectiva demografică a României nu este favorabilă. Pierdem masiv populație activă prin migrație. Din anul 1990, am pierdut aproximativ 2 milioane de persoane active. Dacă acest ritm se va menține, *contributorii* se vor reduce disproporționat cu *beneficiarii*, iar sustenabilitatea va fi afectată. Mecanic (excluzând migrația), sistemul de pensii se prefigurează sustenabil până la nivelul anului 2030.

Una dintre cauze este că speranța de viață în România este încă mică – numărul de ieșiri (decese) este mare. Efectul migrator este greu de estimat pe termen lung /mediu, fiind foarte dependent de factori exogeni: conflicte, calamități, tendințe globale.

În orice caz, dacă România se va transforma din țară de tranzit în țară de destinație, forța de muncă va veni, cel mai probabil, din Asia sau Africa. Pe piața muncii situația este staționară: de ani buni, rata de ocupare se înscrie în aceiași parametri; nu generăm locuri de muncă și suntem încă departe de obiectivele din strategia UE 2020.

Măsuri cu potențial de a influența în bine sustenabilitatea sistemului de pensii mai sunt:

- Stimularea creșterii gradului de ocupare;
- Creșterea salariului minim pe economie;
- Măsuri de îmbunătățire a colectării CAS.

Nu ne mai putem baza pe măsuri precum cele care au fost deja luate, au eșuat până acum, sau nu sunt plauzibile:

- Stimularea creșterii demografice;

- Măsurile administrative de reducere a economiei gri /negre;
- Creșterea vârstei de pensionare (*deja e ridicată*);
- Creșterea vechimii obligatorie pentru pensie integrală (*deja e ridicată*).

Discuțiile despre sistemul de pensii din România sunt printre cele mai frecvente și mai aprinse în ultimii 20 de ani, fără ca acest lucru să genereze politici coerente și stabile pe termen lung.

Conform lui M. Șeitan, M. Arteni și A. Nedu¹⁸ se pot identifica patru perioade de evoluție a sistemului de pensii, în anii de după 1990:

1) **Perioada 1990 – 2000**, caracterizată de acțiuni contradictorii, ad-hoc și fragmentate, care au afectat grav sustenabilitatea sistemului public de pensii. În principal în această perioadă s-au luat măsuri care au avut ca efect dublarea numărului de pensionari (în condițiile reducerii vârstei medii reale de pensionare), înjumătățirea contribuabililor la sistemul public de pensii, creșterea contribuțiilor de asigurări sociale de la 14% în 1990 la 35% în 2002 și erodarea semnificativă a raportului pensie /salariu și a puterii de cumpărare a salariilor.

2) **Perioada 2001 – 2005**, când sub presiunea realităților, s-a început implementarea unei reforme complexe a sistemului de pensii, având la bază Legea 19/2001.

Principalele caracteristici ale acesteia au fost:

- Creșterea vârstei standard de pensionare la 60 de ani pentru femei și 65 de ani pentru bărbați, gradual până în 2014;
- Introducerea sistemului de puncte în determinarea pensiei, care face o legătură directă între contribuții și nivelul beneficiilor;
- Creșterea perioadei minime de contribuție la 15 ani, gradual până în 2014.

3) **Perioada 2005-2010 caracterizată prin realizarea sistemului de pensii multipilon** (*pilonul 1* fiind pensiile de stat de tip PAYG, *pilonul 2* al fondurilor de pensii administrate privat și *pilonul 3* al pensiilor facultative private); introducerea pensiei sociale garantate; creșterea spectaculoasă a punctului de pensie și implicit a pensiei medii în anii 2007-2009, care practic s-a dublat în termeni reali. Deciziile din anii 2007-2008 vor avea un impact dramatic asupra sustenabilității sistemului de

¹⁸ Mihai Șeitan, Mihaela Arteni și Adriana Nedu, *Evoluția demografică pe termen lung și sustenabilitatea Sistemului de pensii* – Editura Economică, București, 2012

pensii, în condițiile deficiențelor sale structurale și ale impactului pe termen scurt și lung a crizei economice globale din anii 2008-2009.

4) **Perioada 2010-2011**, care a **s-a concentrat pe sustenabilitatea sistemului de pensii** în condițiile constrângerilor financiare generate de criza economică globală din anii 2008-2009, a constrângerilor economice specifice României și a constrângerilor structurale demografice. Astfel, a fost adoptată legea 263/2010 privind sistemul unitar de pensii, care s-a concentrat pe următoarele aspecte:

- Menținerea creșterii vârstelor standard de pensionare pentru femei și bărbați în general și în special pentru cei angajați în sistemul de apărare națională, ordine publică și siguranță națională;

- Integrarea sistemelor speciale de pensii în sistemul unitar public;

- Procedura de stabilire a punctului de pensie, astfel încât legătura cu evoluția salariului mediu pe economie să fie mai slabă;

- Creșterea bazei fiscale a contribuțiilor de asigurări sociale;

- Descurajarea pensionărilor anticipate și a celor de invalodate.

Totodată a fost creat și Fondul de garantare a drepturilor din sistemul de pensii private, prin adoptarea Legii 187/2011.

Efectele tuturor acestor evoluții contradictorii pot fi sintetizate astfel:

a) Creșterea numărului total de pensionari de la 3,58 milioane în 1990 la 5,401 milioane în noiembrie 2013 (+50,8%) în condițiile scăderii numărului de salariați de la 8,156 milioane în 1990 la 4,378 milioane de salariați în septembrie 2013 (- 46,32%);

b) Rata de dependență a scăzut de la 3,43 în 1990 la 0,92 în 2011 și 0,93 în 2013;

c) Vârste efective de pensionare mult sub vârsta standard de pensionare: în 2009 diferențele erau între 5 și 7 ani;

d) Scăderea dramatică a pensiei medii reale nete (1990 – 100%) pe perioada 1990-2000 (minim de 44,3% în 2000), ușoara creștere a acesteia pe perioada 2001-

2006 (57-58% în 2006), apoi creșterea spectaculoasă din anii 2007-2009 (maximum fiind atins în 2010 la 123,8%) și relativa stabilizare din anii 2011 -2012 în jurul valorii de 117%;

e) Rata de înlocuire calculată pe baza pensiei medii pentru limită de vârstă și salariul mediu net a evoluat de la 48,6% în 2000, la 65,3% în 2010 și 58,2% în 2013 (pe baza salariului mediu net pe primele 9 luni ale anului). Rata de înlocuire reprezintă

raportul dintre valoarea pensiei (medii simple, medii pentru limită de vârstă și perioadă completă de cotizare) și valoarea salariului mediu (brut sau net), cu alte cuvinte cât din valoarea salariului mediu brut /net este înlocuită de pensia medie.

În ultimi ani au apărut mai multe studii care se referă în mod detaliat la alternative de politici publice în domeniul pensiilor. Astfel, în 2012, Expert Forum publică Working Paper 3 intitulat „Cine va plăti pensiile „decreștelor” în 2030? Situația României în contextul comparativ UE și 7 scenarii de evoluție ale sistemului public de pensii”. Așa după cum spune și titlul studiul prezintă 7 scenarii diferite referitoare la viitorul sistemului public de pensii, așa cum rezultă din tabelul următor:

Tabel 4

Sapte scenarii – Efecte pe termen lung asupra sistemului public de pensii din România			
SCENARIII	Deficitul fondului de pensii	Pensia ca % din salariul mediu brut (în prezent 37%)	Probabilitate
1. Scenariu de bază: păstrarea legislației în forma actuală	Max 2.5% din PIB în 2019. În 2042, fondul ajunge la un deficit de circa 1,2% din PIB.	Va descrește până la 24% în 2031. În 2032 cu veniturile adiționale din pilonul II ajunge la 34%. Până în 2042, tendința descrescătoare se păstrează până la 26%.	+++
2. Creșterea vârstei de pensionare în funcție de speranța de viață la 65 de ani	După un deficit maxim de 2% din PIB în 2019, fondul se echilibrează din 2035.	Rămâne la fel ca în scenariul de bază.	++
3. Modificarea algoritmului de indexare a pensiei, prin devansarea indexării cu inflația	După un deficit maxim de 2% din PIB în 2017, acesta se reduce la cca. 0,4% din PIB.	Rata de înlocuire a salariului prin pensie va avea un trend descrescător ajungând la 25% în 2042.	-
4. Modificarea algoritmului de indexare a	Va produce un deficit de circa 8,5% din PIB.	Rata de înlocuire este de 45%.	+

pensiei prin fixarea pensiei la 45% din salariul mediu brut			
5. Schimbarea pilonului II de pensii prin înghețarea cotelor alocate la 3,5% sau prin naționalizarea integrală a pilonului	Înghețarea cotei va reduce deficitul cu cca. 0,4% din PIB față de scenariul de bază. Naționalizarea va duce la reducerea deficitului cu cca. 1% față de scenariul de bază.	Pensiile în plată după 2032 vor fi mai mici cu 12% în cazul înghețării și 33% în cazul naționalizării față de scenariul de bază.	++
6. Reducerea nivelului total al contribuțiilor către sistemul de pensii	Deficitul sistemului public de pensii va atinge un vârf de 3,4% în 2025. Comparativ cu scenariul de bază, deficitul crește în medie cu 0,75% pe orizontul de timp 2012-2042	Rămâne la fel ca în scenariul de bază.	++
7. Creșterea cotelor din contribuții direcționate către pilonul II la 10%	Comparativ cu scenariul de bază, deficitul poate crește cu 0,62%.	Rata de înlocuire a salariului prin pensie se îmbunătățește cu aproape 2%.	-

Sursă: Expert Forum

Studiul publicat în 2012 „*Evoluția demografică pe termen lung și sustenabilitatea sistemului de pensii*” de Mihai Șeitan, Mihaela Arteni și Adriana Nedu, reprezintă o descriere foarte detaliată a sistemului actual de pensii, a tendințelor demografice (dar fără să utilizeze datele recensământului din 2011), a principalelor probleme identificate, precum și a unor posibile soluții pentru îmbunătățirea sustenabilității financiare a sistemului de pensii.

Dintre acestea evidențiem:

1) Creșterea numărului de contribuabili la sistemul de pensii, pornind de la creșterea graduală a ratei de ocupare prin atingerea țintei stabilite în Strategia Europa 2020 de 70%;

2) Scăderea numărului de pensionari de invaliditate frauduloase și a pensionărilor anticipate;

3) Extinderea sistemului contributiv pentru pensiile agricole;

4) Prelungirea vieții active a persoanelor care au atins vârsta de pensionare;

5) Întărirea capacității administrative și profesionale a organismelor de prognoză – Comisia Națională de Prognoză.

2.2.2. Sistemul de sănătate:

Dreptul la sănătate este stipulat și în Declarația Universală a Drepturilor Omului în articolul 25. Se precizează în textul menționat că orice persoană are dreptul la un nivel de trai care să asigure sănătatea și bunăstarea familiei sale, cuprinzând hrana, îmbrăcămintea, locuința, îngrijirea medicală și serviciile sociale necesare. Dreptul la sănătate devine astfel parte integrantă a protecției sociale garantate tuturor persoanelor, în scopul asigurării bunăstării, respectiv a unei vieți de calitate.

Constituția României garantează cetățenilor țării acest drept (articolul 34) și în același timp prevede rolul statului în garantarea acestui drept¹⁹.

Reiterând definiția dată sănătății de către Organizația Mondială a Sănătății²⁰, putem afirma că sănătatea este multidimensională și nu poate fi realizată decât prin efortul plurisectorial al societății, statului, comunităților locale și ale fiecărui individ în parte. Sănătatea nu este un scop în sine, ci o condiție a calității vieții și un mijloc prin care persoanele pot participa la dezvoltarea economică și socială, personală și colectivă. Dezvoltarea este dependentă de sănătatea celor care participă la procesul productiv și la viața social-culturală. În acest sens literatura de specialitate menționează tot mai frecvent sănătatea ca “revelator social”.

Se conturează tot mai acut necesitatea abordării sănătății ca un fenomen social central. Unii autori consideră că din acest punct de vedere, sănătatea tinde să devină o miză politică, în sensul unor negocieri permanente și bidirecționale, dar mai ales democratice, între decidenții politici responsabili cu elaborarea politicilor de sănătate și utilizatori, ținându-se cont de punctul de vedere al acestora (Maillat 1993; Lacronique 1993). Din această perspectivă, sănătatea nu se reduce doar la îngrijirile medicale în sensul tratării ori prevenției, ci va „aluneca de la producerea de

¹⁹ Articolul 34, Constituția României, 2003:

- (1) Dreptul la ocrotirea sănătății este garantat.
- (2) Statul este obligat să ia măsuri pentru asigurarea igienei și sănătății publice.
- (3) Organizarea asistenței medicale și sistemului de asigurări sociale pentru boală, accidente, maternitate și recuperare, controlul exercitării profesiilor medicale și activităților paramedicale, precum și alte măsuri de protecție a sănătății fizice și mentale a persoanei se stabilesc potrivit legii.

²⁰ “Sănătatea este starea de completă bunăstare fizică, mentală și socială, care nu se reduce la absența bolii sau infirmității. Deținerea celei mai bune stări de sănătate de care este capabilă persoana umană este unul din drepturile fundamentale ale omului” (preambulul statutului OMS, 1946)

cunoștințe la o generare de norme”²¹ (Mailat 1993, pag. 31). Prin urmare, sistemul de sănătate devine ansamblul acțiunilor sinergice a trei grupe de actori sociali: populația, furnizorii de servicii de sănătate și decidenții responsabili cu elaborarea reglementărilor legislative, care generează cadrul legal de desfășurare a activităților medicale, cu organizarea administrativă și financiară a sistemului de sănătate.

Asigurările sociale de sănătate funcționează pe baza principiilor solidarității și subsidiarității în constituirea și utilizarea fondurilor (art. 208 alin. (3), lit. b), a libertății alegerii de către pacient a medicului, unității sanitare și a casei de asigurări (art. 208 alin. (3), lit. a, c), a egalității și nediscriminării în accesul la un pachet de servicii medicale de bază (art. 208 alin. (3) lit. g).

Principiul solidarității în baza căruia funcționează asigurările sociale de sănătate din țara noastră își are originea într-un sistem larg răspândit în lume - asigurările redistributive. În mod concret, generația activă susține prin contribuții prestațiile beneficiarilor actuali, urmând ca la rândul ei să fie susținută de generația viitoare. Această modalitate de organizare a asigurărilor prezintă avantajul că este deosebit de flexibilă și se adaptează ușor la nevoile care apar. Beneficiarii sunt susținuți aproape concomitent cu constituirea sistemului. Se reține în ceea ce privește sistemul de asigurări medicale, transferul pe orizontală, ca mecanism redistributiv. Principalul dezavantaj al organizării unui sistem pe baza principiului solidarității este generat de dezechilibrul demografic dintre generații, în situația în care un număr restrâns de persoane active trebuie să susțină o populație numeroasă inactivă din punct de vedere economic²².

Esența *principiului subsidiarității* constă în faptul că există servicii și prestații /indemnizații sociale care ajung să satisfacă nevoile indivizilor, finanțate și produse de stat, dar pot fi finanțate de stat și produse de /sau prin intermediul sectorului privat de sănătate (Preda 2002, pag. 749-750), există servicii de îngrijire medicală sau medicamente gratuite acordate de furnizori privați și decontate prin casa de asigurări.

Principiul alegerii libere de către asigurați, a medicului, a unității sanitare și a casei de asigurări de sănătate garantează dreptul asiguraților de a-și alege medicul de familie care să le acorde asistența primară, sau furnizorul de asistență medicală specializată sau recuperatorie. Dacă opțiunea este pentru un medic de

²¹ Mailat M. (1993) - La sante: un reveleateur social, *Revue Sante et Democratie*, N.26, Paris

²² Este considerată populație inactivă din punct de vedere economic populația între 0-15 ani și populația peste 65 de ani.

familie dintr-o altă localitate, asiguratul va suporta cheltuielile de transport. Asiguratul poate să-și schimbe medicul de familie ales după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii²³.

Prin acest principiu, teoretic se realizează premisele concrete ale îmbunătățirii calității îngrijirilor medicale, activitate ce derivă din posibilitatea liberei alegeri a practicianului, dar și a unității sanitare apreciată ca fiind ca având o dotare tehnologică mai performantă.

Un alt principiu al asigurărilor sociale de sănătate constă în faptul că asigurații au *dreptul la servicii medicale în mod nediscriminatoriu*, fără a se ține cont de criterii politice, etnice, profesionale, de vârstă, sex, stare materială. Principiul este în acord cu dreptul constituțional la sănătate.

Stipularea ca principiu a *obligativității plății contribuției*, consacră indirect responsabilitatea individului în asigurarea accesului la servicii de sănătate în cazul bolii. Este un principiu inerent al asigurărilor sociale: indivizii au dreptul la servicii și /sau prestații cuvenite în caz de risc social, drept căruia îi incumbă obligația corelativă a obligativității plății contribuției.

Obligativitatea afilierii la sistemul asigurărilor sociale de sănătate nu exclude însă posibilitatea opțiunii pentru asigurările voluntare de sănătate. Acestea au caracter facultativ și pot fi oferite de organisme de asigurare acreditate conform legii. Referirea la asigurările voluntare este mai precisă în textul Legii 95/2006, care face distincția între asigurările voluntare suplimentare și cele complementare (art. 208, alin. 4-7).

Principiile nou stipulate în textul în vigoare, *principiul descentralizării și autonomiei în conducere și cel al liberei concurențe între furnizori*, vin în sprijinul intenției guvernărilor de a crește calitatea serviciilor medicale prestate populației și de a încuraja competiția între prestatorii de servicii, limitând amestecul statului în piața internă a îngrijirilor medicale.

➤ **Elemente de noutate referitoare la pachetele de servicii medicale și asistența medicală în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015**

²³ În Legea 145/1997 termenul prevăzut pentru posibilitatea schimbării medicului de familie era de cel puțin 3 luni (art. 15 alin.3). Același termen era prevăzut și în OUG.150/2002, art. 11 alin.2, lit c.

Modificările și completările propuse ca și elemente de noutate în **Proiectul de Hotărâre privind modificarea și completarea H.G. nr. 400/2014** pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015, au avut ca determinante principale:

- Întărirea disciplinei contractuale;
- Îmbunătățirea accesului asiguraților la servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu;
- Protecția asiguraților față de costurile serviciilor medicale;
- Îmbunătățirea utilizării fondurilor aprobate cu destinația servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție în tratamentul ambulatoriu și dispozitive medicale;
- Creșterea calității actului medical;
- Reducerea birocrăției în sistem;
- Respectarea reglementărilor privind regimul de utilizare a cardului național de asigurări sociale de sănătate ca document cu caracter personal.

▪ **NOUTĂȚI PRIVIND PACHETUL MINIMAL** (pachet acordat pentru situațiile în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat):

1. Asistența medicală primară

✓ Au fost revizuite serviciile de prevenție acordate în cadrul pachetului minimal. Au fost introduse serviciile de prevenție – respectiv ”consultație preventivă”.

2. Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice

✓ În pachetul minimal de servicii medicale - consultațiile pentru supravegherea evoluției sarcinii și lehozului - se acordă o consultație pentru fiecare trimestru de sarcină și o consultație în primul trimestru de la naștere.

motivație: a fost stabilită periodicitatea acordării acestui tip de servicii.

3. Asistența medicală spitalicească:

✓ În cadrul criteriilor pe baza cărora se efectuează internarea pacienților în regim de spitalizare de zi a fost introdus criteriul epidemiologic pentru bolnavii care

necesită tratament în afecțiuni care nu necesită izolare (în prezent există numai criteriul de urgență medico-chirurgicală);

motivație: asigurarea accesului la servicii medicale cu impact în sănătatea publică (ex.: tratamentul rabiei)

▪ NOUTĂȚI PACHET DE SERVICII DE BAZĂ

1. Asistența medicală primară

✓ În pachetul de bază au fost introduse **serviciile de administrare de medicamente** - intramuscular, subcutanat, intradermic, intravenos sau perfuzabil, după caz, acordate asiguraților de pe lista proprie a medicului de familie, în timpul programului de lucru în cabinet.

✓ consultațiile la domiciliu se acordă asiguraților nedeplasabili din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate temporară, asiguraților cu boli cronice sau cu un episod acut ce nu permite deplasarea la cabinet, copiilor 0 - 1 an, copiilor cu vârsta 0-18 ani cu boli infecto-contagioase și lehzelor. Sunt considerate consultații la domiciliu inclusiv consultația/ examinarea acordată de medicul de familie în vederea constatării decesului.

În prezent consultațiile la domiciliu sunt acordate asiguraților nedeplasabili, copiilor 0 - 1 an, copiilor cu vârsta 0 - 18 ani cu boli infectocontagioase, lehzelor și persoanelor în vederea constatării decesului.

✓ a fost majorat numărul maxim de consultații la domiciliu ce pot fi acordate pe lună de medicii de familie **de la 21 la 42**.

✓ în cadrul serviciilor adiționale de pot fi acordate de medicii de familie a fost introdusă **spirometria** (în prezent, în categoria acestor servicii se regăsesc *ecografia generală - abdomen și pelvis și efectuare și interpretare EKG*).

motivație: creșterea accesului asiguraților la servicii medicale

2. Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice

✓ au fost prevăzute în mod expres Serviciile de supraveghere a sarcinii și lehoziei (*o consultație pentru fiecare trimestru de sarcină și o consultație în primul trimestru de la naștere*)

motivație: - similar ca la pachetul minimal

✓ referitor la *Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală (pentru care medicul acordă primul ajutor și, dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate sau solicită serviciile de ambulanță)*: în prezent este prevăzut că se acordă o singură consultație pe persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical. În proiectul de hotărâre este prevăzută o excepție, respectiv copii 0-18 ani pentru care se acordă maxim 2 consultații.

motivație: pentru urmărirea evoluției copilului și evitarea complicațiilor cazurilor

✓ În cadrul consultațiilor de planificare familială au fost introduse evaluarea și monitorizarea statusului genito - mamar și tratamentul complicațiilor. S-a majorat numărul de consultații pe an /asigurat de la două la patru consultații.

✓ Consultația medicală de specialitate pentru afecțiuni cronice pentru una sau mai multe boli cronice monitorizate în cadrul aceleiași specialități: se acordă maxim 4 consultații /trimestru /asigurat, dar nu mai mult de 2 consultații pe lună.

În prezent se acordă o consultație pe lună sau pe trimestru pe asigurat, după caz.

✓ Au fost introduse proceduri /tratamente /terapii noi:

- recoltare material biotic;
- tratament post operator al plăgilor abdominale, al intervențiilor chirurgicale după cezariană, sarcină extrauterină operată, histerectomie, endometrioză;

- terapii de genetică medicală - sfat genetic;

✓ A fost modificată Lista serviciilor de sănătate conexe actului medical prin introducerea de servicii noi, eliminarea / înlocuirea unor servicii, respectiv:

- la specialitatea neurologie și neurologie pediatrică:
 - o s-a introdus un serviciu nou: psihoterapie pentru copii /adult
 - o s-a precizat că serviciile acordate de logoped de referă la consiliere /intervenție de psihopedagogie specială;

- la specialitatea otorinolaringologie:
 - o serviciile de investigare psihoacustică a vocii și psihoterapie sugestivă armată în afonii psihogene acordate de psihologi au fost înlocuite cu alte două servicii și anume: evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic și consiliere psihologică clinică

- la specialitatea psihiatrie pediatrică:
 - o au fost introduse servicii furnizate de kinetoterapeut pentru copilul diagnosticat cu tulburări din spectrul autist: kinetoterapie individuală / kinetoterapie de grup / kinetoterapie pe aparate speciale (dispozitive mecanice, dispozitive electromecanice, dispozitive robotizate)

motivație: creșterea accesului asiguraților la servicii medicale

3. Medicina dentară

✓ O serie de servicii ce erau prevăzute a se acorda numai copiilor până la 18 ani se vor acorda tuturor asiguraților, indiferent de vârstă, respectiv:

- element acrilic
- element metalo-acrilic
- reconstituire coroană radiculară

✓ Proteza acrilică mobilizabilă pe arcadă se acordă o dată la 5 ani (în prezent o dată la 10 ani)

motivație: creșterea accesului asiguraților la servicii medicale

4. Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice

✓ Au fost eliminate din pachet două analize de laborator și anume: transferina și bicarbonatul seric (bicarbonatul seric nu se recomandă a se efectua în ambulatoriu)

✓ S-au introdus servicii paraclinice noi, respectiv:

- examen radiologic articulații sacro-iliace
- ecografie transrectală
- CT buco-maxilo-facial nativ

- CT mastoidă
- CT sinusuri
- CT hipofiză cu substanță de contrast
- CT buco-maxilo-facial nativ și cu substanță de contrast
- RMN sinusuri
- RMN hipofiză cu substanță de contrast
- RMN abdominal cu substanță de contrast și
- Colangio RMN

✓ La radiografia de membre au fost redefinite segmentele astfel: braț /cot /antebraț /pumn /mână /șold /coapsă /genunchi /gambă /gleznă /picior /calcaneu

✓ Au fost redefinite 4 investigații radiologice specifice coloanei vertebrale, respectiv: ex. radiologic părți coloană dorsală, ex. radiologic părți coloană lombară, ex. radiologic coloană vertebrală completă, fără coloana cervicală, ex. radiologic coloana cervicală, acestea fiind înlocuite cu investigația paraclinică "Examen radiologic coloană vertebrală /segment".

motivație: creșterea accesului asiguraților la servicii medicale

5. Asistența medicală spitalicească

✓ Pentru asistența medicală spitalicească în regim de spitalizare continuă a fost prevăzut un nou criteriu de internare, respectiv internarea bolnavilor care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată – ani;

✓ Au fost revizuite reglementările privind situațiile în care nu se solicită bilet de internare, în sensul structurării acestora în situații specifice spitalizării continue și situații specifice spitalizării de zi (pentru claritatea reglementărilor), precum și completarea situațiilor care permit prezentarea fără bilet de trimitere (pentru optimizarea accesului asiguraților la servicii medicale spitalicești) – ex:

- în spitalizare continuă: pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată – ani;
- în spitalizare de zi: monitorizare a bolnavilor oncologici; evaluare dinamică a răspunsului viro – imunologic.

6. Îngrijiri medicale la domiciliu /îngrijiri paliative la domiciliu

✓ A fost revizuit pachetul de servicii de bază prin:

- introducerea unui nou serviciu: kinetoterapie individuală;
- comasarea unor servicii
- revizuirea condițiilor în care pot fi acordate unele servicii;

ex.: ventilația non-invazivă – se poate efectua și sub supravegherea medicului specialist de medicină de urgență, iar dacă se efectuează sub supravegherea medicului pneumolog acesta trebuie să aibă atestat în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii, Somnologie (nivel I și II) și în Ventilație non-invazivă (nivel III)

- excluderea unor servicii:

○ supravegherea și îngrijirea administrării prin dispozitiv a analgeziei controlate de pacient

○ recoltarea produselor biologice

motivație: utilizarea eficientă a fondurilor alocate cu această destinație și îmbunătățirea accesului asiguraților la acest tip de servicii

7. Dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu

✓ A fost revizuit pachetul de servicii de bază prin:

- introducerea unor noi dispozitive:

○ în categoria Protezelor pentru membrul inferior, la „proteza de coapsă” a fost introdusă **proteza modulară cu manșon de silicon** care se acordă pentru amputație ca urmare a complicațiilor diabetului zaharat și ca urmare a afecțiunilor neoplazice la nivelul membrului inferior;

○ în categoria dispozitivelor pentru terapia cu aerosoli a fost introdus nebulizatorul cu compresor care se acordă copiilor cu mucoviscidoză cu vârsta până la 18 ani.

- excluderea unor dispozitive medicale:

○ din categoria ortozelor de genunchi – gleznă - picior au fost eliminate: gambier cu scurtare și orteza Kramer Peroneal Spring (orteză peronieră), având în vedere că nu mai este recomandată utilizarea acestora

○ din categoria Ortezelor corectoare de statică a piciorului a fost eliminată orteza Hallux-Valgus, având în vedere că nu mai este recomandată utilizarea acesteia

- au fost excluse din pachet dispozitive pentru administrarea medicației și alimentației artificiale (furnizorii de dispozitive medicale ce au încheiat contracte cu casele de asigurări de sănătate nu au oferit acest tip de dispozitive);

- revizuirea condițiilor în care pot fi acordate unele dispozitive medicale

- în cazul dispozitivelor pentru incontinență urinară, pentru sacul colector de urină s-a precizat că pentru asigurații cu urostomie cutanată dublă și nefrostomie bilaterală, la recomandarea medicilor de specialitate se pot acorda 2 seturi /lună de saci colectori de urină

- pentru Inhalatorul salin particule uscate de sare cu flux de aer sau oxigen s-a precizat că se acordă copiilor cu vârsta până la 5 ani cu bronșită astmatiformă și astm bronșic

motivație: îmbunătățirea accesului asiguraților la dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu și utilizarea eficientă a fondurilor cu această destinație.

➤ **Elemente de noutate care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015**

1. Asistența medicală primară:

- ✓ schimbarea medicului de familie se face pe baza cardului național de asigurări sociale de sănătate și a cererii de înscriere prin transfer, conform modelului și condițiilor prevăzute în norme. Pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul sau care din motive religioase sau de conștiință refuză cardul național sau pentru persoanele cărora li se va emite card național duplicat, precum și pentru copii 0-18 ani schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de înscriere prin transfer.

motivație: îmbunătățirea mecanismului privind schimbarea medicului de familie.

2. Asistența medicală ambulatorie pentru specialitatea clinică de reabilitare medicală

- ✓ Furnizorii de servicii medicale de reabilitare medicală au în plus și alte obligații, respectiv:

- să încaseze sumele reprezentând coplata pentru serviciile de reabilitare medicală – serii de proceduri de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

motivație: evitarea recomandării și efectuării de servicii medicale ne necesare și îmbunătățirea controlului în acordarea serviciilor medicale

✓ Furnizorii de servicii medicale de reabilitare medicală încasează de la asigurați suma corespunzătoare coplății astfel:

a) pentru serviciile de reabilitare medicală – serii de proceduri din pachetul de servicii de bază de care au beneficiat asigurații, se încasează coplată pe serie de proceduri;

b) nivelul minim al coplății este de 5 lei /serie de proceduri, iar nivelul maxim este de 10 lei /serie de proceduri. Valoarea coplății este stabilită de fiecare furnizor pe bază de criterii proprii.

Categoriile de asigurați scutite de coplată, prevăzute la art. 213¹ din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, fac dovada acestei calități cu documente eliberate de autoritățile competente că se încadrează în respectiva categorie, precum și cu documente și /sau, după caz, cu declarație pe propria răspundere că îndeplinesc condițiile privind realizarea sau nu a unor venituri.

3. Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice

✓ S-a precizat că, în situația în care în structura unui laborator de analize medicale este organizat și avizat un compartiment de citologie, furnizorul trebuie să facă dovada că în cadrul acestuia își desfășoară activitatea medic /medici de anatomie patologică într-o formă legală de exercitare a profesiei

motivație: asigurarea calității serviciilor medicale, conform legislației aplicabile.

✓ În categoria documentelor pe baza cărora se încheie contractele de furnizare de servicii medicale paraclinice au fost introduse noi documente, respectiv:

- autorizație sanitară de funcționare separată pentru fiecare punct extern de recoltare din structura laboratorului /punctului de lucru pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator;

- autorizație pentru activitatea de transport a probelor biologice recoltate în punctele externe de recoltare;

- documentele privind deținerea mijloacelor de transport auto individualizate și care sunt utilizate numai pentru activitatea de transport a probelor biologice recoltate în punctele externe de recoltare.

motivație: creșterea calității serviciilor medicale; întărirea disciplinei contractuale.

✓ Casele de asigurări de sănătate contractează și decontează servicii medicale paraclinice, la tarifele negociate care nu pot fi mai mari decât cele prevăzute în norme sau la tarifele prevăzute în norme, după caz.

În prezent tarifele decontate de casele de asigurări de sănătate nu se negociază

motivație: îmbunătățirea utilizării fondurilor cu destinație investigații medicale paraclinice

4. Asistența medicală spitalicească

✓ În cazul spitalizării continue, respectiv spitalizării de zi, validarea cazurilor rezolvate, respectiv a cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi, în vederea decontării, se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București.

motivație: îmbunătățirea mecanismului de validare a serviciilor medicale spitalicești în vederea decontării

✓ Decontarea cazurilor externate care se reinternează în aceeași unitate sanitară sau într-o altă unitate sanitară, în același tip de îngrijire – acut - acut sau cronic - cronic - pentru patologie de același tip, într-un interval de 48 de ore de la externare, se realizează în procent de 10 % din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv în procent de 10 % din tariful pe zi de spitalizare. (*în prezent procentul este de 50%*)

Decontarea cazurilor transferate într-o altă unitate sanitară, în același tip de îngrijire – acut - acut sau cronic - cronic - pentru patologie de același tip, într-un interval de 48 de ore de la internare, se realizează - la unitatea sanitară de la care a fost transferat cazul - în procent de 10 % din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful

mediu pe caz rezolvat, respectiv în procent de 10 % din tariful pe zi de spitalizare. (în prezent procentul este de 50%)

motivație: îmbunătățirea controlului și utilizarea eficientă a fondurilor cu această destinație

5. Consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat

✓ Pentru a putea intra în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate a fost introdusă o nouă condiție, respectiv să implementeze sistemul de urmărire a mijloacelor de transport prin sistemul GPS în termen de 90 de zile de la data intrării în vigoare a prezentului act normativ. În cazul în care nu este îndeplinită această condiție în termenul menționat anterior, se reziliază contractul.

motivație: îmbunătățirea controlului și utilizarea eficientă a fondurilor cu această destinație

6. Servicii de îngrijiri medicale la domiciliu /îngrijiri paliative la domiciliu

✓ Furnizorii de îngrijiri la domiciliu, în afara noilor obligații prevăzute la pct. 1 - "Reglementări aplicabile tuturor categoriilor de furnizori" din prezentul material, au în plus și o altă obligație, respectiv:

- să utilizeze prescripția medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope în terapia durerii, care este formular cu regim special, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare, dacă medicii care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu /îngrijiri paliative la domiciliu prescriu substanțe și preparate stupefiante și psihotrope pentru terapia durerii; medicii au obligația să informeze în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie.

- să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, respectiv prescripția medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la furnizori contravaloarea medicamentelor prescrise, ce au fost eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond; să

completeze formularele electronice menționate anterior, de la data la care acestea se implementează;

- să recomande asiguraților substanțele și preparatele stupefiante și psihotrope în terapia durerii, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

motivație: îmbunătățirea controlului în ceea ce privește prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope de către medicii ce își desfășoară activitatea la furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu /îngrijiri paliative la domiciliu

7. Medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu

✓ Obligația de a deține documente justificative privind intrările și ieșirile pentru medicamentele și materialele sanitare eliberate în baza prescripțiilor medicale raportate spre decontare, a fost completată în sensul următor:

„să dețină documente justificative privind intrările și ieșirile pentru medicamentele și materialele sanitare eliberate în baza prescripțiilor medicale raportate spre decontare, să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate /Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative, cu privire la tipul și cantitatea medicamentelor și materialelor sanitare achiziționate și evidențiate în gestiunea cantitativ-valorică a farmaciei și care au fost eliberate în perioada pentru care se efectuează controlul; refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate /Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative anterior menționate se sancționează conform legii și conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de medicamente. În situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între medicamentele /materialele sanitare eliberate în perioada verificată și cantitatea de medicamente /materiale sanitare achiziționate, aceasta procedează la suspendarea contractului de furnizare de medicamente și sesizează mai departe instituțiile abilitate de lege să efectueze controlul unității respective.”

motivație: îmbunătățirea controlului privind eliberarea medicamentelor și utilizarea eficientă a fondurilor cu această destinație

✓ Au fost introduse reglementări noi potrivit cărora:

- Pentru DCI-urile incluse necondiționat în Lista cuprinzând DCI-uri ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, în Lista prețurilor de referință pe unitate terapeutică aferente medicamentelor - denumiri comerciale din catalogul național al prețurilor medicamentelor de uz uman autorizate de punere pe piață (CANAMED) se includ denumirile comerciale corespunzătoare DCI – urilor menționate în decizia emisă de Agenția Națională a Medicamentelor și Dispozitivelor Medicale, precum și denumirile comerciale aferente aceleiași substanțe active, concentrații și cale de administrare, al căror preț de vânzare cu amănuntul pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de vânzare cu amănuntul pe unitatea terapeutică aferent denumirilor comerciale corespunzătoare DCI – urilor menționate în decizia Agenției Naționale a Medicamentelor și Dispozitivelor Medicale.

- Pentru DCI-urile incluse condiționat în Lista cuprinzând DCI-uri ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, în Lista prețurilor de referință pe unitate terapeutică aferente medicamentelor - denumiri comerciale din catalogul național al prețurilor medicamentelor de uz uman autorizate de punere pe piață (CANAMED) se includ denumirile comerciale prevăzute în contractele cost-volum /cost-volum rezultat, încheiate între deținătorii de autorizații de punere pe piață /reprezentanții legali ai acestora și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și după caz și Ministerul Sănătății.

motivație: îmbunătățirea managementului listei de medicamente acordate în sistemul de asigurări sociale de sănătate

✓ Prescripțiile medicale on line se păstrează de către farmacii și se vor prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

motivație: reducerea birocrăției

✓ Pentru medicamentelor corespunzătoare DCI – urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum /cost volum - rezultat medicul utilizează formulare de prescripție distincte, iar farmacia completează borderouri distincte.

motivație: pentru realizarea unor evidențe distincte, având în vedere sursa financiară distinctă

✓ s-a precizat în mod expres care sunt perioadele pentru care pot prescrie medicamente medicii care încheie convenții cu casele de asigurări de

sănătate în vederea recunoașterii prescripțiilor medicale eliberate (medicii școlari, medicii care își desfășoară activitatea în dispensarele TBC, laboratoare de sănătate mintală, etc).

motivație: pentru claritatea reglementărilor

8. Dispozitive medicale

✓ Furnizorii de dispozitive medicale au în plus și o altă obligație, respectiv:

- să anunțe în termen de 5 zile lucrătoare casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract, recuperarea de la asigurat a dispozitivului medical după perioada de închiriere la termen/înainte de termen.

motivație: utilizarea eficientă a fondurilor cu destinație dispozitive medicale

2.2.3. Sistemul de asistență socială pentru persoanele vârstnice:

Legea nr. 17 din 6 martie 2000 reglementează asistența socială a persoanelor vârstnice, reiterând dreptul constituțional al persoanelor vârstnice la asistență socială, dar în raport cu situația socio-medicală și resursele economice de care persoanele dispun. Textul stipulează complementaritatea măsurilor de asistență socială cu formele de protecție socială reglementate prin sistemul asigurărilor sociale.

Conform art. 1 alin. 4, persoanele vârstnice sunt persoanele care au împlinit vârsta de pensionare stabilită de lege. Condițiile pentru ca o persoană vârstnică să beneficieze de serviciile și prestațiile de tip asistență socială sunt expres stipulate de lege: nu au familie sau nu se află în întreținerea unor persoane obligate de lege la aceasta, nu realizează venituri proprii, sau au venituri insuficiente, nu se pot gospodări singuri, necesită îngrijire specializată, se află în imposibilitatea de a-și asigura nevoile socio-medicale, din cauza bolii sau stării fizice și psihice (art. 3 lit. a-e).

Serviciile comunitare pentru persoanele vârstnice care se acordă în temeiul acestui text de lege se acordă numai cu consimțământul persoanei vârstnice²⁴ și au în vedere, conform art. 7 alin. (1) lit. a-c următoarele situații: îngrijirea temporară sau permanentă la domiciliu, îngrijirea temporară sau permanentă într-un cămin pentru persoane vârstnice și îngrijirea în centre de zi,

²⁴ Textul prevede și modalitatea de acțiune în cazul în care nu este posibilă obținerea consimțământului persoanei vârstnice (a se vedea art.7 alin.2)

cluburi pentru vârstnici, case de îngrijire temporară, apartamente și locuințe sociale. Textul lasă deschisă prin intermediul art. 7 alin. (1) lit. c posibilitatea diversificării acestor servicii, enumerarea nefiind limitativă. Prin urmare, autoritățile locale au posibilitatea de a răspunde nevoilor vârstnicilor la nivel local, pe măsura resurselor de care dispun în acest plan.

În opinia noastră, primăriile rurale au astfel posibilitatea de a găsi resurse în plan local, astfel încât să facă aplicabil textul Legii 17/2000 și în localitățile rurale²⁵.

Serviciile comunitare asigurate persoanelor vârstnice la domiciliu cuprind următoarele categorii de servicii:

1. servicii sociale privind îngrijirea persoanei, prevenirea marginalizării sociale și sprijinirea în vederea reintegrării sociale, consiliere juridică și administrativă, sprijin pentru plata unor servicii și obligații curente, îngrijirea locuinței și gospodăriei, ajutor pentru menaj, prepararea hranei;

2. servicii socio-medicale privind, în principal, ajutorul pentru realizarea igienei personale, readaptarea capacităților fizice și psihice, adaptarea locuinței la nevoile persoanei vârstnice și antrenarea la activități economice, sociale și culturale, precum îngrijirea temporară în centre de zi, aziluri de noapte sau alte centre specializate;

3. servicii medicale²⁶, sub forma consultațiilor și îngrijirilor medicale la domiciliu sau în instituții de sănătate, consultații și îngrijiri stomatologice, administrarea de medicamente, acordarea de materiale sanitare și dispozitive medicale.

Toate serviciile menționate se asigură fără plata contribuției doar persoanelor vârstnice care nu au venituri sau ale căror venituri sunt mai mici de 5 ori decât nivelul venitului net luat în calcul la stabilirea ajutorului social pentru o persoană singură (art. 9 alin. 2). În cazul în care persoanele vârstnice se încadrează în grila de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice îndreptățite să primească serviciile sociale și cele socio-medicale, dar realizează venituri peste limita prevăzută de către prezenta lege, beneficiază de servicii contra-cost, în funcție de tipul

²⁵ Fără a avea date obiective care să susțină această presupuziție, se pare că la nivelul primăriilor din mediul rural, de cele mai multe ori asistența socială se rezumă la acordarea prestațiilor de tip financiar, serviciile sociale destinate vârstnicilor fiind reduse doar la activitatea prestată de organizațiile neguvernamentale din mediul urban proxim, iar dacă nu există astfel de organizații, astfel de servicii pot să lipsească (Roth și alții, 2005). Aspectul poate fi relevant dacă avem în vedere faptul că ponderea cea mai mare a populației vârstnice se află în rural.

²⁶ Această categorie de servicii se acordă în baza reglementărilor legale privind sistemul public al asigurărilor sociale de sănătate.

serviciului acordat și venitul persoanei, fără însă a depăși costul acestora calculat pentru perioada respectivă.

Consiliile locale sunt cele care au responsabilitatea stabilirii tipurilor de servicii și al costului acestora, precum și organizarea serviciilor în mod direct sau pe baza de convenții încheiate cu organizațiile neguvernamentale, unități de cult recunoscute în România ori alte persoane fizice și juridice acreditate în furnizarea de servicii destinate persoanelor vârstnice.

Un act normativ care permite consiliilor locale să mențină și să încurajeze activitatea organizațiilor neguvernamentale în furnizarea de servicii destinate vârstnicilor este Legea nr. 34 din 20 ianuarie 1998 privind acordarea unor subvenții asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică, care înființează și administrează unități de asistență socială. Această lege stipulează posibilitatea alocării de la bugetul de stat a subvențiilor acordate asociațiilor și fundațiilor cu personalitate juridică a căror activitate de asistență socială se adresează unor beneficiari din mai multe județe ale țării și care au încheiat convenții pentru prestarea acestor servicii cu Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice (art. 1 alin. 2). De la bugetele locale se pot aloca subvenții asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică a căror activitate se adresează beneficiarilor dintr-un singur județ și care au încheiat convenții pentru prestarea serviciilor sociale cu consiliile locale (art. 1 alin. 3). Lista asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică care au primit subvenții se publică, conform aceleiași legi, în Monitorul Oficial al României (art. 5).

Pentru persoanele vârstnice aflate în situație de dependență socio-medicală, potrivit Legii nr. 17/2000, art. 13 alin 1, este posibilă angajarea de către consiliul local a personalului de îngrijire, prin plata cu ora, fracțiuni de normă sau normă întreagă, în funcție de perioada de îngrijire necesară vârstnicului. De asemenea, pentru soțul sau rudele care au în îngrijire o persoană vârstnică dependentă, se prevede posibilitatea programului de lucru redus la jumătate de normă²⁷, cu suportarea drepturilor salariale din bugetul local, corespunzător salariului brut lunar al asistentului social debutant cu pregătire medie (art. 13 alin. 2).

Îngrijirea persoanelor vârstnice în cămine este prevăzută ca o măsură de excepție pentru persoanele care întrunesc condițiile pentru a beneficia de prevederile

²⁷ Timpul cât rudele sau soțul persoanei vârstnice sunt încadrate în aceste condiții de muncă este considerat la calculul vechimii în muncă ca timp lucrat cu normă întreagă. Se poate aprecia că o astfel de măsură poate avea impact în creșterea solidarității și responsabilității între generații, fiind în același timp o măsură de protecție a vârstnicilor aflați în situația de dependență sociomedicală temporară.

legii 17 (și limitativ enunțate în art. 3). Accesul în cămin al persoanelor vârstnice se face în baza următoarelor criterii de prioritate: necesită îngrijire medicală permanentă deosebită, care nu poate fi acordată la domiciliu, nu se poate gospodări singură și este lipsită de susținători legali sau aceștia nu pot să-și îndeplinească obligațiile datorită stării de sănătate, situației economice și sarcinilor familiale (art. 16 alin. 2, lit. a-c). Serviciile comunitare asigurate persoanelor vârstnice în cămine sunt următoarele:

Tabel 5

Servicii sociale	Servicii socio-medicale	Servicii medicale
<ul style="list-style-type: none"> - Ajutor pentru menaj - Consiliere juridică și administrativă - Modalități de prevenire a marginalizării sociale și de reintegrare socială în raport cu capacitatea psihoafectivă 	<ul style="list-style-type: none"> - Ajutor pentru menținerea sau readaptarea capacităților fizice ori intelectuale - Asigurarea unor programe de ergoterapie - Sprijin pentru realizarea igienei corporale 	<ul style="list-style-type: none"> - Consultații și tratamente la cabinetul medical, în instituții medicale de profil sau la patul persoanei dacă aceasta este imobilizată - Servicii de îngrijire-infirmerie - Asigurarea cu dispozitive medicale - Consultații și îngrijiri stomatologice

Deși în materie de protecție socială a vârstnicului, tendința este de reducere a instituționalizării, atunci când situația persoanei vârstnice impune, art. 18 alin. 2 stipulează următoarele: căminul este instituția care asigură condiții corespunzătoare de găzduire și hrană, îngrijiri medicale, recuperare și readaptare, activități de ergoterapie și de petrecere a timpului liber, asistență socială și psihologică. Această lege pune bazele instituționale ale noii organizări și funcționării a căminelor pentru pensionari, pentru bătrâni și căminele pentru bătrâni bolnavi cronici, care din punct de vedere metodologic actualmente funcționează în cadrul direcțiilor județene de asistență socială și protecția adultului, care oferă servicii specializate de asistență socială.

Din punct de vedere al finanțării asistenței sociale pentru persoanele vârstnice, responsabilitatea revine autorităților centrale și locale, textul legii indicând cheltuielile eligibile pentru fondurile alocate de la bugetul statului, respectiv de la

bugetele locale. Nu sunt excluse sponsorizările și donațiile în bani sau în natură, și contribuția fondului unic al asigurărilor sociale de sănătate pentru cheltuielile cu servicii medicale, materiale sanitare, dispozitive medicale. De asemenea, persoanele vârstnice care dispun de venituri proprii și sunt îngrijite în cămine organizate în baza legii 17/2000 sunt obligate la plata unei contribuții lunare de întreținere, stabilită pe baza costului mediu lunar de întreținere.

Legea nr. 17/2000 prevede și modalități de asistență a persoanei vârstnice în vederea garantării exercitării drepturilor civile se protecției împotriva abuzurilor. În acest sens, ultima modificare a acestei legi este mult mai comprehensibilă. Astfel, Legea nr. 270/2008 pentru modificarea Legii 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice modifică două articolele din legea inițială: art. 30 și 34, ambele fiind stipulate în interesul protecției drepturilor civile ale vârstnicului. Astfel, în art. 30 alin. 1 Legea 270/2008 se stipulează obligația autorității tutelare, sau după caz a consilierilor juridici angajați ai consiliului local, de a acorda la solicitarea persoanei vârstnice consiliere gratuită în vederea încheierii actelor juridice de vânzare-cumpărare, donație sau împrumuturi cu garanții imobiliare care au ca obiect bunurile mobile sau imobile ale persoanei vârstnice.

Persoana vârstnică are dreptul de a fi asistată, la cerere sau din oficiu, în vederea încheierii unui act juridic de înstrăinare cu titlu oneros sau gratuit, a bunurilor ce-i aparțin, în scopul întreținerii și îngrijirii sale, de un reprezentant al autorității tutelare. Mai mult, art. 34 alin. 1 din același text legal reglementează posibilitatea autorității tutelare ca în termen de 24 de ore de la sesizarea acesteia cu neexecutarea obligației de întreținere și îngrijire de către noul proprietar al bunurilor obținute ca urmare a actului juridic, să solicite serviciului public de asistență socială efectuarea unei anchete sociale în maxim 10 zile de la solicitare. În baza anchetei sociale, autoritatea tutelară propune măsurile necesare de executare legală a dispozițiilor înscrise în actul juridic încheiat și va putea solicita în instanța judecătorească rezilierea contractului de întreținere în nume propriu sau în interesul persoanei întreținute (art. 34, alin. 2, Legea 270/2008).

Prin Legea 16/2000 privind înființarea, organizarea și funcționarea Consiliului National al Persoanelor Vârstnice se creează cadrul legal al participării vârstnicilor la procesul decizional privind strategia națională. Conform acestei legi, Consiliul are funcțiile unui organ consultativ, autonom, și reprezintă o formă instituționalizată de dialog social între autoritățile publice, societate civilă, organizații

neguvernamentale, profesioniști implicați în acordarea protecției sociale și persoanele vârstnice.

Legea 502 din 17 noiembrie 2004 privind asociațiile pensionarilor reglementează dreptul pensionarilor, indiferent de sistemul de asigurări sociale căreia îi aparțin de a constitui și de a adera la asociații proprii. Asociațiile de pensionari se constituie în scopul apărării dreptului membrilor la pensie calculată și acordată în condițiile legii, reprezentării membrilor în raporturile cu instituțiile administrației publice locale și centrale, organizării de activități recreative, culturale și sportive pentru pensionari și familiile acestora, organizarea unor activități de ajutorare și asistență socială pentru pensionari în colaborare cu instituțiile administrației publice locale (art. 2 lit. a-b, Legea nr. 502/2004). Se remarcă faptul acest text de lege face referire doar la vârstnicii care au calitatea de pensionar.

Legea nr. 116/2002 privind prevenirea și combaterea marginalizării sociale reafirmă caracterul social al statului român, prevăzut în Constituție. Caracterul social al statului impune instituirea unor măsuri pentru evitarea degradării nivelului de trai și păstrarea demnității tuturor cetățenilor. Obiectul declarat al legii este “garantarea accesului efectiv [...] la drepturi elementare și fundamentale, cum sunt: dreptul la un loc de muncă, la o locuință, la asistență medicală, la educație, precum și instituirea unor măsuri de prevenire și combatere a marginalizării sociale²⁸ [.]” (art. 2). Legea nu se referă explicit la categoria populației vârstnice, ci creează cadrul general pentru prevenirea excluziunii sociale.

Însă, Legea nr. 17/2000, în art. 9 alin. (1) se referă strict la categoria populației vârstnice, stipulând acordarea serviciilor comunitare de consiliere, în vederea prevenirii marginalizării sociale și pentru reintegrare socială, fără plata unei contribuții, ca un drept fundamental al persoanelor vârstnice, de către asistenții sociali. Apreciem demersul consilierii ca fiind mai dificil de realizat în mediul rural, fie datorită lipsei specialiștilor în măsură să ofere acest serviciu, fie lipsei instituțiilor comunitare.

Este important ca orice măsură de politică socială să recunoască centralitatea îngrijirilor informale în România, și, implicit, a principalelor amenințări la adresa acestora. În principal, trebuie avut grijă la faptul că resursa principală de furnizori de îngrijire – femeile din familia extinsă ce nu lucrează cu program complet de muncă – poate să se diminueze în timp (reducerea fertilității ce va avea ca

²⁸ Marginalizarea socială se definește prin poziția socială periferică, de izolare a indivizilor sau grupurilor cu acces limitat la resursele economice, politice, educaționale și comunicaționale ale colectivității; ea se manifestă prin absența unui minimum de condiții sociale de viață”. (art. 3, Legea nr. 116/2002)

rezultat scăderea numărului de descendenți sau ca urmare a unor măsuri care vor crește angajarea acestor categorii).

O altă problemă poate să apară și dacă o parte însemnată a populației își modifică orientările și renunță la a mai îngriji ei înșiși vârstnicii și cer servicii specializate. Această modificare este posibilă prin mai multe moduri: schimbarea sistemului de valori (renunțarea populației de a susține că cel mai bun mod de îngrijire a vârstnicilor este acasă), prin noi presiuni asupra membrilor familiei care vor duce la eliberarea de asemenea povară, sau chiar prin atracția pe care noi servicii (publice sau private) o vor avea asupra membrilor de familie.

Concluzii

Din păcate, informațiile statistice asupra indicatorilor nivelului de trai de care dispunem nu sunt de natură să ne ofere o imagine clară asupra persoanelor în vârstă. Într-adevăr, anchetele și alte studii de acest gen, se fac la nivel de gospodărie, întrucât aceasta este unitatea de bază la care trebuie să se raporteze veniturile și cheltuielile, dotările și alte elemente ce definesc nivelul de trai. Referirea la vârstnici se poate face, de regulă, prin clasificarea capilor gospodăriei în funcție de vârstă. Prea rar apar clasificările după structura gospodăriei, structură care să reflecte componența sa pe tipuri de persoane, inclusiv după vârsta acestora sau după statutul profesional.

Ținând seama de limitele informaționale amintite, din parcurgerea surselor de date existente, concluzia de bază este aceea că *populația vârstnică, în ansamblu, nu pare a fi într-o situație economică mai grea decât media societății, că studiile privind sărăcia identifică alte grupuri mai vulnerabile decât cel al vârstnicilor*. Totuși, o astfel de concluzie este nesatisfăcătoare datorită caracterului său prea general. Pentru o mai bună cunoaștere a situației materiale a vârstnicilor ar fi nevoie ca înregistrările statistice făcute de institutul de specialitate sau de alte instituții să țină seama de următoarele aspecte:

a) Populația vârstnicilor, considerată de la 60 sau de la 65 de ani în sus, este una prea mare, cu probleme prea diverse pentru a fi tratată ca un tot. Luată ca atare vom găsi cu greu diferențe care s-o distingă de media națională sau de alte grupuri la fel de mari. Considerăm că între vârsta a treia și a patra, ar trebui să intervină diferențele în culegerea și analiza datelor.

În raport cu situația materială, cu consumul sau dotarea locuinței, una este situația vârstnicilor care formează singuri (sau singur) o gospodărie și alta cea în care, pe lângă persoana în vârstă (pensionar) care este capul gospodăriei mai apar și tineri activi cu ocupații bine retribuite.

b) Pentru stabilirea veniturilor și a bunurilor de care poate uza o persoană sau gospodărie, ar fi bine, credem noi, să se găsească modalități mai fiabile de înregistrare decât cele folosite în prezent care pun accentul pe veniturile bănești vizibile (salarii, pensii, prestații sociale etc), autoconsum și transferuri din /căt

gospodărie. Considerăm că datorită acestei modalități este subevaluat nivelul resurselor de care dispun unele categorii de vârstnici, prin neluarea în seamă a următoarelor aspecte:

- Transferurile de bunuri și servicii în interiorul gospodăriei, de la generația copiilor la cea vârstnică și invers.

- Patrimoniul de care dispun persoanele vârstnice și care poate fi valorificat dacă necesitățile traiului de zi cu zi o cer. Reamintim că după căderea regimului comunist, cea mai mare parte a familiilor care locuiau în apartamentele din blocurile orașelor, dar și în alte tipuri de locuințe, au devenit proprietari ai acestora. După douăzeci de ani, mulți dintre beneficiarii acestei măsuri sunt astăzi pensionari și pot utiliza această proprietate (închiriere /găzduire fără forme legale, vânzarea unui apartament mare și cumpărarea unuia mai mic, utilizând diferența pentru consum etc.).

Privind la modul general lucrurile, starea materială a vârstnicilor nu poate fi mai bună decât a populației în ansamblul său, situație care, s-a văzut, ne situează în coada clasamentului țărilor europene. Această situație este accentuată de împrejurarea că la noi valoarea pensiilor este una foarte redusă, nu numai datorită acestui nivel scăzut al veniturilor generale, ci și pentru că raportul pensionari salariați este excesiv. În luna aprilie 2015, pensia medie lunară era de 838 lei, cea a agricultorilor de 361 lei, iar pensia de asigurări sociale (fără agricultori) era de 886 lei. Concluzia este că aceste valori sunt extrem de mici pentru ca, doar pe această bază, pensionarii să poată duce un trai decent.

Datele sugerează existența unor categorii de persoane vârstnice – și în mediul rural și în cel urban – care, fără a beneficia de alte ajutoare semnificative constante, din partea statului sau a familiei, duc o viață la limita de jos a sărăciei. Credem că se impun măsuri pentru vizarea mai precisă a categoriilor de vârstnici care să beneficieze de ajutoare materiale din partea statului sau a comunităților locale.

Situația materială a pensionarilor actuali și a celor viitori nu poate fi privită doar din perspectiva valorii pensiei medii, ci trebuie avute în vedere toate aspectele care concură la stabilirea nivelului lor de trai. Ajutoarele suplimentare trebuie, dacă vrem să aibă efectul dorit, acordate celor care realmente au nevoie de ele.

În ceea ce privește starea de sănătate, observația este aceea că starea de sănătate a vârstnicilor din România nu poate decât să reflecte starea generală de sănătate, întrucât vârstnicii preiau toate problemele de acest fel care le-au afectat

viața în perioada anterioară. Totuși, vârsta a treia și mai cu seamă vârsta a patra ridică probleme de sănătate specifice și care adesea reclamă intervenții foarte serioase și costisitoare. După unele studii din Statele Unite, se pare că, în această țară, jumătate din cheltuielile cu sănătatea unei persoane sunt efectuate în ultimul an de viață a acesteia. Cu siguranță lucrurile la noi stau altfel; încă mentalitățile tradiționale impun ca bătrâni să moară în patul lor sau să se considere că o persoană vârstnică a murit de „moarte bună”, adică să se evite recurgerea la asistența medicală în astfel de cazuri. Oricum, asistența medicală pentru persoanele vârstnice nu se poate realiza fără costuri foarte serioase.

O altă problemă care se găsește la intersecția asistenței medicale cu cea socială în cazul vârstnicilor este cea referitoare la faptul că se observă cu ochiul liber nenumărate situații dramatice în care se află persoanele de 50-65 ani ai căror părinți sau socri au dizabilități majore și trebuie tot timpul asistați. Ne putem închipui amploarea acestor probleme dacă ne reamintim că într-o jumătate de secol efectivul octogenarilor va trece de două milioane, adică va deveni de patru ori mai mare. Rezolvarea acestei chestiuni are și rațiuni foarte pragmatice: adulții vârstnici ar putea fi utilizați social cu mai multă eficiență în alte activități pentru care ei sunt calificați.

În ceea ce privește universul psiho-afectiv al vârstnicilor, datele cercetărilor nu aduc elemente spectaculoase, care să difere fundamental de percepția comună. Familia este apreciată ca principalul element de sprijin, nu numai material ci și afectiv. Relațiile vârstnicilor cu copiii și familiile acestora sunt puternice în societatea românească, ele materializându-se inclusiv prin locuirea în comun. În general, persoanele în vârstă apreciază pozitiv aceste raporturi, declarându-se satisfăcute de calitatea și intensitatea lor.

Insatisfacțiile principale ale celor în vârstă, evidențiate în toate anchetele, sunt legate de starea de sănătate și de situația materială, în special de disponibilul curent de bani. Aceste trăiri au o acoperire certă în starea de fapt, căci, sistemul de asistență medicală a vârstnicilor are grave curențe la noi în țară, iar veniturile bănești curente, chiar dacă nu se reduc întotdeauna la pensia foarte modestă a majorității celor care o primesc, sunt departe chiar de aspirațiile – nu foarte ridicate, de altfel – ale acestei categorii de persoane.

Considerăm că o mare oportunitate pentru schimbarea în bine a stării subiective, trăite a calității vieții vârstnicilor o constituie implicarea lor în activități de voluntariat, în lărgirea rețelelor și a sferei de relații și contacte cotidiene, în atragerea lor la forme deosebite de participare socială. E un domeniu de acțiune care nu

implică prea mari eforturi materiale și care ar putea fi susținut prin stimulente și inițiative locale și generale.

Persoanele de vârstă a treia, până în 75 ani, ar putea fi folosite de către societate în mai mare măsură, pentru competențele de care dispun, valorificând din plin capacitatea și dorința acestora de activitate. Ele realizează și în prezent, indiferent de statutul lor, o serie de activități, în principal de natură casnică și de întrajutorare a familiei copiilor activi. O mică parte dintre aceștia sunt activi (în special ca fermieri), iar dintre pensionarii „tineri”, undeva în jur de 10% prestează și activități remunerate. Apreciem că potențialul acestei categorii de persoane este insuficient utilizat în prezent.

Persoanele de vârstă a patra, de la 75 de ani în sus și mai cu seamă cei trecuți de 80 de ani, trebuie să stea cu precădere în atenția sistemului de asistență socială și medicală, beneficiind de un sprijin suplimentar, inclusiv pe linia posibilității preluării unui număr cât mai mare dintre ei în instituții specializate de îngrijire a vârstnicilor. Modul tradițional de îngrijire de către membrii familiei este actualmente dominant – și ca practică și ca model acceptat – numai că odată cu sporirea accelerată a numărului celor foarte vârstnici această practică poate avea consecințe sociale și individuale negative.

Informarea persoanelor vârstnice cu privire la diversitatea serviciilor destinate lor ar putea constitui o problemă. Sugerăm mai multă transparență la nivelul autorităților locale în ceea ce privește oferta de servicii medico-sociale destinate vârstnicilor, dar și în publicitatea făcute acestor servicii.

Propuneri

Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice a elaborat un set de propuneri prioritare pentru anul 2015, pentru îmbunătățirea calității vieții persoanelor vârstnice, dintre care amintim:

- **Renunțarea la Pilonul 2 de pensii private sau cel puțin înghețarea plăților pentru o perioadă de 5 ani;**

Motivație:

Având în vedere ca pensiile private sunt garantate doar de statul român și nu și de statele de unde provin respectivele firme de asigurări, există riscul de producere a unor fraude care să păgubească statul român, în loc să fie un sprijin pentru suplimentarea veniturilor populației în favoarea fondului public de pensii, care se apreciază că va scădea prin îmbătrânirea populației și scăderea numărului de contribuitori.

- **Creșterea graduală a punctului de pensie într-un interval de 5 ani, respectiv cu 2% pentru anul 2015, astfel încât să se ajungă anul acesta la 36,4% iar în final la valoarea de 45% din salariul mediu brut utilizat la fundamentarea bugetului asigurărilor sociale de stat;**

Motivație:

Valoarea punctului de pensie la nivelul a 45% din salariul mediu brut luat utilizat la fundamentarea bugetului asigurărilor sociale de stat a fost un drept câștigat de pensionarii români ulterior retras, dar care a rămas un deziderat și o propunere constantă pe agenda CNPV. Luând în considerare problemele cu care se confruntă economia și societatea în ansamblul ei considerăm că această măsură poate fi luată gradual într-un interval de 5 ani.

- **Ridicarea plafonului la nivelul sumei de 1.000 lei pentru reținerea contribuției la fondul de sănătate de către pensionari, față de 740 lei cât este în prezent;**

Motivație:

În acest mod pensia ar crește prin scăderea reținerilor pentru plata asigurărilor de sănătate, pe care nu le considerăm justificate având în vedere că pensionarii au contribuit la acest fond pe toată durata vieții active.

- **Acordarea dreptului pensionarilor de a redirecționa 2% din impozit;**

Motivație:

Așa cum pensionarilor le poate fi oprit în conformitate cu legea impozitul pe venit asemenea salariaților, tot așa considerăm că se poate institui și aplica măsura donării de către pensionari a 2% din impozitul pe venit.

- **Obiectivul a fost realizat:** Legea privind Codul Fiscal, aprobat de ambele camere ale Parlamentului, înaintată spre promulgare, prevede această posibilitate începând cu anul 2016.
- **Majorarea alocației pentru veterani cu cel puțin 70%;**

Motivație:

Având în vedere că numărul veteranilor de război și al urmașelor veteranilor este într-o continuă scădere prin iesirea din sistem pe cale naturală a beneficiarilor, efortul financiar nu ar fi foarte consistent din partea statului, dar ar fi o dovadă a recunoașterii importanței, a meritelor istorice și sacrificiului lor.

- **Obiectivul a fost realizat:** Indemnizațiile veteranilor de război au fost majorate cu 75%, printr-o Ordonanță de Urgență aprobată de Guvern, de Ziua Veteranilor de Război, măsura urmând să intre în vigoare începând cu 1 iulie 2015.
- **Corectarea actualelor liste de medicamente aprobate prin Hotărâri ale Guvernului, în sensul introducerii pe lista medicamentelor gratuite a celor specifice persoanelor vârstnice pentru tratarea miocardiopatiilor, al tulburărilor de ritm cardiac, a astmului bronșic, valvulopatiilor, cordului pulmonar cronic, hemofiliilor, stenozelor, chistului hidatic, miopatiilor, hepatitelor, etc precum și includerea unor vitamine pe lista medicamentelor compensate;**

Motivație:

Este necesar să fie avută în vedere polipatologia vârstei a treia la elaborarea listelor de medicamente compensate și gratuite, cunoscut fiind că vârstnicii sunt o categorie numeroasă de consumatori ai serviciilor lor de sănătate și implicit medicamente.

- **Respectarea drepturilor pentru anumite categorii de persoane prevăzute în legi speciale, cum ar fi: veteranii de război și văduvele de război, pensionarii militari, persoanele persecutate din motive politice, etnice, persoanele cu handicap, etc, în ceea ce privește gratuitatea integrală a medicamentelor și a serviciilor medicale;**

Motivație:

Respectarea drepturilor categoriilor protejate prin lege este o obligație a statului a cărei aplicare trebuie permanent urmărită.

- **Admiterea participării unui reprezentant al CNPV din partea organizațiilor de pensionari, ca membru în Consiliul Economic și Social;**

Motivație:

Considerăm oportun ca un reprezentant al pensionarilor să participe în cadrul acestui for de dialog social pentru a le promova drepturile.

- **Aprobarea modificărilor Legii nr. 16 aflată pe agenda de lucru a Comisiei de Muncă și Protecție Socială a Camerei Deputaților;**

Motivație:

Este necesară adoptarea modificărilor Legii nr. 16/2000 pentru îmbunătățirea activității Consiliului Național al Persoanelor Vârstnice.

Bibliografie:

- Fokkema T., ter Bekke S., Dykstra P.A. *Solidarity between parents and their adult children in Europe*. Amsterdam: Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute, 2008
- Giosan Victor, Ciucu Ciprian, *Alternative și compromisuri în sistemul românesc de pensii pentru următorii 20 de ani*, 2014
- http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/income_social_inclusion_living_conditions/data/database 01.09.2014
- Institutul Național de Statistică, *Dimensiuni ale incluziunii sociale în România, în anul 2013*, 2014
- Mihaela Hărăguș, *Raport privind situația vârstnicilor din România, Centrul de Studiere a Populației*, Cluj Napoca, 2009
- M. Mailat, *La sante: un revelateur social*, *Revue Sante et Democratie*, nr.26, Paris, 1993.
- Mihai Șeitan, Mihaela Arteni și Adriana Nedu, *Evoluția demografică pe termen lung și sustenabilitatea Sistemului de pensii* – Editura Economică, București, 2012

Legislație:

- Constituția României, 2003
- Legea nr. 16/2000 privind înființarea, organizarea și funcționarea Consiliului Național al Persoanelor Vârstnice
- Legea nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice
- Legea nr. 116/2002 privind prevenirea și combaterea marginalizării sociale