

# România

## 1. SITUAȚIE ȘI TENDINȚE CHEIE

Începând cu anul 2000, performanțele macroeconomice ale României s-au ameliorat în mod semnificativ. Rata de creștere a PIB-ului real pentru 2007 a fost de 6% iar ultimele prognoze pentru 2008 au fost de 7,8%. Din cauza crizei financiare actuale, efectul imediat va fi scăderea creșterii economice pentru perioada următoare. Ultimele prognoze ale Comisiei Europene pentru 2009 arată o creștere de numai 1,8%. PIB-ul pe cap de locuitor calculat în SPC<sup>1</sup> nu reprezintă decât 43,6% din media UE. În ciuda creșterii PIB-ului înregistrată, rata de ocupare rămâne relativ constantă din 2002. După o ușoară creștere în 2006, rata de ocupare s-a stabilizat în 2007 în jurul valorii de 58,8%. Încadrarea în muncă în agricultură, caracterizată prin venituri bănești foarte mici și reprezentând, prin urmare, o sursă de sărăcie, rămâne în continuare semnificativă. Rata de ocupare în 2007 a fost de 63%, aceasta fiind mai ridicată în rândul bărbaților. Rata de ocupare în rândul femeilor (52,8%), rata de ocupare în rândul tinerilor (24,9%), precum și rata de ocupare în rândul lucrătorilor în vârstă (41,4%) rămâne inferioară mediei europene. Rata șomajului a scăzut la o valoare record de 6,4% în 2007, sub media europeană, însă din cauza crizei financiare ne putem aștepta la o creștere pentru 2009. Fenomenul rămâne îngrijorător în rândul tinerilor, în ciuda scăderilor înregistrate în ultima vreme (20,1% în 2007).

Riscul de sărăcie identificat de strategie este de 19%, cu valori superioare pentru populația rurală, romi, copii, șomeri și femei în vârstă. Din punct de vedere demografic, populația României este în continuă scădere ca urmare a mobilității intracomunitare, a ratei scăzute a fertilității (1,31 în 2006), a speranței de viață la naștere dintre cele mai scăzute din UE (69,2 ani la bărbați și 76,2 ani la femei în 2006), precum și ca urmare a ratei mortalității în raport cu natalitatea relativ ridicată. Rata mortalității în raport cu natalitatea se află încă printre cele mai ridicate din UE, chiar dacă în 2007 s-a înregistrat o îmbunătățire (12%). Rata de dependență demografică preconizată pentru 2010 este estimată la 21,3% și la 54% pentru 2050. Cheltuielile cu protecția socială reprezintă 14,2% din PIB (2005), fiind printre cele mai scăzute din UE (27,2% din PIB).

## 2. METODA STRATEGICĂ GLOBALĂ

Obiectivele generale fixate de noua strategie prevăd continuarea eforturilor în vederea creării unei societăți a incluziunii, solidară și prosperă, bazată pe egalitate și justiție socială pentru toți, conformă obiectivelor metodei deschise de coordonare pentru protecție și incluziune socială, cu strategia de la Lisabona și cu strategia dezvoltării durabile. Pentru noua perioadă, eforturile se vor concentra pe incluziunea activă. Modernizarea sistemului de protecție socială reprezintă în continuare elementul esențial al politicilor sociale, cu o atenție specială acordată evitării dependenței de sistem, însă cu încurajarea incluziunii active. Strategia acordă importanță implementării reformelor care sunt deja implicate în domeniul protecției sociale. În ansamblu strategia poate fi considerată ambițioasă însă, în absența unor obiective cuantificate, aceasta riscă să devină o declarație de bune intenții la un nivel mai degrabă general. Unul din obiectivele importante rămâne dezvoltarea de politici integrate și asigurarea

---

<sup>1</sup> Standardele puterii de cumpărare (SPC)

implementării efective a strategiilor sectoriale. Strategia subliniază dificultățile de implementare și necesitatea de continuare a dezvoltării instrumentelor de control și de evaluare, precum și a procedurilor care vizează creșterea eficacității politice. FSE este menționat ca fiind instrumentul ce poate contribui la o bună implementare a obiectivelor strategiei (de exemplu măsurile de ameliorare a participării grupurilor vulnerabile la piața muncii, consolidarea capacității de administrare, atât la nivel local, cât și la nivel central, precum și furnizarea unor servicii eficiente și de calitate pe baze descentralizate). Strategia identifică ca prioritară capacitatea de înțelegere generală a incluziunii active și sensibilizarea privind acest subiect, atât la nivelul cetățenilor, cât și la nivelul specialiștilor, pentru a ameliora eficiența elaborării și implementării politicilor sociale. Cu toate acestea, deocamdată puține sunt acțiunile care concretizează această declarație. Strategia se referă foarte puțin la fenomenul de sărăcie în rândul copiilor, deși problema copiilor reprezintă o prioritate permanentă în agenda socială a României și a fost adoptată o strategie națională pentru protecția drepturilor copiilor pentru perioada 2008-2013; problema referitoare la copiii ai căror părinți sunt plecați la muncă în străinătate nu este nici măcar menționată, deși este vorba despre un fenomen foarte larg răspândit. Strategia abordează dimensiunea bărbat-femeie: se va continua adoptarea de acțiuni în vederea consolidării egalității de șanse pe piața muncii și în vederea reconcilierii vieții profesionale cu viața de familie. Problema handicapului este menționată în strategie în contextul reducerii discriminării, al inserției sociale, al ocupării forței de muncă și al îngrijirilor medicale pe termen lung.

### **3. INCLUZIUNEA SOCIALĂ**

#### **3.1. Tendințe cheie**

Categoriile cele mai sărace sunt romii, populația rurală, copii, femeile în vârstă, familiile monoparentale, familiile cu 3 sau mai mulți copii, persoanele singure și șomerii de lungă durată. Din punct de vedere al distribuției regionale, regiunea nord-est reprezintă regiunea cea mai săracă (26,2%), urmată de regiunile sud-est (24,2%) și sud-vest (23%). Rata sărăciei a rămas relativ constantă în cursul perioadei 2004-2007, de aproximativ 18-19%. În schimb, rata riscului sărăciei este superioară la copii, la tinerii sub 25 de ani și la femeile de peste 65 de ani. Numărul copiilor din familii fără ocupație este în continuă scădere (10% în 2007 față de 11,1% în 2004). Aceeași tendință poate fi observată și pentru persoanele cu vârsta cuprinsă între 18 și 59 de ani. Rata șomajului de lungă durată este, de asemenea, în continuă scădere cu o valoare de 3,2% în 2007 (3,6% pentru bărbați; 2,7% pentru femei). Un fenomen îngrijorător rămâne șomajul în rândul tinerilor (20,1% în 2007). Rata tinerilor care părăsesc prematur școala rămâne ridicată în raport cu media europeană (19,2% în 2007). În zonele rurale acest fenomen este și mai accentuat. Situația este și mai îngrijorătoare în rândul romilor, pentru care se înregistrează o rată scăzută de frecvență a unităților de învățământ. Strategia indică faptul că 9% din romi urmează studii secundare și numai 2% urmează studii universitare. Rata de analfabetism rămâne foarte ridicată (28%). Pentru aproape 40% din populația romă cele mai importante surse de venituri sunt reprezentate de prestațiile sociale și de venitul minim garantat. Participarea la piața muncii declarate rămâne redusă, majoritatea romilor fiind implicați pe piața muncii paralele.

#### **3.2. Progresul privind prioritățile stabilite în Raportul privind Strategia Națională 2006-2008(NAPIncls) și provocările identificate de Raportul comun 2007**

Atât strategia, cât și raportul privind progresul, oferă o imagine mai degrabă descriptivă a programelor și proiectelor care ținesc grupuri vulnerabile, fără a oferi o imagine suficient de

analitică a rezultatelor. Există progrese, însă cifrele prezentate sunt mai degrabă derutante deoarece nu oferă nicio idee a impactului măsurilor în cadrul unei evaluări de ansamblu. Chiar dacă există, fără îndoială, conexiuni între proiectele prezentate și strategiile sectoriale existente/programele de interes național, acest lucru nu este prezentat foarte clar în textul strategiei. În plus, absența obiectivelor cuantificate pe termen scurt, mediu și lung face dificilă comparația între situația din trecut, cea prezentă și cea din viitor. Progrese în materie de ocupare a forței de muncă (obiectivul 1): această secțiune conține informații în legătură cu programele care au ca scop creșterea ocupării forței de muncă în rândul diferitelor grupuri vulnerabile. Creșterea numărului de persoane ocupate în rândul grupurilor vulnerabile reprezintă un aspect pozitiv, însă ocuparea forței de muncă nu rezolvă toate aspectele sociale ale incluziunii, fiind necesară abordarea integrată. Progrese în materie de acces la drepturi și servicii (obiectivul 2): sectorul asistenței sociale a întreprins acțiuni în vederea atingerii obiectivului de reducere a sărăciei prin implementarea politicilor care vizează susținerea persoanelor cu venituri mici și a serviciilor care țintesc diferite grupuri vulnerabile. Datele statistice ale strategiei indică o scădere a numărului de solicitanți pentru diferite tipuri de prestări sociale. Nu este însă clar dacă numărul a scăzut datorită eficacității politicii sau din alte motive (de exemplu accesul limitat la informații, proceduri complicate, etc.). Strategia actuală nu mai face referire la strategia anterioară, aceea de a asigura un acces egal la o educație de calitate pentru toți. Având în vedere performanțele limitate ale României în materie de educație (de exemplu rata încă ridicată de abandon școlar timpuriu, slaba participare a adulților la măsurile de învățare de-a lungul vieții), acest obiectiv trebuie să rămână un obiectiv cheie în viitor. Îmbunătățirea situației romilor (obiectivul 3): informațiile din secțiunea privind progresul face foarte puțin referire la strategie. Există anumite informații referitoare la târguri pentru locuri de muncă pentru romi și caravane de ocupare a forței de muncă, însă rezultatele par a fi mai degrabă modeste. Raportul nu menționează evoluțiile referitoare la problema documentelor de identitate, sursă importantă de excluziune socială pentru această categorie. Ca și în cazul obiectivelor anterioare, informațiile nu sunt suficiente pentru evaluarea eficacității programelor întreprinse.

### **3.3. Provocări cheie și priorități**

Obiectivele prioritare pentru perioada 2008-2010 rămân în continuare abordarea provocărilor identificate în JIM și în strategia privind incluziunea și protecția socială 2006-2008. Au fost înregistrate progrese în domeniul incluziunii sociale (de exemplu progrese legislative și instituționale, strategii și planuri de acțiune, programe de interes național), însă obiectivele stabilite de strategia anterioară rămân prioritare și pentru noua perioadă, deoarece multe dintre eforturi au fost depuse pentru găsirea de soluții în situații de urgență sau pentru a răspunde unor noi nevoi, nefiind posibilă îndeplinirea într-o măsură constantă a planificării stabilite inițial. În domeniul pensiilor și al sănătății, continuarea reformelor respective rămâne o prioritate.

### **3.4. Măsuri politice**

În continuare sunt prezentate prioritățile alese de către România.

Este vorba de creșterea nivelului de ocupare pentru cei mai vulnerabili, de promovarea politicilor familiale integrate și de urmărirea eforturilor de ameliorare a condițiilor de viață pentru romi.

- *Creșterea nivelului de ocupare pentru persoanele defavorizate.* În cadrul noii strategii, s-a pus accentul pe dezvoltarea sectorului economiei sociale. Persoanele cu handicap sunt

vizate în mod special de aceste măsuri de economie socială, însă și alte grupuri vulnerabile pot, de asemenea, să beneficieze de aceste măsuri. Vor fi abordate în continuare un anumit număr de puncte critice: lipsa serviciilor de asistență complementare, nivelul în general redus al salariilor, diferența de remunerare între femei și bărbați; disparitățile și dezechilibrele între zonele rurale și zonele urbane, decalajul între ofertele de formare și locurile de muncă disponibile; nivelul slab de participare la măsurile de formare de-a lungul vieții, etc.

- *Promovarea politicilor integrate (pachete de măsuri de prestații și servicii sociale).* Măsurile prevăzute în acest scop vizează continuarea eforturilor pentru asigurarea unui venit adecvat tuturor membrilor societății, precum și oferirea unui acces mai bun la resurse și servicii de calitate. Strategia cuprinde o abordare mai integrată care combină ajutorul financiar și serviciile sociale. Prioritatea României în acest sens o reprezintă dezvoltarea unităților de îngrijire a copiilor și asigurarea unor alocații sociale adecvate.
- *Continuarea eforturilor de ameliorare a condițiilor de viață ale romilor.* În prezentarea acestui obiectiv există o anumită confuzie între obiective și măsurile prevăzute. Există prea puține indicații referitoare la modul în care fenomenul abandonului școlar/analfabetismul va fi redus sau referitoare la modul prin care va fi ameliorată participarea romilor la educație. România va continua eforturile pentru ameliorarea accesului la serviciile de sănătate, va continua, de asemenea, programele pentru formarea de mediatori sanitari/școlari, va dezvolta programe naționale pentru încurajarea participării romilor pe piața muncii declarate și va promova politicile antidiscriminatorii. Un element pozitiv îl reprezintă angajamentul de a pune în aplicare sistemul de monitorizare și evaluare a programelor politice în favoarea romilor, precum și colectarea datelor necesare pentru elaborarea politicilor adecvate. Cu toate acestea, lipsa unor obiective cuantificate rămâne în continuare un punct slab. Strategia va trebui să accentueze și mai mult situația femeilor rome.

Obiectivele și măsurile par să fie realiste și corespund nevoilor însă, în absența unor obiective cuantificate, există un mare risc de a rămâne la o simplă declarație de bune intenții, la un nivel mai degrabă general care nu poate fi supus în mod adecvat unor evaluări.

### **3.5. Guvernare**

Deși elaborarea strategiei 2008-2010 s-a dovedit un exercițiu de nivel înalt dar aproape invizibil pentru anumiți actori din domeniul incluziunii sociale, în practica cotidiană, crearea și consolidarea capacității instituțiilor competente în domeniu, precum și participarea actorilor sociali, au înregistrat anumite progrese, mai ales în ceea ce privește coordonarea și dialogul social. Cu toate acestea, o repartizare mai clară a rolurilor și responsabilităților ar trebui să rezulte dintr-un proces de consultare între toate părțile implicate, la toate nivelurile. Numeroase organizații neguvernamentale, autorități locale, persoane (inclusiv mass-media și oameni politici) nu erau la curent cu procesul de elaborare a prezentei strategii. Contribuțiile potențiale ale acestora reprezintă o resursă neutilizată pentru căutarea de soluții în vederea eradicării sărăciei și pentru lupta împotriva excluziunii sociale. Strategia identifică pentru fiecare obiectiv prioritar instituțiile responsabile cu punerea în aplicare a acestuia. Eforturile României referitoare la noua perioadă se vor concentra pe consolidarea mecanismului național care vizează incluziunea socială, pentru ca acesta să devină cadrul de coordonare și elaborare a politicilor sociale. Acest obiectiv va fi realizat prin implementarea unui program finanțat via FSE începând cu 2009.

## **4. PENSII**

### **4.1. Tendințe cheie**

Asemenea majorității statelor membre ale UE, România trebuie să facă față unor provocări demografice majore atât pe termen scurt, cât și pe termen lung.

Sistemele de pensionare timpurie adoptate de-a lungul primului deceniu de tranziție au crescut considerabil numărul de pensionari (80% între 1990 și 2003). Politica de pensionare anticipată elaborată pentru rezolvarea problemei șomajului în creștere a avut ca rezultat reducerea vârstei medii de pensionare. În consecință, numărul de contribuitori pentru fiecare pensionar a scăzut de la 3,43 în 1990 la numai 0,79 în 2003, în timp ce procentajul din PIB utilizat pentru cheltuieli cu pensiile a scăzut în aceeași perioadă de la 7,2% la 6,5%. Pentru a acoperi un deficit în continuă creștere a fondurilor de pensii, guvernul a mărit contribuțiile cu 49,5% în 2005. Din cauza taxării ridicate a lucrătorilor (circa 50% din salariul brut), guvernul a decis să reducă această contribuție la 40,3% până la sfârșitul lui 2008. În ultimii ani, sistemul de pensii al României a trecut prin numeroase reforme (în special prin introducerea unei componente private în 2007). Noul sistem de pensii în vigoare prezintă trei piloni, funcționali în întregime: pilonul 1 (public, finanțat în întregime, administrat de PAYG, legat de venituri, obligatoriu, DB), pilonul 2 (privat, finanțat în întregime, administrat din fonduri private, obligatoriu pentru persoanele cu vârsta sub 35 de ani și facultativ pentru persoanele cu vârsta între 35 și 45 de ani) și pilonul 3 (privat, facultativ) care vizează în principal muncitorii independenți și agricultorii, dar care este deschis și angajaților publici și privați. Pilonul 1 (public, obligatoriu, succesor al vechiului PAYG) a fost introdus în 2000, cu o rată de contribuție de 29% din salariul brut (partajată între angajator și angajat) și numără 5,5 milioane de contribuitori la o populație totală de 8,8 milioane de lucrători. Nivelul punctelor de pensie a fost mărit în mai multe reprize, în principal în 2007, până la 37,5% din salariul mediu, fiind prevăzută mărirea în continuare a acestuia până la 45% din salariul mediu.

### **4.2. Provocări cheie și priorități**

România se confruntă cu provocări majore în ceea ce privește durabilitatea sistemului de pensii, atât pe termen scurt, cât și pe termen lung. Este vorba, pe de-o parte, despre problemele de recuperare pe termen scurt, iar pe de altă parte despre problemele datorate, între altele, numărului relativ mic de contribuitori la sistem în raport cu numărul de beneficiari, ratei scăzute de ocupare de 41,4% în rândul lucrătorilor în vârstă, existenței unei rate ridicate de muncă nedeclarată (aproximativ 20-50% din totalul ocupării forței de muncă, în funcție de definițiile utilizate), resurselor încă insuficiente. Datele naționale indică un nivel de cheltuieli de 7,3% din PIB pentru 2008, care rămâne inferior mediei europene. O provocare importantă în materie de durabilitate o reprezintă introducerea componentei prefinanțate a primului pilon, cu consecințe, pe de-o parte, asupra reducerii fondurilor disponibile pentru pensiile actuale iar, pe de altă parte, asupra deficitului sistemului PAYG.

Guvernul român a luat o serie de măsuri pentru a face față acestor provocări (de exemplu creșterea perioadei minime de cotizatie de la 10 la 15 ani, creșterea vârstei minime de pensionare de la 57 la 60 de ani pentru femei și de la 62 la 65 de ani pentru bărbați până în 2014, măsuri pentru încurajarea ocupării persoanelor în vârstă etc.). În perioada următoare, prioritățile reformei se vor concentra asupra includerii agricultorilor și lucrătorilor independenți într-un regim de contribuții, asupra reducerii diferențelor între pensii și asupra creșterii numărului persoanelor de pe piața muncii în vederea asigurării durabilității financiare

a primului pilon. Creșterea nivelului de recuperare a contribuțiilor și lupta împotriva muncii nedecarate trebuie să rămână în continuare o preocupare.

#### **4.3. Mai multe persoane ocupate și cu o perioadă mai lungă de încadrare**

Populația României este o populație îmbătrânită, fapt ce ridică problema durabilității sistemului. Datele referitoare la rata de ocupare indică o rată de ocupare inferioară mediei europene (58,8% comparativ cu 65,4% în 2007). În cursul ultimei perioade, rata de ocupare a lucrătorilor în vârstă a rămas relativ stabilă (41,4%), inferioară mediei europene (44,7%), cu diferențe mari între bărbați (50,3%) și femei (33,6%), în ciuda creșterii înregistrate de România în ultimii ani. Perioada minimă de cotizatie la sistemul de pensii este de 25 de ani pentru femei și 30 de ani pentru bărbați. De asemenea, strategia menționează posibilitatea de nivelare a perioadelor de cotizatie între bărbați și femei, însă nu sunt disponibile informații precise cu privire la data discuțiilor. Un fenomen îngrijorător îl reprezintă persoanele pensionate pe motiv de dizabilitate: acestea sunt în realitate pensionări anticipate (în 2005, această rată a fost anormal de ridicată și a reprezentat aproape 14% din numărul total de persoane pensionate). Obiectivul politicii pensiilor în următorii ani va fi de stabilire a unui sistem viabil din punct de vedere financiar, capabil să ofere pensii adecvate pentru toți. Pentru realizarea acestui obiectiv, guvernul român a luat anumite decizii politice pentru a reduce, cel puțin pe termen mediu, povara reprezentată de fenomenul de îmbătrânire (de exemplu creșterea perioadei minime de contribuție și a vârstei pensionării, măsuri pentru stimularea persoanelor în vârstă să rămână active după vârsta pensionării, limitări stricte privind pensionarea anticipată introduse recent în vederea descurajării acestei practici, utilizată în mod curent, introducerea unui program național pentru promovarea ocupării persoanelor în vârstă pentru perioada 2008-2011 etc.).

#### **4.4. Prevederea referitoare la pensiile aflate în gestionare privată**

În 2007 au fost introduși doi piloni care corespund sistemului privat de pensii: pilonul 2 (reglementat prin legea 411/2004) și pilonul 3 (reglementat prin legea 204/2006). Pilonul 2 (privat, denumit impropriu „pilonul 1 bis”) este obligatoriu pentru toate persoanele până la vârsta de 35 de ani. Contribuția este facultativă pentru persoanele între 35 și 45 de ani. Pilonul 2 (sau „pilonul 1 bis”) reprezintă componenta prefinanțată a primului pilon, o parte a contribuțiilor la securitatea socială fiind dirijată în mod obligatoriu către fondurile de pensii aflate în administrare privată. Rata contribuției în primul an este de 2% din venitul brut și va ajunge la un maxim de 6% până la sfârșitul anului 2016. Numărul contribuitorilor înregistrați în acest sistem era de 4,15 milioane (martie 2005). Pilonul 3 (privat, facultativ) vizează în principal lucrătorii independenți și agricultorii, dar este deschis și angajaților publici și privați; contribuția este limitată la 15% din venitul lunar brut, angajatorul fiind autorizat să participe la această contribuție. Primele contribuții au început în mai 2007. Un an mai târziu au fost înregistrați 88 000 de contribuitori (80% dintre aceștia provenind din zone urbane). Autoritatea responsabilă cu reglementarea și controlul fondurilor de pensii private este Comisia de Supraveghere a Sistemului de Pensii Private (CSSPP), stabilită în 2005, organism independent aflat sub controlul Parlamentului României. Un fond de pensii poate funcționa cu un capital minim în RON echivalent cu 4 milioane de euro; în cursul primilor trei ani, fondul ar trebui să atragă un minim de 50 000 de contribuitori.

#### **4.5. Prevederea referitoare la venitul minim pentru persoanele în vârstă**

Datele indică faptul că riscul de sărăcie în rândul persoanelor în vârstă este aproximativ același pentru populația totală a României (19i), însă cu mari diferențe între bărbați (13i) și

femei (22i). Sistemul român de protecție socială oferă garanții pentru cei mai defavorizați. Legislația română nu prevede un nivel minim pentru pensii, deoarece nivelul este în funcție de contribuții. Cu toate acestea, pensionații ale căror pensii sunt insuficiente sunt acoperiți de diferite regimuri de ajutor social, cel mai important fiind venitul minim garantat. Conform unui studiu, impactul venitului minim garantat este mai important la persoanele în vârstă: rata sărăciei în rândul populației de peste 64 de ani a scăzut de la 22,2% la 19,1%<sup>2</sup>.

#### **4.6. Informare și transparență**

În 2007 a avut loc o campanie națională de informare a populației asupra recentelor schimbări din sistemul de pensii. Rezultatele anchetei care a urmat acestei campanii arată că 78% dintre români sunt bine informați cu privire la sistemul de pensii, 52% dintre aceștia cunosc faptul că pensia privată este corelată cu politica de investiții într-un fond de pensii, 78% au cunoștință de existența Comisiei de Supraveghere a Sistemului de Pensii Private (CSSPP) și 88% au o părere favorabilă despre această instituție. În timp ce 61% din persoanele intervievate nu au încredere în fondurile de pensii publice, 60% sunt favorabile pensiilor private și 73% sunt bine informate cu privire la al treilea pilon al sistemului.

### **5. ASISTENȚA MEDICALĂ ȘI ASISTENȚA DE LUNGĂ DURATĂ**

#### **5.1. Asistența medicală**

##### *5.1.1. Starea de sănătate și descrierea sistemului*

Datele Eurostat indică o stare de sănătate relativ precară a românilor în raport cu alte state ale UE: o speranță de viață dintre cele mai scăzute din UE (69,2 pentru bărbați și 76,2 pentru femei în 2006), o mortalitate maternă și infantilă dintre cele mai ridicate din regiune, în ciuda îmbunătățirilor înregistrate în ultimul timp. În România cauzele de deces cele mai importante sunt bolile cardiovasculare (62,1%), cancerul (17,6%), bolile digestive (5,5%) și bolile respiratorii (4,9%). Situația sanitară cea mai precară se găsește în rândul romilor. Rezultatele unui sondaj realizat în 2000 arată că numai 34% dintre romi sunt acoperiți de asigurarea de sănătate. În general, sistemul român de sănătate este perceput de populație ca fiind elementul societății cel mai afectat de corupție.<sup>3</sup>

Reforme majore în materie de asistență medicală au ca scop transformarea sistemului centralizat într-un sistem descentralizat și pluralist, fondat pe relații contractuale între fondurile de asigurări de sănătate, în calitate de cumpărător, și furnizorii de asistență medicală. Acesta funcționează pe principiul asigurării, participarea fiind obligatorie și corelată cu statutul de angajat. Contribuțiile reprezintă un procent din venit, plătite de angajator și asigurat. Cabinetele private sunt permise, deși spitalele sunt, în general, proprietate de stat.

Prezenta strategie are ca obiectiv să îmbunătățească condițiile de sănătate ale populației și să contribuie la crearea unui sistem de sănătate modern și eficient, compatibil cu sistemele de sănătate ale UE. Pe termen scurt, guvernul român vizează îmbunătățirea accesului la servicii medicale de bază și îmbunătățirea calității serviciilor. În acest scop au fost elaborate un număr de strategii, cele mai importante referindu-se la dezvoltarea infrastructurii și a medicinei preventive. Aceasta din urmă este în prezent o prioritate esențială pentru guvern, având în

---

<sup>2</sup> Zaman și Stanculescu, 2006

<sup>3</sup> Studiu realizat de Transparency International, 2006

vedere rezultatele programului național de evaluare a sănătății populației recent implementat. Concluziile acestei evaluări arată că aproximativ 37% din populația României prezintă un risc de îmbolnăvire.

### 5.1.2. *Accesibilitate*

Problema accesibilității serviciilor medicale se pune pentru anumite categorii: a) persoanele fără asigurare medicală (aproximativ 5,7% din populație), b) persoanele cu reședința în zone rurale izolate (confruntate cu distanțe mari între domiciliu și instituția de sănătate cea mai apropiată) și c) persoanele asigurate, dar care trăiesc în condiții de sărăcie și care nu își pot permite plata serviciilor derivate (de exemplu medicamente, servicii care nu sunt acoperite de asigurare). Accesul la serviciile de sănătate este cu deosebire redus în rândul minorității rom. Accesul diferențiat la servicii este și o consecință a repartiției teritoriale eterogene a spitalelor, a paturilor de spital și a personalului medical. În ultimul timp au fost înregistrate progrese mai ales în domeniul accesului universal la servicii de urgență pre-spitalicești/spitalicești, atât pentru asigurați, cât și pentru neasigurați. De exemplu, între 2007 și 2008, în domeniul pre-spitalicesc: au fost cumpărate 2 420 de ambulanțe și 71 de vehicule pentru transportul traumatizaților, în timp ce în domeniul spitalicesc au fost investiți 167,7 milioane euro în echipamente moderne pentru 313 unități spitalicești, pentru primirea urgențelor). Accesul la programele de sănătate (de exemplu tratamente oncologice, diabet, programe pentru mamă și copil etc.) este asigurat pentru neasigurați în aceeași măsură ca și pentru asigurați. Raportul prezintă o serie de măsuri care sunt prevăzute pentru ameliorarea accesibilității la serviciile de asistență medicală pentru perioada următoare. Printre obiectivele fixate pentru perioada următoare, guvernul își propune să construiască 28 de spitale noi, reabilitarea a 15 spitale de urgență, achiziționarea a 1 520 de ambulanțe, angajarea a 500 de asistente medicale comunitare pe an, precum și a 50 de mediatori romi pe an.

### 5.1.3. *Calitate*

În perioada 2007/2008 au fost efectuate investiții importante în ceea ce privește achiziția de echipament medical în spitale. Cu toate acestea, medicamentele sunt insuficiente din cauza faptului că medicamentele cele mai costisitoare reprezintă prima alegere a prescripțiilor medicale. Obstacolele în calea îmbunătățirii calității sunt repartizarea inadecvată și salariile mici ale personalului medical. Plata „pe sub mână” a personalului sanitar reprezintă un obicei. Conform unor estimări, plățile ilicite efectuate către personalul medical reprezintă aproximativ 285 milioane euro pe an. Au fost depuse eforturi în vederea concentrării resurselor către cele mai bune unități de sănătate și pentru eliminarea spitalelor și centrelor specializate de calitate inferioară. Achiziția echipamentului este în general problematică. Strategia prevede anumite măsuri în acest sens, însă nu există repere cuantificate fără de care strategia riscă să rămână o simplă declarație de bune intenții, cu obiective prea generale. Disparitățile regionale existente în achiziția de echipament trebuie să rămână o preocupare pentru România.

### 5.1.4. *Durabilitate*

În 2004 Eurostat a estimat cheltuielile totale cu sănătatea la aproximativ 5,5% din PIB. În 2004, cota cheltuielilor de sănătate publică reprezenta 66,1% din cheltuielile totale cu sănătatea, în creștere, în timp ce plățile nerambursate reprezentau 31,7% din cheltuielile totale cu sănătatea. Pe de altă parte, sistemul de sănătate se bazează pe un regim care funcționează pe principiul contribuțiilor, ca și în cazul sistemului de pensii. Tendințele demografice și scăderea numărului de contribuitori amenință stabilitatea financiară. Utilizarea asigurării de

boală complementare, furnizată de instituții private, ar putea fi o soluție, însă accesul la acest serviciu se va limita la un segment de populație cu venituri mari. Durabilitatea financiară se află într-un real pericol, având în vedere cheltuielile de sănătate din România comparativ cu media UE. Una dintre preocupările referitoare la durabilitatea sistemului o reprezintă capitalul uman: România este confruntată cu o mobilitate intracomunitară importantă a personalului medical, care preferă să muncească în alte state membre ale UE, unde nivelul salariilor este superior. România va trebui să prevadă atât o strategie adecvată în materie de resurse umane, în vederea îmbunătățirii calității condițiilor de muncă ale personalului medical, cât și motivația necesară pentru a determina acest personal să rămână să lucreze în România. În ceea ce privește formarea, România va trebui să utilizeze șansa oferită de FSE, care poate oferi sprijin în acest domeniu.

## **5.2. Asistența pe termen lung**

### *5.2.1. Descrierea sistemului*

În funcție de strategie, beneficiarii sistemului sunt persoanele în vârstă și persoanele cu handicap. În marea majoritate acestea sunt ajutate de către familie sau locuiesc singure. Numai acele persoane care necesită îngrijiri medicale sunt incluse în sistem. Reformele în domeniul asistenței de lungă durată au deplasat responsabilitatea bugetului central către autoritățile locale și regionale. Finanțarea sistemului este mixtă și combină resursele bugetului național cu cele ale bugetului local. Reducerea serviciilor cu caracter comunitar continuă și, în ciuda anumitor progrese, sistemul este încă destul de puțin dezvoltat iar ONG-urile joacă un rol important în materie de organizare și finanțare. În ceea ce privește persoanele cu handicap, instituția responsabilă cu dezvoltarea sistemului de servicii sociale destinate persoanelor cu handicap este Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap. Au fost înregistrate progrese (creșterea numărului de servicii sociale, adoptarea unei strategii cu privire la persoanele cu handicap pentru 2006-2013, dezvoltarea unui instrument de evaluare utilizat pentru identificarea și analiza necesarului de servicii sociale), însă eforturile trebuie să continue, în special în materie de calitate.

### *5.2.2. Accesibilitate*

Numărul unităților care furnizează asistență de lungă durată a înregistrat o creștere. Numărul caselor de odihnă pentru persoanele în vârstă a crescut de la 19 în 2005 la 68 în 2007 (finanțate din bugete locale) iar alte 38 de instituții au fost create începând cu 2005 (finanțate de ONG-uri). Cu toate acestea, strategia nu oferă indicații privind repartitia geografică a acestora. În ceea ce privește a doua categorie de beneficiari de servicii de sănătate de lungă durată, persoanele cu handicap, guvernul a încercat să dezvolte capacitatea instituțiilor specializate transformând mai mult de 140 de unități de asistență rezidențiale în instituții pentru persoanele cu handicap. Majoritatea acestor instituții erau case de odihnă sau spitale pentru boli cronice, însă aproape nicio transformare specială n-a fost efectuată efectiv cu scopul de a adapta unitățile la nevoile pacienților.

### *5.2.3. Calitate*

Îmbunătățirea calității asistenței de lungă durată și a condițiilor de viață a destinatarilor asistenței de lungă durată aflați în rezidență rămân priorități ale autorităților române, precum și dezvoltarea unei rețele de lucrători sociali și îmbunătățirea atât a calității condițiilor sanitare, cât și a calificărilor personalului care muncește în acest sector. Măsurile sunt prevăzute, însă strategia va trebui să aleagă indicatorii din acest domeniu, care vor fi utili în

evaluările ulterioare. Angajamentul de a încuraja asistența la domiciliu pentru persoanele dependente figurează, de asemenea, în strategie. Sunt prevăzute măsuri cum ar fi posibilitatea de a plăti salariu membrilor de familie implicați în asistență și formarea adecvată a acestora.

#### 5.2.4. Viabilitatea pe termen lung

Strategia nu oferă multe indicații referitoare la acest subiect: există numai mențiunea că sistemul, pentru a fi durabil pe termen lung, trebuie reformat (plata serviciilor de către „client”; intervenția statului pentru cei care nu pot suporta cheltuielile, pe de-o parte, și resurse suficiente garantate pentru autoritățile locale, pe de altă parte).

## 6. PROVOCĂRI ÎN VIITOR

- Continuarea eforturilor pentru întreruperea ciclului sărăciei în cazul celor mai vulnerabili (mai ales copiii aflați în situație de vulnerabilitate), cu accent pe implementarea efectivă a strategiilor sectoriale și dezvoltarea instrumentelor necesare pentru o urmărire adecvată.
- Asigurarea faptului că strategiile în domeniul incluziunii sociale și al ocupării forței de muncă se consolidează reciproc. Continuarea eforturilor pentru creșterea participării tuturor actorilor sociali, atât la elaborarea politicilor adecvate, cât și la implementarea acestora.
- Continuarea eforturilor pentru îmbunătățirea capacității autorităților locale de a identifica și de a implementa mai bine prioritățile din domeniul social, pentru creșterea calității și eficienței serviciilor pe baze descentralizate, pentru consolidarea capacităților administrațiilor locale/regionale în vederea unei mai bune utilizări a fondurilor europene în acest sector.
- Continuarea eforturilor pentru îmbunătățirea situației romilor (cu un accent deosebit pe creșterea participării la educație, la formare și la piața muncii declarate, rezolvarea problemei actelor de identitate, lupta împotriva oricărei forme de discriminare).
- Consolidarea capacității de funcționare și a durabilității regimului de pensii actuale și viitoare: pe termen scurt, printr-o mai bună colectare și, pe termen lung, prin creșterea numărului de contribuitori la sistem și a ratei generale de ocupare (în special a lucrătorilor în vârstă), în paralel cu diminuarea muncii nedeclarate. Eforturile trebuie să continue pentru reducerea inegalităților încă existente pentru o categorie largă de persoane.
- Continuarea eforturilor pentru rezolvarea problemelor legate de accesibilitatea la asistența medicală și la asistența de lungă durată de calitate, și mai ales pentru reducerea disparităților geografice și abordarea problemei privind cheltuielile private ridicate în materie de asistență medicală și produse farmaceutice.
- Continuarea eforturilor pentru realizarea unui sistem social de sănătate descentralizat și funcțional, capabil să rezolve problema durabilității financiare pe termen lung și utilizarea eficientă a resurselor. Trebuie prevăzută o reformă a resurselor umane pentru a răspunde provocării mobilității intracomunitare a personalului medical și a fenomenului de corupție.

## 7. TABEL CU INDICATORI PRIMARI ȘI CONTEXTUALI

1. Employment and growth													
Eurostat	GDP growth rate *	GDP per capita**	Eurostat	Employment rate (% of 15-64 population)					Eurostat	Unemployment rate (% of labour force)			
				15-64			15-24	55-64		15+			15-24
				Total	Male	Female				Total	Male	Female	
2000	2,1	25,9	2000	63,0	68,6	57,5	34,0	49,5	2000	7,2	7,8	6,4	20
2005	4,2	35,0	2005	57,6	63,7	51,5	24,9	39,4	2005	7,2	7,8	6,4	20,2
2008f	7,8	44,3	2007	58,8	64,8	52,8	24,9	41,4	2007	6,4	7,2	5,4	20,1

\* Growth rate of GDP at constant prices (2000) - year to year % change; \*\* GDP per capita in PPS (EU27=100); f: forecast

2. Demography and health													
Eurostat	Life expectancy at birth		Life expectancy at 65		Healthy life expectancy at birth		Infant mortality rate (2007 instead of 2006)	WHO - OECD	Total health exp %GDP	Public health Exp % of THE*	Out-of-pocket payments % of THE	EU-SILC	Unmet need for health care % of pop
	Male	Female	Male	Female	Male	Female							
1995	65,3	73,1	12,6	15,1	n.a.	n.a.	21,2	1995	n.a.	n.a.	n.a.	-	-
2000	67,7	74,6	13,4	15,7	n.a.	n.a.	18,6	2000	4,6	74,1	25,9	2005	-
2006	69,2	76,2	13,6	16,5	n.a.	n.a.	12,0	2006**	5,5	70,3	25,3	2006	-

s: Eurostat estimate; p: provisional \*THE: Total Health Expenditures; \*\* 2005 instead of 2006

3. Expenditure and sustainability													
Social protection expenditure (Esspros) - by function, % of total benefits								Age-related projection of expenditure (AWG)					
Eurostat	Total expenditure* (% of GDP)	Old age and survivors	Sickness and health care	Unemployment	Family and children	Housing and social exclusion	Disability	EPC-AWG	(2008) Old age dependency ratio Eurostat	Expenditure (% of GDP) Level in 2004 and changes since 2004			
										Total social expend.	Public pensions	Health care	Long-term care
1995	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2004	21,3	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
2000	13,2	48,5	25,6	7,7	10,0	0,4	7,9	2010	21,3	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
2006	14,0	45,0	34,8	2,7	8,9	1,2	7,4	2030	30,3	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
								2050	54,0	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

\* including administrative costs

4. Social inclusion and pensions adequacy (Eurostat)												
At-risk-of-poverty rate					Poverty risk gap				Income inequalities		Anchored at-risk of poverty	
SILC 2007	Total	Children 0-17	18-64	65+	Total	Children 0-17	18-64	65+	S80/S20		Total - fixed 2005 threshold	
Total	19 (p)	25 (p)	17 (p)	19 (p)	23(p)	26 (p)	23 (p)	19(p)	5,3 (p)		2005	n.a.
Male	18 (p)	-	17 (p)	13 (p)	23 (p)	-	23 (p)	17(p)	-		2006	n.a.
Female	19 (p)	-	16 (p)	22 (p)	24 (p)	-	23 (p)	20(p)	-		2007	n.a.

People living in jobless households				Long Term unemployment rate				Early school-leavers				
Children	% of people aged 18-59*			% of people aged 15-64				% of people aged 18-24				
Total	Total	Male	Female	Total	Male	Female	Total	Male	Female			
2001	6,8	8,7	7,7	9,6	2000	3,5	3,6	3,4	2000	22,3	23,3	21,3
2004	11,1	11,1	10,4	11,7	2004	4,5	5,2	3,6	2004	23,6 (b)	24,9 (b)	22,4 (b)
2007	10	10,4	9,3	11,5	2007	3,2	3,6	2,7	2007	19,2	19,1	19,2

\*: excluding students; i: change in methodology; b: break in series

SILC 2007			SILC 2007				
Relative income of 65+	Total	Male	Female	Aggregate replacement ratio	Total	Male	Female
	0.89p	n.a.	n.a.		n.a.	n.a.	n.a.

Change in theoretical replacement rates (2006-2046) - source ISG												
Change in TRR in percentage points (2006-2046)								Assumptions				
Net	Gross replacement rate					Coverage rate (%)		Contribution rates				
Total	Total	Statutory pensions	Type of statutory scheme*	Occup. & voluntary pensions	Type of suppl. scheme**	Statutory pensions	Occupational and voluntary pensions	Statutory pensions (or Social Security)	Occupational & voluntary pensions			
									Estimate of current (2002)	Assumption		
52	39	39	DB/DC	/	-	n.a.	/	29	/	-		

\* (DB: Defined Benefits; NDC: Notional Defined Contributions; DC: Defined Contributions); \*\* (DB/DC)