

PROTECȚIA SOCIALĂ A PERSOANELOR VÂRSTNICE ÎN ROMÂNIA

ANA BĂLAȘA

PROTECȚIA SOCIALĂ A VÂRSTNICILOR – CADRUL GENERAL

Fiecare stat protejează drepturile și libertățile cetățenilor săi vârstnici, în funcție de realitățile și particularitățile sale economice, sociale, culturale. Într-o lume tot mai integrată însă, au apărut preocupări majore ale statelor și organismelor internaționale pentru protecția juridică a populației vârstnice, aflată în creștere, precum și demersuri de aderare la un corp comun de norme. Ansamblul de documente elaborate de organizațiile internaționale (ONU, OMS, Consiliul Europei, UE), care demonstrează un interes deosebit față de fenomenul îmbătrânirii populației și față de necesitatea protecției sociale a persoanelor vârstnice, constituie un ghid indispensabil pentru elaborarea unor politici referitoare la persoanele vârstnice.

Analiza problematicii protecției sociale a vârstnicilor se plasează în contextul opțiunii țării noastre de integrare în Uniunea Europeană. *Carta Socială Europeană*, unul dintre marile tratate ale Consiliului Europei în domeniul drepturilor omului, constituie instrumentul european de referință în materie de coeziune socială. Este primul tratat internațional care consacră dreptul la protecție împotriva sărăciei și excluderii sociale – două atingeri majore aduse demnității umane care privesc, într-o măsură semnificativă, și demnitatea persoanelor vârstnice. Conform Cartei Sociale Europene, *protecția socială* pentru ansamblul populației, care privește, implicit, și persoanele vârstnice, vizează dreptul la protecția sănătății, la securitatea socială și medicală, dreptul de a beneficia de servicii sociale. *Protecția specială* a unor categorii de persoane se referă, pe lângă copii, adolescenți, mame, familii, persoane handicapate, imigranți, și la *persoanele vârstnice*.

Articolul 23 al Cartei, privitor la „*Dreptul persoanelor vârstnice la protecție socială*”, vizează măsuri care să permită persoanelor vârstnice să rămână membri deplin ai societății cât mai mult timp posibil, prin intermediul: a) unor resurse financiare suficiente, care să le permită să ducă o existență decentă și să participe activ la viața publică, socială și culturală; b) difuzării informațiilor privind serviciile și facilitățile disponibile pentru persoanele vârstnice și posibilităților de a recurge la acestea.

Măsurile trebuie, de asemenea, să permită persoanelor vârstnice să aleagă liber propriul stil de viață și să ducă o existență independentă în mediul lor obișnuit, atâta timp cât doresc și cât acest lucru este posibil, prin: a) punerea la dispoziție a unor locuințe corespunzătoare nevoilor acestora și stării lor de sănătate, sau sprijin adecvat în vederea amenajării locuinței; b) îngrijirea sănătății și servicii pe care starea acestora le impune. În fine, măsurile trebuie să garanteze persoanelor vârstnice care trăiesc în instituții o asistență corespunzătoare în privința vieții private și participarea la determinarea condițiilor de viață în instituție.

Fără îndoială, aceste cerințe conturează un standard maxim, care nu este atins nici de țările cele mai dezvoltate.

Declarația Adunării Parlamentare a Consiliului Europei evidențiază că îmbătrânirea demografică, modernizarea și alte schimbări sociale aflate în curs sunt însoțite de o serie de *amenințări la adresa persoanelor vârstnice și a coeziunii sociale*. Se subliniază că *protecția* nu constituie decât un capitol al reflecției asupra viitorului persoanelor vârstnice. Recomandarea Comitetului Miniștrilor adresată statelor membre, din 18 septembrie 1998 – R(98)9 – reiterează ideea conform căreia *prevenirea riscului de dependență* ar trebui să constituie o parte integrantă a oricărui sistem de protecție socială.

Comisia Europeană a deschis o vastă dezbateră în Europa asupra viitorului sistemelor de protecție socială, în legătură specială cu schimbările de pe piața muncii și schimbările demografice. Dezbaterile au implicat instituțiile europene, statele membre, partenerii sociali, organizațiile neguvernamentale, și s-au derulat pe fondul profundelor schimbări demografice din UE. Situația diferă de la o țară la alta, dar soluțiile sunt dominate de *principiul solidarității*, caracteristic tradiției europene în domeniu. CE a promovat acțiuni la nivel european în favoarea persoanelor vârstnice și examinează modul în care statele membre pot proteja generațiile vârstnice împotriva riscurilor de sărăcie și dependență, modul în care se poate asigura o asistență de lungă durată și îngrijiri constante.

Există rapoarte privind rolul sistemelor de protecție socială privind bătrânețea și sărăcia. Printre acțiunile propuse se pot enumera: catalizarea și difuzarea inovațiilor privind potențialul de activitate al pensionarilor, promovarea celor mai bune practici privind forța de muncă vârstnică, tranziția de la activitatea profesională la pensionare, ameliorarea condiției femeii vârstnice, îngrijirea și accesul la îngrijire al persoanelor vârstnice dependente, întărirea solidarității între generații și integrarea persoanelor vârstnice amenințate de izolare etc.

În ultimii ani, ca efect al accentuării preocupărilor pentru componenta socială, Uniunea Europeană a lansat un program comun de luptă împotriva sărăciei și de promovare a incluziunii sociale, ca instrument central al construcției sociale comune. Strategiile anti-sărăcie și promovarea incluziunii sociale vizează, prin obiectivele lor globale, și populația vârstnică.

Literatura în domeniu din ultimul deceniu relevă starea de criză a serviciilor sociale, schimbări în raportul dintre sistemul informal și cel formal de sprijinire și,

în cadrul fiecăruia dintre ele, schimbări în relațiile dintre sistemele publice și cele private, de prestare a serviciilor specializate de asistență socială, reconsiderarea rolului comunității și familiei în satisfacerea nevoilor generale și specifice ale persoanelor vârstnice.

Din analizele făcute în mediile științifice sau în cadrul organismelor oficiale se poate aprecia că starea actuală a sistemelor de sprijinire a populației vârstnice se caracterizează prin disfuncțiuni accentuate, datorită, în principal, faptului că politicile sociale care le-au promovat nu au prevăzut și mecanismele necesare de susținere și de adaptare la schimbări.

Un raport de cercetare politică al Băncii Mondiale (1994) intitulat „Preîntâmpinarea crizei vârstei a treia” conchide că „există, în prezent, o evidentă criză a vârstei a treia care îi amenință nu numai pe bătrâni, ci și pe copiii și nepoții acestora care trebuie să preia pe umerii lor, direct sau indirect, mare parte din sarcina asigurării existenței celor în vârstă”.

Raportul evidențiază faptul că majoritatea sistemelor existente realizează o protecție neadecvată a celor în vârstă și, ținând seama de criteriul impactului asupra celor în vârstă, dar și de cel asupra întregii economii, sugerează elaborarea a trei sisteme de securitate a vârstei a treia: *un sistem public cu participare obligatorie*, finanțat din taxe, cu responsabilități mai ales în redistribuție; *un sistem privat cu participare obligatorie* (planuri de economii personale sau pensii ocupaționale), cu responsabilități în economisire, mai ales; un sistem bazat pe *depuneri voluntare*, care furnizează o protecție suplimentară. Toate cele trei componente la un loc ar realiza o co-asigurare în fața numeroaselor riscuri cu care se confruntă cei în vârstă, oferind bătrânilor o mai mare securitate a veniturilor, decât dacă s-ar baza doar pe unul dintre sisteme. Cele trei sisteme, aplicate concomitent, ar face să se ajungă la ceea ce este cel mai bine atât pentru populația vârstei a treia cât și pentru economie ca întreg.

În concluziile sale finale, raportul „Preîntâmpinarea crizei vârstei a treia” menționează că în întreaga lume țările își reevaluează aranjamentele pentru asigurarea securității venitului pentru populația vârstnică, că este imperios necesar ca toate țările să înceapă acum planificarea pentru populația în vârstă.

La dificultățile apărute pe plan european și mondial, legate de protecția socială, în general, și a persoanelor vârstnice, în particular, *în cazul României s-au adăugat probleme suplimentare legate de perioada de tranziție economică, de insuficiențele cadrului legislativ și ale celui instituțional.*

În privința *Legislației în domeniu s-au făcut progrese și a fost, în linii generale, elaborat cadrul juridic necesar, care a ținut seama de normele europene.*

Menționăm în context: Legea nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice (conform acestei legislații, persoanele vârstnice care se află în imposibilitatea de a-și asigura nevoile sociale și sociomedicale, datorită stării fizice sau psihice, ori datorită veniturilor reduse, sau care nu se pot gospodări, ori necesită îngrijire specializată, beneficiază de servicii de asistență socială și îngrijire

social medicală asigurată, instituții speciale, ori după caz, la domiciliu); Legea nr. 16/2000 privind înființarea, organizarea și funcționarea Consiliului Național al Persoanelor Vârstnice; Legea nr. 34/1998 privind acordarea de subvenții asociațiilor și fundațiilor cu personalitate juridică care înființează și administrează unități de asistență socială (MMSS a alocat, în anul 2000, suma de 19 645 243 mii lei pentru un număr de 71 fundații și 5 553 beneficiari, în scopul stimulării și susținerii acelor proiecte care se adresează categoriilor defavorizate, în special persoanelor vârstnice aflate în situație de dependență și care necesită îngrijiri la domiciliu); Legea nr. 705/2001 privind sistemul național de asistență socială (care are o secțiune ce se referă la serviciile sociale); H.G. și ordine ale ministrului (MMSS) privind acreditarea persoanelor care acordă îngrijire persoanelor vârstnice, stabilirea costului mediu lunar de întreținere în căminele pentru persoanele vârstnice, evaluarea gradului de dependență. În ceea ce privește *cadrul instituțional* și punerea în aplicare a legilor, se constată disfuncționalități, dintre care unele au ca origine abordări de principiu defectuoase. Menționăm în acest sens că, în recentul „Plan Național Anti-Sărăcie și Promovare a Incluziunii Sociale”, printre principiile sau opțiunile strategiei, unul se referă la *necesitatea abordării integrate a sistemului de protecție socială*, care să se centreze pe problemă, cu posibilități de planificare flexibilă a suportului, prin priorități contextuale. Se apreciază că sistemul nostru de protecție socială „este excesiv de fragmentat instituțional. Creșterea eficienței sale este condiționată de identificarea căilor de reintegrare instituțională”.

Guvernarea actuală preconizează ca, până în 2004, noul *sistem național de asistență socială* să fie în stare de funcționare. Baza sa legislativă este constituită din legile privind: sistemul național de asistență socială, venitul minim garantat, combaterea marginalizării sociale, administrația publică locală. La acestea se preconizează adăugarea unui pachet legislativ secundar (hotărâri de guvern și ordine ale miniștrilor), astfel ca baza legislativă a sistemului național de asistență socială să fie definitivată în principalele ei componente, în cel mai scurt timp. Comisia Interministerială de Asistență Socială (H.G. 773/2002) a identificat principiile de organizare a noului sistem, prezentate într-un memorandum care a fost dat publicității. Aici sunt prezentate și opțiunile organizaționale, de la nivelul local până la cel național. Comisia are rolul de elaborare a politicii unitare în domeniul asistenței sociale și de coordonare, la nivel național, a activităților de asistență socială.

În literatura românească a domeniului¹ se subliniază „*criza financiară a sistemului de asigurări sociale*”, care se datorează scăderii numărului de salariați și creșterii rapide a numărului de pensionari, situație datorată, în primul rând, politicii

¹ Vezi în special: Elena Zamfir (coordonator), *Strategii antisărăcie și dezvoltare comunitară*, Editura Expert, București, 2000; Cătălin Zamfir (coordonator), *Politici Sociale în România*, Editura Expert, București, 1999; Ioan Mărginean (coordonator), *Analiza comparativă a finanțării politicilor sociale din România – Țări în tranziție – Țările UE*, CASPIS, București, 2002.

de stimulare a pensionării timpurii din primii ani ai tranziției. Criza financiară ar putea crea, pe anumite perioade, imposibilitatea achitării pensiilor, soluțiile de contracarare a unei astfel de situații fiind dificil de elaborat, mai ales pentru termen mediu și lung. Sunt evidențiate și alte riscuri ale sistemului asigurărilor sociale: scăderea gradului de acoperire cu asigurări (riscul major de a scoate din sistem micii întreprinzători, lucrătorii pe cont propriu, agricultorii), ce se poate solda cu o sărăcire accentuată în aceste segmente de populație, o dată cu încetarea activității; scăderea beneficiilor de asigurări sociale; îmbătrânirea populației va accentua un risc resimțit deja: vârstnicii au nevoie de îngrijire medicală și asistență personală mult peste resursele disponibile, atât ale celor personale cât și ale sistemului de asigurări și de asistență socială.

Sistemul beneficiilor de asistență socială se confruntă cu probleme legate de metodologia și mecanismele de testare a veniturilor, și de stabilire a calificării pentru ajutor, de nivelul scăzut și erodarea rapidă a acestora, lipsa fondurilor, acces limitat din cauza necunoașterii, susținere publică slabă.

Sistemul serviciilor de asistență socială, care au ca obiectiv „refacerea și dezvoltarea capacităților persoanelor, familiilor, colectivității de a înțelege natura problemelor cu care se confruntă, identificarea soluțiilor constructive, dezvoltarea abilităților individuale și colective de a rezolva aceste probleme”, îndeplinește în principiu două funcții esențiale:

- oferă suport focalizat, profesionalizat și susținut de resurse pentru nevoi urgente speciale; acest suport este complementar sistemului de suport general și se acordă persoanelor lipsite de resursele elementare, necesare pentru a face față unor nevoi acute;

- oferă suportul necesar pentru refacerea și dezvoltarea capacităților de a face față situațiilor dificile (bătrâni singuri, izolați). Prin această funcție se încearcă menținerea sau restaurarea capacității de viață autonomă.

Sistemul serviciilor de asistență socială de tip comunitar, sau instituționalizate, ale cărei funcții sunt general recunoscute și pentru care a fost elaborată o lege specială, este în curs de implementare. Asistența socială s-a dezvoltat și ea haotic, fragmentat. De exemplu, asistența bătrânilor singuri și a celor cu dizabilități ca grupuri de risc este necesar să se facă coordonat, într-un sistem articulat de servicii și instituții care să comunice între ele, să coopereze pentru realizarea finalităților lor.

„Carta albă a asistenței sociale” elaborată cu sprijinul Băncii Mondiale, în 1993 a fost un document important referitor la reforma sistemului asistenței sociale dar, între timp, o serie de schimbări au impus reconsiderarea evaluării globale și a conținutului noului sistem de asistență socială. Legea asistenței sociale stipulează condițiile în care persoanele vârstnice au dreptul la asistență socială, modul în care se evaluează persoanele vârstnice care necesită asistență socială, stabilește serviciile comunitare pentru persoanele vârstnice la domiciliu sau în cămine speciale (servicii sociale, sociomedicale, și medicale).

Propunerile venite din cercetarea socială, cu privire la reorganizarea sistemului de asistență socială, privesc: evaluarea globală a sistemului de asistență socială, care să fie fundamentată de o diagnoză a nevoilor de asistență socială, eliminarea fragmentării sistemului și a responsabilităților lui, profesionalizarea serviciilor sociale, orientarea spre prevenirea crizelor, accentul serviciilor de asistență socială să fie direcționat spre grupurile de risc, printre care și bătrânii aflați în situații dificile etc.

Caracterizările generale ale sistemului de protecție socială din România au relevanță directă și pentru protecția socială a vârstnicilor: nivelul protecției sociale în România se află sub nivelul european; starea materială critică a unei însemnate părți a populației impune, în continuare, o intervenție masivă din partea statului, îndeosebi în ceea ce privește îmbunătățirea condițiilor de viață din instituțiile de asistență socială. Serviciile comunitare, structurile comunitare și non-guvernamentale de intervenție pentru ajutorul celor în nevoie sunt într-un stadiu incipient și se manifestă timid față de nevoile existente; există încă un înalt nivel al solidarității intrafamiliale, specific modelului tradițional al familiei românești, model susținut de legislația în domeniu.

Una dintre direcțiile cele mai importante de cercetare, dar și de acțiune, în ceea ce privește protecția socială a persoanelor vârstnice, vizează combaterea sărăciei și promovarea incluziunii sociale. Totuși, protecția socială a persoanelor vârstnice nu a captat în mod deosebit atenția, așa cum este cazul copiilor, tinerilor, grupurilor etnice. Problematika lor apare cel mai adesea implicit, cu excepția celei legate de sistemul de pensii.

PROTECȚIA SOCIALĂ A VÂRSTNICILOR. ELEMENTE DE DIAGNOZĂ

Protecția socială este definită și promovată ca un ansamblu de acțiuni întreprinse de societate pentru prevenirea, diminuarea sau înlăturarea consecințelor unor evenimente considerate riscuri sociale. Vom enumera mai jos unele elemente cu caracter mai general privind aceste acțiuni, cu referire indirectă la persoanele vârstnice, și apoi aspecte privind nemijlocit populația vârstnică.

În Raportul Național al Dezvoltării Umane – 2000 se apreciază că *nivelul cheltuielilor sociale* „este arătat de paradigma dezvoltării umane ca fiind un factor extrem de important pentru asigurarea unui standard satisfăcător de viață”. În perioada de tranziție, *cheltuielile sociale publice* în România, exprimate în procente din PIB, au fost considerabil mai mici decât în celelalte țări în tranziție. „România este foarte departe de nivelul de angajament social, asumat de cele mai multe țări UE”. În plus, „fondurile modeste alocate sectorului social au fost canalizate fără un cadru strategic adecvat”, astfel că cheltuielile nu au susținut în mod necesar sectoarele cele mai sărace sau cu mai multe nevoi. De asemenea, se apreciază că „potențiala criză financiară a sistemului social pare să fie generată nu de vârsta populației, ca în cele mai dezvoltate țări, cât de factori specifici

perioadei de tranziție, printre care pensionarea mai devreme în scopul micșorării presiunii șomajului”.

În Planul Național Anti-Sărăcie și Promovarea Incluziunii Sociale se apreciază că „există o subfinanțare cronică a sectorului social”. În România, efortul financiar pentru susținerea politicilor sociale se plasează la nivelul cel mai scăzut față de celelalte state europene. Se consideră că efortul financiar va crește inevitabil, sub presiunea problemelor sociale și a imperativelor integrării europene.

• Pensiile și pensionarii

Creșterea numărului de *pensionari* de asigurări sociale de stat, în condițiile reducerii numărului de salariați, a determinat înrăutățirea raportului dintre persoanele care susțin (care ar trebui să susțină) bugetul de asigurări sociale de stat și cele care beneficiază de pensie, și ca urmare, a avut loc sporirea dificultăților de finanțare a sistemului. Structural, se remarcă ponderea mare a pensionarilor pentru limită de vârstă cu vechime incompletă, cu influență negativă asupra nivelului pensiilor. Intrarea în vigoare a noii legi a pensiilor este de natură să corecteze aceste anomalii din sistem.

Numărul pensionarilor a crescut de la 2,4 milioane în 1990, la 4,4 milioane în 2000, plus 1,7 milioane în agricultură.

În schimb, numărul contribuabililor a scăzut de la 8,2 milioane în 1990, la 4,6 milioane în 2000.

În ultimii ani, raportul dintre pensia pentru limită de vârstă cu vechime completă și ritmul de creștere a salariului mediu s-a înrăutățit.

Din totalul populației inactive, în 2000, pensionarii și beneficiarii de ajutor social reprezentau 49,5%. Dintre bărbații inactivi, 52,9% erau pensionari sau beneficiari de ajutor social, iar în cadrul femeilor inactive procentul era de 47,3%. Din inactivii din urban procentul era de 50,2%, iar din inactivii din rural, 48,1%.

• În vederea restabilirii principiilor de bază ale sistemului asigurărilor sociale, din 1996 au fost aplicate măsuri de recorelare (continuate în 1998 și 1999) a pensiilor pentru limită de vârstă cu vechime completă (în care categorie se înscriu jumătate din numărul pensionarilor). Ca urmare a recorelărilor, a început să se îmbunătățească raportul dintre pensia pentru limită de vârstă și vechime completă și pensia medie de asigurări sociale de stat.

La 31 decembrie 2000, numărul pensionarilor de asigurări sociale de stat și limită de vârstă era de 3 052 277, din care cu vechime integrală 2 221 153 și cu vechime incompletă 831 124. Pensia medie lunară pentru munca depusă și limită de vârstă era de 1 080 050: pentru vechime integrală – 1 238 051 lei, fără vechime integrală 637 487 lei. Sub nivelul pensiei medii se aflau 30,4% din pensionari, cei mai mulți cu vechime incompletă. Pensia medie de asigurări sociale – agricultori, era, la aceeași dată de 188 388 lei.

Ca urmare a modificărilor în legislație, numărul mediu al pensionarilor de asigurări sociale pentru agricultori a continuat să crească, an de an, în iulie 1999 fiind cu 73,9% mai mare decât în 1990.

Pensia medie a agricultorilor este mai mică decât pensia medie a asiguraților sociale de stat (raportul era de 33,6%, în 1990, și 26,2%, în 1999).

Pensia medie de asigurări sociale de stat reprezenta, în 2000, 45,1% din valoarea ei în 1990, și, în 2001, 47,8%. Datele parțiale din 2002 confirmă înregistrarea unui trend pozitiv, începând cu 2001. Pentru agricultori, pensia reprezenta, față de 1990, 34% în 2000 și 36,4% în 2001.

În cadrul Planului Național Anti-Sărăcie se apreciază că sistemul de pensii este un factor major de risc fiscal. „Nivelul pensiilor este extrem de scăzut, presiunile sociale fiind, în consecință, ridicate în acest sector”. Starea sistemului de pensii este extrem de precară, deficitul din bugetul asigurărilor sociale are o tendință de creștere accentuată. Principalul factor al acestei evoluții a fost diminuarea substanțială a numărului contribuabililor, complementar cu creșterea rapidă a numărului pensionarilor, prin abuzul de pensionări anticipate.

• Asistența socială

Protecția persoanelor și familiilor, al căror trai zilnic nu poate fi susținut prin mijloace proprii, se asigură printr-o gamă de prestații și servicii de asistență socială, ce au în vedere familiile și persoanele lipsite de venituri sau cu venituri mici (ajutor social, ajutor de urgență, cantină de ajutor social), precum și prin servicii sociale individuale, sau în instituții pentru persoanele vârstnice.

Finanțarea asistenței sociale pentru persoanele vârstnice se face din următoarele fonduri:

– *bugetare*, pe principiul împărțirii responsabilității între administrația publică centrală și cea locală;

– *tot de la bugetul de stat*, pentru finanțarea activităților de asistență socială desfășurate de asociații și fundații române cu personalitate juridică, precum și de unitățile de cult recunoscute în România și alte cheltuieli prevăzute prin lege (legea privind asistența socială a persoanelor vârstnice);

– *de la bugetul local* pentru situații prevăzute de lege;

– *din asigurările sociale de sănătate*, în condiții prevăzute de lege;

– *din fondurile căminelor pentru persoane vârstnice*;

– *din contribuția lunară a persoanelor vârstnice*, stabilită pe baza costului mediu lunar de întreținere (60% din veniturile personale lunare).

Procentul cheltuielilor pentru asistența socială, din totalul cheltuielilor în bugetul de stat, a fost, în perioada 1990–1999 sub 1%. Până în 2001, *asistența socială* s-a caracterizat prin *subfinanțare*, sub nivelul celorlalte țări aflate în tranziție și sub nivelul țărilor Uniunii Europene.

În perioada 1998–2002 au beneficiat de subvenții de la bugetul de stat 24 602 de persoane asistate din toate categoriile de persoane defavorizate, *din care 10 182 persoane vârstnice, aceasta fiind categoria cu cea mai mare reprezentare – 41% (cf. MMSS).*

Pe ani, ponderea vârstnicilor, din cei asistați în unitățile de asistență socială subvenționate de la bugetul de stat, a fost următoarea:

1998 – 48%; 1999 – 54%; 2000 – 39%; 2001 – 38%; 2002 – 39%.

Tipurile de servicii adresate persoanelor vârstnice în perioada 1998–2002 sunt: centre de zi pentru vârstnici, cămine de bătrâni, adăpost, asistență socială la domiciliu, aceasta din urmă având un trend crescător.

În 2002 funcționau următoarele tipuri de unități de asistență socială de tip rezidențial publice/private pentru vârstnici:

– Cămine publice pentru persoane vârstnice, susținute financiar de la bugetele locale (17 unități).

În acest tip de cămine sunt asistate 1 629 persoane (capacitatea este de 1 817, cererile în așteptare – 825). Cheltuielile anuale sunt de 31 705 553 mii lei (de la bugetele locale).

– Cămine publice pentru persoanele vârstnice, susținute financiar de la bugetul de stat (2 unități).

În acest tip de cămine, aflate în județele Alba și Sibiu sunt asistate 181 persoane (capacitatea este de 200 locuri, iar numărul cererilor în așteptare era de 34). Cheltuielile anuale au fost de 3 205 366 mii lei (de la bugetul de stat).

– Cămine pentru vârstnici ale asociațiilor și fundațiilor subvenționate de la bugetul de stat (14 unități)

Față de instituțiile publice, care oferă numai îngrijiri de tip rezidențial (cămine pentru persoane vârstnice) sau servicii de tip cantină de ajutor social, asociațiile și fundațiile dezvoltă unități de asistență socială atât cu caracter rezidențial cât și cu caracter rezidențial temporar, în centre de zi, sau la domiciliul persoanelor asistate.

În acest tip de cămine, plasate în 6 județe, cu o capacitate de 533 locuri sunt asistate 515 persoane, pentru care cheltuielile anuale se ridică la suma de 13 323 016 mii lei, susținute de la bugetele organizațiilor neguvernamentale .

Deci numărul total de persoane vârstnice, asistate în tipurile de cămine menționate mai sus, este de 2 315 persoane, pentru care în 2001 s-au cheltuit 748 233 935 mii lei, revenind 20 835 mii lei/persoană.

Printr-un act normativ promovat de MMSS (HG 1153/2001) nivelul mediu lunar al subvenției, care se acordă de la bugetul de stat pentru o persoană asistată, a fost majorat la 600 000 lei.

Pentru anul 2002, în vederea acordării subvențiilor în temeiul Legii nr. 34/1998, din bugetul de stat a fost prevăzută suma de 33,3 miliarde lei, în bugetul MMSS.

Alocația de hrană, în 2002 pentru o persoană din căminele pentru vârstnici era de 51 000 lei/zi. Cuantumul pentru cantinele de ajutor social – 37 000/zi.

Ajutorul social pentru asigurarea venitului minim garantat, care se acordă în condițiile legii nr. 416/2001, vizează familiile care realizează venituri lunare mai mici decât veniturile minime stabilite prin lege. Acestea primesc, la cerere, sprijin bănesc.

Din cauza resurselor insuficiente, ajutorul social s-a limitat la familiile și persoanele singure, din ce în ce mai sărace. *Ponderea cea mai mare o dețin persoanele singure, îndeobște vârstnice.*

– *Ajutorul de încălzire a locuinței*, acordat diferențiat persoanelor cu un venit mediu net lunar pe membru de familie de până la 2 106 000 lei, se acordă în perioada noiembrie 2002 – martie 2003 conform H.G. nr. 811/2002.

– Masa la cantinele de ajutor social, potrivit prevederilor Legii nr. 208/1997, este o altă modalitate de asistență. La sfârșitul anului 2001 existau 121 cantine de ajutor social, în care costurile au fost suportate de la bugetele locale plasate în toate județele, cu excepția județelor Argeș și Ilfov, cu o capacitate de 38 861 locuri; numărul mediu zilnic al persoanelor care au servit masa a fost de 25 602 persoane, iar totalul cheltuielilor s-a ridicat la 124.449.771 mii lei/an.

Organizațiile neguvernamentale, sau alți reprezentanți ai societății civile au 65 de cantine de ajutor social cu o capacitate de 4 904 locuri, numărul mediu zilnic al persoanelor care au servit masa în anul 2001 fiind de 3 781, iar cheltuielile totale pe an s-au ridicat la 17 002 926 mii pe an (MMSS).

O parte apreciabilă dintre persoanele vârstnice corespunde definițiilor de populație activă, respectiv ocupată (conform AMIGO, în cursul săptămânii de referință au desfășurat o muncă oarecare, plătită sau aducătoare de venit, chiar dacă beneficiau de pensie). În perioada 1996–2000 rata de ocupare a populației de 65 ani și peste a crescut de la 32,5% la 35,7%, respectiv la bărbați de la 38,4% la 40,8%, iar la femei de la 28,2% la 32,1%. În rural, procentul a crescut de la 49,7% la 56,4%, în timp ce în urban a scăzut de la 5,3% la 4,4%.

Rata de ocupare (procentul populației ocupate în procentul populației totale) pe subgrupe de vârstă avea, în 2001 următoarele valori: 45,5% pentru 60–64 ani; 42,8% pentru 65–69 ani; 37,1% pentru 70–74 ani și 26,6% pentru 75 ani și peste. Valorile sunt mai mari la bărbați decât la femei și de mult mai multe ori mai mari în rural decât în urban.

Prezența vârstnicilor de peste 65 ani pe piața muncii nu este determinată doar de o disponibilitate a acestora pentru o activitate aducătoare de venit, ilustrând astfel „principiul activizării” al protecției sociale, ci mai degrabă de *nevoia* de a munci pentru câștigarea traiului zilnic, în condițiile absenței sau insuficienței surselor de venit (mai ales în rural). Relevant este și faptul că, din populația activă de peste 65 de ani, doar 0,8% persoane au un nivel universitar de pregătire.

Conform unui sondaj CURS 2002, persoanele de peste 60 de ani considerau că, de când actualul Guvern a venit la putere, *protecția socială*:

S-a îmbunătățit	22,6%
A rămas la fel	39,9%
S-a înrăutățit	24,3%
NS/NR	8,3

Percepția unei situații mai degrabă înrăutățite este de natură să tempereze speranțele de îmbunătățire în anul următor, cu toate măsurile legislative și acțiunile concrete luate până în prezent și anunțate în programul social pe

anul 2003. Conform aceluiași sondaj, în opinia persoanelor vârstnice protecția socială:

se va îmbunătăți	23,1
va rămâne la fel	41,1
se va înrăutăți	19,0%
NS/NR	16,8%

VÂRSTNICII, SĂRĂCIA ȘI EXCLUZIUNEA SOCIALĂ

• Segmentul populației sărace din cadrul populației vârstnice s-a conturat pe fondul procesului de sărăcire a majorității populației.

Conform cercetărilor sociale, familiile de pensionari prezintă o rată intermediară de sărăcie, dar mai redusă decât media. În 2001, (în procent din totalul categoriei) *rata sărăciei pentru pensionari era estimată la 24,2%, iar a sărăciei severe la 7,3%*. Pentru populația în vârstă de peste 65 de ani rata sărăciei era de 26,8%, iar a sărăciei severe, de 9,3%. *Schimbările în ratele sărăciei nu-i favorizează nici pe pensionari, nici populația de peste 65 de ani*. Dimpotrivă, în 2001, ca procent din 2000, a avut loc o creștere de +0,4% pentru pensionari și +9,5% pentru persoanele de 65 de ani și peste².

Veniturile totale brute ale gospodăriilor de pensionari au fost în permanentă scădere, probabil și datorită necorelării pensiilor. Declinul veniturilor reale ale gospodăriilor de pensionari a antrenat scăderea consumului și deteriorarea structurii acestuia. Structura cheltuielilor de consum și ponderea lor indică un consum caracteristic stării de sărăcie:

– 60% din persoanele vârstnice declară că veniturile familiei nu le ajung nici pentru strictul necesar, față de 48% în 2001 (aprecierea validează trendul negativ evidențiat de datele statistice).

– 31% declară că veniturile actuale le ajung numai pentru strictul necesar, și doar 8% au venituri pentru un trai decent (sondaj 2002).

• De regulă, vârstnicii (pensionarii) nu sunt printre beneficiarii creșterii economice. Cheltuielile curente, în special cele pentru utilități, tind să determine alunecarea spre sărăcie a tot mai multor persoane vârstnice.

Beneficiile sociale sunt erodate mai rapid decât veniturile salariale. Pensia medie a pierdut mereu mai multe puncte procentuale față de salariul mediu, ceea ce conduce la un proces de sărăcire mai accentuat și o polarizare între persoanele active economic și cele dependente de suportul social.

Cele mai multe dezechilibre din domeniul beneficiilor sociale se înregistrează în domeniul pensiilor. Disparitățile, resimțite ca inechități flagrante, accentuează

² Conform: *Planul Național Anti-Sărăcie și Promovare a Incluziunii Sociale*, Guvernul României, iulie 2002.

disperarea, lipsa de speranță și activism, care pot contribui suplimentar la glisarea spre sărăcie.

Multe dintre nevoile de suport, în special cele de asistență socială, comunitară, la domiciliu, îngrijirea bătrânilor bolnavi etc. au fost acoperite doar formal, prin măsuri legislative, fără acoperire în realitate, cu deosebire în mediul rural. Lipsa de acces a vârstnicilor la serviciile sociale sporește „șansele” acestora de a intra în categoria săracilor.

În orașe, un număr semnificativ de bătrâni trăiește în sărăcie extremă: bătrâni singuri, cu pensii mici sau fără, fără sprijin din partea copiilor sau fără copii, care pierd locuința prin înșelăciune sau prin acumulare de datorii.

În rural, sărăcia extremă o întâlnim la bătrânii singuri, predominant femei, fără copii, care nu mai pot munci pământul și trăiesc din pensii de nivel extrem de redus (pensie CAP, pensie de urmaș).

Măsuri guvernamentale:

- În cadrul direcțiilor strategice ale „Planului Național Anti-Sărăcie și Promovare a Incluziunii Sociale, pe termen mediu/lung 2002–2012” figurează și următoarele obiective cu relevanță directă sau implicită privind combaterea sărăciei persoanelor vârstnice:

- Absorbția treptată a sărăciei persoanelor active și a celor care și-au încheiat ciclul vieții active (*pensionarii*).

- Promovarea unei societăți inclusive, cu un grad ridicat de coeziune socială.

- Asigurarea accesului la serviciile sociale fundamentale, printre care sănătatea și asistența socială.

- Completarea și dezvoltarea sistemului de asistență socială.

- În cadrul priorităților pentru guvernarea 2002–2004, din cele paisprezece posibilități, cinci se referă și la persoanele vârstnice: corecția dezechilibrului din sistemul de pensii și lansarea procesului de reabilitare a pensiilor, îmbunătățirea substanțială a accesului la serviciile sociale publice fundamentale, printre care și sănătatea, asigurarea unei acoperiri substanțiale cu servicii de asistență socială în familie și comunitate, implementarea noului sistem național de asistență socială, elaborarea de planuri județene anti-sărăcie și promovare a incluziunii sociale.

- În programul social pe perioada 2002–2003 se prevede că venitul minim garantat va fi indexat, ca și ajutoarele pentru încălzirea locuințelor; va continua procesul de recorelare a pensiilor; se vor asigura medicamentele de strictă necesitate, gratuite sau compensate; va fi extins gradul de cuprindere a persoanelor defavorizate cu venituri mici, în rețeaua de magazine de tip economat.

- În Programul de implementare a obiectivelor strategice, pentru obiectivul strategic „Eliminarea situațiilor de excluziune socială severă și promovarea incluziunii sociale” este prevăzută „Asistența socială pentru vârstnici”, deocamdată tot la nivel de „programe”, strategii care au în vedere dezvoltarea sistemului de servicii sociale pentru vârstnici, în familie și comunitate și îmbunătățirea sistemului de servicii, în centre de tip rezidențial.

În același program de implementare, se prevede „absorbția sărăciei pensionarilor prin creșterea treptată, în termeni reali, a pensiei și eliminarea dezechilibrelor din sistemul de pensii prin accelerarea procesului de recorelare”.

ÎNGRIJIREA SĂNĂTĂȚII ȘI SECURITĂȚII VÂRSTNICILOR

O caracterizare generală este dată de indicatorii de sănătate a populației, care exprimă o situație critică, România aflându-se, la mai mulți dintre ei, pe ultimele locuri din Europa. Conform unor aprecieri oficiale, printre care și Planul Național Anti-Sărăcie și Promovare a Incluziunii Sociale, situația critică a stării de sănătate este dată de efectul combinat al mai multor factori: sărăcia (lipsa de resurse financiare, alimentația deficientă, condiții proaste de locuit, lipsa accesului la condiții de igienă elementară), dezorganizarea socială (abandonul grijii față de propria sănătate, stiluri nesănătoase de viață, deficit de cultură și educație sanitară), deficitul de acces la serviciile medicale, deficitul serviciilor de prevenție și tratament ambulatoriu, dispariția sistemului de îngrijire medicală bazat pe teritorialitate.

Printre grupurile sociale cu deficit de acces la serviciile medicale se plasează și vârstnicii săraci, și mai ales vârstnicii din zonele rurale.

Pe lângă scăderea gradului de acoperire a populației cu servicii sociale fundamentale, există și o polarizare accentuată a accesului la serviciile medicale.

Fondurile alocate pentru sănătate sunt încă mici, chiar dacă în ultimii ani au fost în creștere (4,2% din PIB în 2001, față de 2,6% în 1997, 3,1% în 1998, 3,9% în 1999).

Conform datelor INSE, în gospodăriile de pensionari, cheltuielile totale de consum pentru medicamente și îngrijire medicală erau, în 2000, de 5,9%.

În intervalul de vârstă de peste 65 ani se înregistrează peste 65% din decese. Supramortalitatea este datorată, în principal, bolilor degenerative cu patologie complexă și lipsei îngrijirilor și asistenței adecvate.

Oferta de servicii de sănătate este, în general, afectată de cronicizarea subfinanțării, insuficiența resurselor materiale și umane, programe de sănătate insuficient fundamentate și diferențiate, absența unei piețe rurale a serviciilor de sănătate, inegalități în accesul la servicii.

În 2002, 75,8% din vârstnici s-au declarat nemulțumiți de starea lor de sănătate, față de 65,7% în 2001 și 59,1% în 2000 (conform sondajelor CURS).

Vârstnicii au declarat în 2002, în proporție de 74,5%, că nu sunt mulțumiți de ceea ce face Guvernul în domeniul sănătății, față de 55,5% în 2001.

Raportul Băncii Mondiale evidențiază interacțiunea dintre costurile cu securitatea vârstnicilor și cele cu sănătatea. Sănătatea fizică și mentală se deteriorează pe măsură ce oamenii îmbătrânesc. Genul de îngrijire medicală necesară bătrânilor, implicând costuri mari, duce la cheltuieli mari pentru sănătate, din partea statelor, o dată cu îmbătrânirea populației.

Disponibilitatea și costul serviciilor de sănătate au un impact important asupra nevoilor de venit ale vârstnicilor, de aceea se recomandă îngrijirea medicală subvenționată. Modul de furnizare a serviciilor de sănătate afectează costurile de pensie, atât pentru individ cât și pentru țară. Țările trebuie să fie conștiente de această interrelaționare și să le ia pe ambele în calcul, când își fac planificările pe termen lung pentru sănătatea și securitatea vârstnicilor. Raportul recomandă finanțarea separată a pensiilor și sănătății, pentru a evita mascarea costurilor reale ale fiecăruia dintre aceste servicii.

- Măsuri ale guvernării actuale.

Programele sociale guvernamentale în domeniul sănătății pornesc de la aprecierea că „îngrijirea sănătății trebuie să fie un bun social colectiv, accesibil tuturor cetățenilor României, indiferent de capacitatea lor de a plăti, pe fondul asigurării unui acces liber și echitabil la serviciile de sănătate”. În cadrul obiectivelor strategice în domeniul sănătății, unele privesc în mod explicit populația vârstnică: crearea de centre sociomedicale în întâmpinarea persoanelor aflate în situația de risc, printre care se află și o parte din pensionari, creșterea accesului la asistență medicală pentru segmentele de populație defavorizate (populația din mediul rural, segmentul sărac, persoanele neasigurate), dezvoltarea îngrijirilor la domiciliu, în cămine de zi, reînființarea specialității de asistent medical de ocrotire pentru bătrâni.

Dacă vârstnicii se simt, în general, bine integrați în familie și vecinătate, în schimb, societatea globală este mai degrabă departe, nesigură sau chiar ostilă.

BIBLIOGRAFIE

1. Ioan Mărginean (coordonator), *Analiza comparativă a finanțării politicilor sociale din România – țări în tranziție – țările UE*, București, CASPIS, 2002.
2. Cătălin Zamfir (coordonator), *Politici sociale în România*, București, Editura Expert, 1999.
3. Elena Zamfir (coordonator), *Strategii anti-sărăcie și dezvoltare comunitară*, București, Editura Expert, 2000.
4. *Planul Național Anti-Sărăcie și Promovare a Incluziunii Sociale*, Guvernul României, București, iulie 2002.
5. *Preîntâmpinarea crizei vârstei a treia*, Raport al Băncii Mondiale, 1995.
6. *Raportul Național al Dezvoltării Umane, România 2000*, PNUD, 2001.