



**ASISTENȚA SOCIALĂ ÎN ROMÂNIA
DUPĂ 25 DE ANI:
RĂSPUNS LA PROBLEMELE TRANZIȚIEI**

– texte selectate –

**ELENA ZAMFIR, SIMONA MARIA STĂNESCU, DANIEL ARPINTE
(coordonatori)**



E I K O N

**ASISTENȚA SOCIALĂ ÎN ROMÂNIA
DUPĂ 25 DE ANI:**

RĂSPUNS LA PROBLEMELE TRANZIȚIEI

- texte selectate -

Coordonatori:

Elena ZAMFIR, Simona Maria STĂNESCU, Daniel ARPINTE

Autori:

Daniel ARPINTE, Ciprian Ilie BĂDESCU, Dan BANCIU,
Georgiana-Virginia BONEA, Cosmin BRICIU, Adina DRAGOTOIU,
Sebastian FITZEK, Livius MANEA, Alina Ioana MARINOIU,
Ioan MĂRGINEAN, Adina MIHĂILESCU, Luminița IONESCU,
Lavinia ONICA-CHIPEA, Dan Constantin RĂDULESCU,
Codrin SCUTARU, Mariana STANCIU, Simona Maria STĂNESCU,
Irinel STEGAR, Ștefan Corneliu ȘTEFĂNESCU,
Mihaela Alida TOMIȚĂ, Alexandra VÎLCU,
Cătălin ZAMFIR, Elena ZAMFIR

Secretar științific: Sebastian FITZEK

Traducere în limba engleză: Cristina FELEA

ASISTENȚA SOCIALĂ ÎN ROMÂNIA DUPĂ 25 DE ANI:

RĂSPUNS LA PROBLEMELE TRANZIȚIEI

- texte selectate -

Coordonatori:
Elena ZAMFIR
Simona Maria STĂNESCU
Daniel ARPINTE



E I K O N

Cluj-Napoca, 2015

© Autorii

Editura EIKON

www.edituraeikon.ro

&

Editura ȘCOALA ARDELEANĂ

Cluj-Napoca, str. Mecanicilor nr. 48

Redacția: tel 0364-117.252; 0728.084.801

e-mail: office@scoalaardeleanaclub.ro, redactie@scoalaardeleanaclub.ro

Difuzare: tel/fax 0364-117.246; 0728.084.803

e-mail: difuzare@scoalaardeleanaclub.ro, esadifuzare@gmail.com

www.scoalaardeleanaclub.ro

Editura Eikon este acreditată de

Consiliul Național al Cercetării Științifice din România (CNCS)

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

Asistența socială în România după 25 de ani : răspuns la problemele tranziției :

texte selectate / Daniel Arpinte, Ciprian Ilie Bădescu, Dan Banciu, ... ; coord.: Elena Zamfir, Simona Maria Stănescu, Daniel Arpinte ; trad.: Cristina Felea. - Cluj-Napoca : Editura Școala Ardeleană ; București : Eikon, 2015

Bibliogr.

ISBN 978-606-8699-37-0

ISBN 978-606-711-263-4

I. Arpinte, Daniel

II. Bădescu, Ciprian Ilie

III. Banciu, Dan

IV. Zamfir, Elena (coord.)

V. Stănescu, Simona Maria (coord.)

VI. Arpinte, Daniel (coord.)

VII. Felea, Cristina (trad.)

36(498)

Imagine coperta I: www.flickr.com, James Cridland, *Crowd*

Editor: Vasile George DÂNCU

Copertă și tehnoredactare: Ioachim GHERMAN

Cuprins

Listă abrevieri.....	11
Despre autori.....	13
About the authors.....	21
În loc de PREFAȚĂ	
De la succesul tradițional la inconsistența schimbării.....	29
<i>Elena Zamfir</i>	
Instead of FOREWORD	
From Traditional Success to the Inconsistency of Change.....	53
<i>Elena Zamfir</i>	
PARTEA I	
ASISTENȚA SOCIALĂ: O ISTORIE DRAMATICĂ.....	77
Perioada premodernă a asistenței sociale în România (până la 1848).....	79
<i>Dan Constatin Rădulescu</i>	
De ce este importantă asistența socială.....	101
<i>Daniel Arpinte</i>	
Asistența socială față în față cu societatea riscurilor, din perspectiva politicilor sociale europene.....	111
<i>Elena Zamfir</i>	
PARTEA a II-a	
STRUCTURA SISTEMULUI DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ.....	151
Cadrul normativ al asistenței sociale în România.....	153
<i>Lavinia Onica Chișea</i>	
Legea asistenței sociale și riscurile dependenței populației de ajutorul social.....	191
<i>Elena Zamfir</i>	

Analiza evoluției recente a beneficiilor de asistență socială gestionate de Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice.....	211
<i>Simona Maria Stănescu, Adina Dragotoiu, Alina Ioana Marinoiu</i>	
Analiza impactului suportului programelor externe de finanțare pentru dezvoltarea sistemului de asistență socială.....	246
<i>Daniel Arpinte</i>	
Opinia populației României privind eficiența unor sisteme naționale de servicii.....	256
<i>Ștefan Corneliu Ștefănescu</i>	
PARTEA a III-a	
SPRE O ASISTENȚĂ SOCIALĂ INTEGRATĂ ASUPRA FAMILIEI.....	
271	
Asistența socială pentru familie și copil în perioada de austeritate.....	273
<i>Elena Zamfir</i>	
Investiția în copil ca factor-cheie pentru combaterea sărăciei și dezvoltarea socială.....	285
<i>Cosmin Briciu</i>	
Tinerii post-instituționalizați: nevoi, riscuri și recomandări.....	308
<i>Alexandra Vilcu</i>	
Grupul vulnerabil al familiilor cu copii din România 1989-2013.....	320
<i>Adina Mihăilescu</i>	
Familia monoparentală grup social vulnerabil.....	346
<i>Luminița Ionescu</i>	
Efectele emigrării părinților în opinia adolescenților.....	360
<i>Irinel Stegar</i>	
Asistența socială adresată persoanelor vârstnice din România.....	373
<i>Mariana Stanciu</i>	
Estimarea prin metoda Monte Carlo a riscului ca o familie să devină săracă.....	428
<i>Ștefan Corneliu Ștefănescu, Adina Mihăilescu</i>	
PARTEA a IV-a	
O ASISTENȚĂ SOCIALĂ EFICIENTĂ	
A GRUPURILOR VULNERABILE.....	
435	
Semnificații ale dizabilității în sistemul de protecție socială din România.....	437
<i>Livius Manea</i>	

Evaluarea datelor în cadrul cercetării socio-economice în domeniul ocupării persoanelor cu scleroză multiplă.....	467
<i>Elena Zamfir, Livius Manea, Codrin Scutaru, Sebastian Fitzek</i>	
Asistența socială și prevenirea formelor de agresivitate în mediul penitenciar.....	518
<i>Dan Banciu</i>	
Probațiunea și asistența socială pentru justiție.....	535
<i>Mihaela Alida Tomiță</i>	
Violența în relația de cuplu: întrebări și răspunsuri.....	545
<i>Georgiana-Virginia Bonea</i>	
Politica de suport pentru populația de romi: o trecere în revistă.....	562
<i>Cătălin Zamfir</i>	
PARTEA a V-a	
POLITICI SOCIALE ÎN ASISTENȚĂ.....	575
Interferențe dintre sistemele de pensii și asistența socială.....	577
<i>Ioan Mărginean</i>	
Politicile publice și rolul asistentului social din România în noua construcție europeană.....	591
<i>Sebastian Fitzek</i>	
Distribuția riscurilor în societatea românească și efectele sale asupra politicilor de protecție socială.....	606
<i>Ciprian Ilie Bădescu</i>	
ANEXE.....	629
Anexa 1	
Cadrul instituțional al sistemului de asistență socială.....	631
<i>Codrin Scutaru, Mihaela Greco</i>	
Anexa 2	
Principalele acte normative (Legi și Ordonanțe ale Guvernului) din domeniul asistenței sociale din 1990 până în prezent.....	635
<i>Lavinia Onica Chișea</i>	
Anexa 3	
Niveluri minime de trai.....	642
<i>Adina Mihăilescu</i>	

Contents

List of Abbreviations.....	11
Despre autori.....	13
About the authors.....	21
În loc de PREFAȚĂ	
De la succesul tradițional la inconsistența schimbării.....	29
<i>Elena Zamfir</i>	
Instead of FOREWORD	
From Traditional Success to the Inconsistency of Change.....	53
<i>Elena Zamfir</i>	
PART I	
SOCIAL ASSISTANCE: A DRAMATIC HISTORY.....	77
The Premodern Period of Romanian Social Assistance (until 1848).....	79
<i>Dan Constatin Rădulescu</i>	
Why is Social Assistance Important?.....	101
<i>Daniel Arpinte</i>	
Social Assistance and the Risk Society - An European Social Policy Perspective.....	111
<i>Elena Zamfir</i>	
PART II	
THE STRUCTURE OF THE SOCIAL ASSISTANCE SYSTEM.....	151
The Legal Framework of Romanian Social Assistance.....	153
<i>Lavinia Onica Chișea</i>	
The Social Assistance Law and the Risks of Social Support Dependency.....	191
<i>Elena Zamfir</i>	

An Analysis of Recent Developments in Social Assistance Benefits Managed by the Ministry of Labour, Family, Social Protection and Elderly Persons.....	211
<i>Simona Maria Stănescu, Adina Dragotoiu,</i>	
<i>Alina Ioana Marinoiu</i>	
An Impact Analysis of Foreign Financial Programmes Aimed at Developing the Social Assistance System.....	246
<i>Daniel Arpinte</i>	
The Efficiency of National Support Programmes – Romanians' View....	256
<i>Ștefan Corneliu Ștefănescu</i>	

PART III

TOWARDS AN INTEGRATED FAMILY-CENTRED

SOCIAL ASSISTANCE.....271

Family and Children Social Assistance During Austerity.....	273
<i>Elena Zamfir</i>	
Child-Investment as Key Factor for Combating Poverty and Social Development.....	285
<i>Cosmin Briciu</i>	
Post-Institutionalised Youth: Needs, Risks and Some Recommendations.....	308
<i>Alexandra Vilcu</i>	
Vulnerable Groups of Families with Children in Romania 1989-2013...	320
<i>Adina Mihăilescu</i>	
The Single-Parent Family as Vulnerable Social Group.....	346
<i>Luminița Ionescu</i>	
The Effects of Parents' Migration - The Adolescents' View.....	360
<i>Irinel Stegar</i>	
Social Assistance for the Elderly Persons in Romania.....	373
<i>Mariana Stanciu</i>	
Family Poverty Risk Estimation by Monte Carlo Method.....	428
<i>Ștefan Corneliu Ștefănescu, Adina Mihăilescu</i>	

PART IV

EFFICIENT SOCIAL ASSISTANCE

FOR VULNERABLE GROUPS.....435

The Disability As Viewed by the Romanian Social Assistance System.....	437
<i>Livius Manea</i>	

Data Assessment within Social and Economic Research of Occupational Situation of Persons with Multiple Sclerosis.....	467
<i>Elena Zamfir, Livius Manea, Codrin Scutaru, Sebastian Fitzek</i>	
Social Assistance and Prevention of Aggressivity in Penitentiaries.....	518
<i>Dan Banciu</i>	
Probation and Social Assistance in the Justice System.....	535
<i>Mihaela Alida Tomiță</i>	
Domestic Violence in the Couple - Questions and Answers.....	545
<i>Georgiana-Virginia Bonea</i>	
Support Policies for Roma Population: A Review.....	562
<i>Cătălin Zamfir</i>	

PART V

SOCIAL POLICIES IN WELFARE.....575

Interferences Between the Pension System and Social Assistance.....	577
<i>Ioan Mărginean</i>	
Public Policies and the Role of the Romanian Social Worker in the New European Construction.....	591
<i>Sebastian Fitzek</i>	
Risk-Distribution in Romanian Society and Its Effects on Social Protection Policies.....	606
<i>Ciprian Ilie Bădescu</i>	

ANEXES.....629

Annex 1	
The Institutional Framework of the Social Assistance System.....	631
<i>Codrin Scutaru, Mihaela Greco</i>	
Annex 2	
Main Legal Provisions (Laws and Government Decisions) in the Field of Social Assistance since 1990.....	635
<i>Lavinia Onica Chișea</i>	
Anexa 3	
Minimum Levels of Living.....	642
<i>Adina Mihăilescu</i>	

Listă abrevieri

ANA	Agenția Națională Anti-Drog
ANPDC	Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului
AROPE	Rata riscului de sărăcie sau excluziune socială (At risk of poverty or social exclusion rate)
AMPOSDRU	Autoritatea de Management al Programului Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane
ANPS	Agenției Naționale pentru Prestații Sociale
CNPP	Casa Națională de Pensii Publice
CNPV	Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice
DGASPC	Direcția Generală de Asistență Socială și Protecție a Copilului
ECE	Europa Centrală și de Est
FMI	Fondul Monetar Internațional
HG	Hotărâre de Guvern
ICCV	Institutul de Cercetare a Calității Vieții
INS	Institutul Național de Statistică
IOVR	Invalizi, orfani, văduve de război
MD	Minimul decent de trai
MS	Minimul de subzistență
MMFPS	Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale
MMFPSPV	Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice
MTS	Ministerul Tineretului și Sportului
OIM	Organizația Internațională a Muncii
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
ONU	Organizația Națiunilor Unite
OUG	Ordonanță de Urgență a Guvernului
PIB	Produsul Intern Brut
POSDRU	Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane
SPAS	Serviciul Public de Asistență Socială
VMG	Venitul Minim Garantat

Despre autori

Elena ZAMFIR (autor și coordonator), profesor universitar doctor, cercetător științific principal I la Institutul de Cercetare a Calității Vieții (ICCV), Academia Română, București. Este doctor în filozofie din 1972 la Universitatea București. Este cadru didactic în învățământul superior din 1966 până în prezent. Este coordonator de doctorat din 1994. A fost șef la catedra de Asistență Socială și Psihologie Socială a Universității din București din 1991-2009. Domenii de interes în cercetarea științifică: politici sociale, asistență socială, strategii antisărăcie, incluziune socială, dezvoltare comunitară și bunăstare colectivă, psiho-sociologie și metodologia cercetării științifice, psihologie socială, bunăstarea copilului și a familiei, grupuri etnice – romi etc. A fost și este coordonator de proiecte și implicată în multe cercetări științifice, procese de evaluare a reformelor sociale în perioada tranziției. A coordonat și a fost implicată în programe naționale și internaționale centrate pe incluziunea grupurilor defavorizate, oportunități egale și politici de gen, programe sociale pentru romi, economie socială, servicii de asistență socială pentru copil și familie etc. A fost expert național pe politici sociale în asistență pentru instituții internaționale: UNICEF, UNDP, UNESCO, USAID, DIFID, Consiliul Europei, Comisia Europeană. A publicat multe studii în reviste de specialitate (peste 70), cărți ca singur autor și co-autor (25), rapoarte naționale și internaționale (peste 18). Pentru activitatea științifică și didactică a primit multe diplome și premii științifice naționale și internaționale. Menționăm câteva: premiul Academiei Române pentru coordonarea lucrării „Țigani între ignorare și îngrijorare”; Doctor Honoris Causa la 5 Universități din țară: Universitatea de Vest din Timișoara, Universitatea de Stat din Oradea, Universitatea Andrei Șaguna din Constanța, Universitatea de Stat din Craiova, Universitatea Constantin Brâncuși din Târgu Jiu. A primit medalia de aur a Universității din Petroșani, medalia de argint a Universității Vasile Goldiș din Arad. A primit Premiul Consorțiului Universităților Americane pentru coordonarea masterului internațional „Administrarea Comunitară a Justiției”. E-mail: ezamfir1@gmail.com

Simona Maria STĂNESCU (autor și coordonator) este doctor în sociologie din 2012, Universitatea din București cu tema „Redefinirea bunăstării sociale din perspectiva schimbărilor sub impactul globalizării – Statul bunăstării între supraviețuire, reformă și integrare europeană”.

Simona este cercetător științific II în cadrul ICCV, Academia Română. Simona este autor și coordonator a 20 de volume din domeniile: politică socială, grupuri vulnerabile și economie socială. Publicație recentă: Ionescu, M.; Stănescu S.M. 2014. *Public policies for Roma. Assesment Report of national programs financed by European Union for Roma inclusion*, Editura ProUniversitaria, București. E-mail: simona.stanescu@iccv.ro

Daniel ARPINTE (autor și coordonator) este cercetător științific II în cadrul ICCV, Academia Română și doctor în sociologie din 2010 cu lucrarea *Tendințe în dezvoltarea sistemului de asistență socială în România*. Este autor a numeroase rapoarte, studii și articole în domeniile politici sociale, asistență socială, populația roma, economie socială, dezvoltare comunitară și evaluare. Are o experiență vastă în domeniul evaluării de proiecte, programe sau politici privind grupurile dezavantajate și serviciile de asistență socială. Publicație recentă: Măsurile de ocupare pe piața muncii a persoanelor cu dizabilități, *Revista Calitatea Vieții*, 2014. E-mail: arpinte@iccv.ro

Sebastian FITZEK, (autor și secretar științific) este doctor în sociologie din 2010, Universitatea de Vest din Timișoara cu tema „Sacru și puterea politica: aspecte sociopsihologice ale imaginarului colectiv”. Lucrează ca asistent universitar la Facultatea de Comunicare și Relații Publice, Școala Națională de Studii Politice și Administrative, București. Domeniile sale de cercetare sunt: asistența socială, sociologia politică, antropologia politică și culturală, doctrine politice, analiză politică și electorală. Publicație recentă: „Romanian-Roma Inter-Ethnicall Political And Social Imaginary From Bucharest” în *Proceedings of the International Conference on Social Sciences*, București, ed. EUSER, Vol. 2. E-mail: sebastian.fitzek@comunicare.ro

Ciprian Ilie BĂDESCU (autor) doctor în sociologie din 2006, cercetător științific III în ICCV, Academia Română. Ciprian este inițiatorul proiectului „Către o meta-perspectiva a regimurilor de bunăstare în țările Central și Est Europene din Uniunea Europeană” în colaborare cu specialiști ai Centrului de cercetare în domeniul managementului serviciilor de sănătate, Facultatea de Politici Sociale, Universitatea din Birmingham. Domeniile de interes: analiza comparativă a regimurilor de bunăstare (concepte, tipologii și teorii), metode și tehnici de analiză comparativă a regimurilor de bunăstare (metode și tehnici calitative, abordări longitudinale). Publicație recentă: „*Conversiunea sistemelor – pustiul*

postmodern și deformările lumii" (co-autor 2014) Editura Mica Valahie, București. E-mail: badescu.ciprian@gmail.com

Dan Petre Gabriel BANCIU (autor) este doctor din 1980, specialitatea Filosofie-Sociologie cu teza „Forme de integrare în economia socialistă a familiilor țărănești cu gospodării individuale din zonele necooperativizate”. Dan BANCIU este cercetător științific I în cadrul Institutului de Sociologie al Academiei Române. Domeniile de specializare: sociologie juridică; sociologia crimei și criminalității și sociologie penitenciară. Dan BANCIU este autor și coautor a 21 de cărți (dintre care Corupția și crima organizată în România, 1996, a fost distinsă cu premiul Dimitrie Gusti al Academiei Române), 130 de studii și articole publicate în diverse volume și reviste de specialitate din țară și străinătate. Publicații recentă: Sociologie juridică, Editura Expert, 2008, articolul „Percepția publică a justiției din România in Revista Română de Sociologie Nr. 3-4/2014. E-mail: banciuinsoc@yahoo.com

Cosmin BRICIU (autor) este doctor în sociologie din 2011 cu lucrarea „Probleme sociale și acțiune socială – rolul evaluării” și cercetător în cadrul ICCV, Academia Română. Are experiență de cercetare în domeniile sărăciei, dezvoltării sociale, problemelor sociale care afectează categorii vulnerabile ale populației precum copii, tineri, vârstnici sau persoane fără adăpost, a fost implicat în studii de analiză a politicilor sociale, de evaluare a rezultatelor programelor sociale, precum și în elaborarea unor strategii de politică socială (sărăcie, incluziune socială, politici de tineret sau protecția copilului). Publicație recentă: „Fenomenul persoanelor fără adăpost în România – provocări pentru cercetare și pentru politici” (2014) în “Medditeranean Journal of Social Sciences”, volumul 5. E-mail: cosminbriciu@gmail.com

Georgiana-Virginia BONEA (autor) este doctor în sociologie din 2009, Universitatea București cu tema „Violența în relația de cuplu: victime și agresori”. Georgiana BONEA este cercetător științific în cadrul ICCV, Academia Română. Georgiana este Lector Universitar în cadrul Universității Hyperion, Facultatea de Jurnalism, Psihologie și Sociologie. Secțiunile Sociologie și Psihologie și Lector Universitar al Universității București, Facultatea de Sociologie și Asistență Socială, Universitatea București, Secțiunea Asistență Socială. Publicație recentă: „Devianța: probleme ale societății contemporane” (2014, coord.). Editura Sigma: București. E-mail: georgiana.bonea@gmail.com

Adina DRAGOTOIU (autor) este doctor în sociologie din 2013, Universitatea din București cu titlul „Incluziunea socială între responsabilitatea întregii societăți și responsabilitate partajată”. Adina DRAGOTOIU a coordonat sistemul național de asistență socială (1992 – 2000). A contribuit la elaborarea actelor normative de susținere a grupurilor vulnerabile. Din 2001, preocuparea profesională s-a axat pe promovarea programelor de incluziune socială în susținerea procesului de integrare europeană, dar și în perioada de postaderare. În calitate de manager de proiecte, a sprijinit implementarea măsurilor de incluziunea activă a grupurilor vulnerabile. Publicații: *Raport de cercetare privind economia socială în România din perspectivă europeană comparată* (co-coordonator, 2010), „Beneficiile de asistență socială gestionate de Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale”, *Revista Calitatea Vieții*, (co-autor, 2012). E-mail: adinadragotoiu@gmail.com

Luminița IONESCU (autor) este doctorand în sociologie din 2014 cu tema Calitatea vieții familiei monoparentale, în cadrul Academiei Române. Luminița este asistent cercetare în cadrul ICCV, Academia Română unde lucrează din 1990. Domeniul principal de cercetare vizează problematica familiei monoparentale. Publicație recentă: *Single-Parent Famil and the Quality of Life în Zamfir, E.; Maggino, F. (coord.) (2014). The European culture for human rights. The right to happiness, Cambridge Scholars Publishing, 2014.* E-mail: lumionescu1@gmail.com

Livius MANEA (autor) este doctor în sociologie din 1998 cu tema Strategii de protecție socială a persoanelor cu handicap. Profesor dr., Facultatea de Sociologie și Asistență Socială, Universitatea din București. Domenii de cercetare: dizabilitate, politici sociale, metodologia asistenței sociale. Publicații: două cărți de autor, 11 capitole în cărți, peste 30 de studii în reviste de specialitate. E-mail: livius.manea@sas.unibuc.ro.

Alina Ioana MARINOIU (autor) este expert în domeniul incluziunii sociale și a lucrat peste 14 ani în Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice. A participat la elaborarea documentelor naționale de asumare a angajamentelor României ca stat candidat și ca stat membru (rapoartele naționale strategice pentru protecție socială și incluziune socială și rapoartele de monitorizare a implementării priorităților domeniului incluziunii sociale). Are expertiză în accesarea fondurilor internaționale pentru implementarea programelor de incluziune socială. În perioada 2008-2011, a participat la scrierea și implementarea a peste opt proiecte strategice finanțate FSE. Publicații: *Raport de cercetare privind*

economia socială în România din perspectivă europeană comparată (co-coordonator, 2010), „Beneficiile de asistență socială gestionate de Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale”, *Revista Calitatea Vieții*, (co-autor, 2012). E-mail: alina.marinoiu@gmail.com

Ioan MĂRGINEAN (autor) este profesor universitar doctor, licențiat în sociologie (1970) doctorat în filosofie (1979), cu tema „Epistemologia și metodologia măsurării sociale”. În prezent este director adjunct al ICCV, Academia Română și conducător de doctorat la Universitatea din București. Domenii principale de competență: metodologia cercetării sociologice, structură socială, calitatea vieții, indicatori sociali, politici sociale. Publicație recentă: (coordonator și autor): *Profiluri teritoriale ale calității vieții în România* (2013, Editura Academiei Române). E-mail: imargin@iccv.ro.

Adina MIHĂILESCU (autor) este doctor din 2000, la Catedra de Economie Generală, din Academia de Studii Economice. Adina este cercetător științific II, în cadrul ICCV, Academia Română Principale domenii de interes: modele de consum, minimul decent de trai și minimul de subzistență, veniturile și puterea de cumpărare a populației, costurile sociale, sărăcia. Publicație recentă: volumul *Minimul de trai instrument în politicile sociale* (2014). E-mail: adina.mihailescu@yahoo.com

Lavinia ONICA-CHIPEA (autor) este doctor în domeniul drept din 2012 cu tema Regimul juridic al conflictelor individuale de muncă. Lavinia este conferențiar universitar în cadrul Facultății de Drept, Departamentul Drept și Științe Administrative, Universitatea din Oradea. Domeniile de interes: dreptul muncii și dreptul securității sociale, în special dreptul asistenței sociale. Publicații: patru cărți de autor, opt articole în volume colective și peste 20 de studii în reviste de specialitate. Publicație recentă: *A Chance for Roma Children: „Children of Promise”*, 2014, *Revista de Cercetare și Intervenție Socială*. E-mail: laviniachipea@gmail.com

Dan Constantin RĂDULESCU (autor) este licențiat în istorie (1973) și lucrează ca cercetător științific în ICCV, Academia Română. Publicație recentă: D. C. Rădulescu, M. S. Stănculescu, 2013. Oferta turistică din România 1948-2010, *Revista Calitatea Vieții* nr. 4/2013, Anul XXIII, pp. 299-326. E-mail: dradulescu50@yahoo.com

Codrin SCUTARU (autor) este doctor în sociologie, cercetător științific la ICCV, lector universitar. Este absolvent al Facultății de Științe Politice SNSPA-București și a Facultății de Științe Juridice a Universității Titu Maiorescu. Din 2013 este Secretar de Stat la Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice. A fost consilier de integrare europeană în cadrul Ministerului Integrării Europene, consilier pentru politici sociale în cadrul Guvernului României – Cancelaria Primului Ministru și Consilier personal al secretarului de stat pentru învățământ preuniversitar – Ministrul Educației și Cercetării. Domenii de interes științific; comunicare în administrația publică, sociologie urbană, diagnoza problemelor sociale, dezvoltare comunitară etc. Pe parcursul carierei profesionale a publicat un număr semnificativ de studii, articole și cărți, în calitate de unic autor sau coautor, din care amintim: Power distribution in the romanian transition și altele Enciclopedia dezvoltării sociale Politici de incluziune socială în perioada de criză economică și seria Raportul social al ICCV 2010-2012 (membru în echipa de autori). E-mail: codrin.scutaru@gmail.com

Mariana STANCIU (autor) este doctor în economie din 1995 cu tema „Calitatea serviciilor pentru populație din România” și lucrează ca cercetător științific I în ICCV, Academia Română. Este coordonator al temei Standard de viață și modele de consum. Publicații centrate și pe tematici precum calitatea serviciilor medicale din România, fenomenul sărăciei din România, veniturile populației și consumul de bunuri și servicii, finanțarea politicilor sociale, calitatea vieții familiilor cu copii, modul de locuire. Publicație recentă: Stanciu, M (coord.), 2014. Healthcare Services in Romania After Two Decades of Reform, LAP LAMBERT Academic Publishing, Germany. E-mail: mariana1stanciu@gmail.com sau mariana1stanciu@yahoo.com

Irinel STEGAR (autor) este doctor în sociologie din 2006, Universitatea Babeș Bolyai, Cluj Napoca, cu tema „Politici sociale prioritare în reabilitarea Văii Jiului”, lector universitar la Universitatea din Petroșani, vicepreședinte al Asociației Institutul Social Valea Jiului. Domenii de cercetare: piața muncii, reconversie profesională și politici sociale. Publicație recentă: Dezastrul programat al Văii Jiului (2014), Editura Focus, Petroșani. E-mail: irinel_st@yahoo.com

Ștefan Corneliu ȘTEFĂNESCU (autor) a absolvit Facultatea de Matematică și Informatică, Universitatea din București, ca șef de promoție. Doctor în matematică din 1986 la Universitatea din București. Teza de

doctorat se referă la proprietăți și aplicații ale șirurilor de valori aleatoare. Domenii actuale de cercetare: statistică computațională, tehnici Monte Carlo, simularea proceselor sociale, măsurarea unor fenomene socio-economice (inegalitate, polarizare, diversitate, dependență, progres, deprivare, bunăstare), modele matematice în economie, biologie, sociologie, geologie. A colaborat cu ICCV, Academia Română încă de la înființarea acestuia. Lucrările științifice privesc aspecte metodologice în stabilirea și compararea liniilor relative de sărăcie. E-mail: stefanst@fmi.unibuc.ro

Mihaela Alida TOMIȚĂ (autor) este doctor în sociologie din 2008 cu tema „Delincvența juvenilă. sisteme alternative de executare a pedepselor. Mihaela Tomiță este conferențiar la Universitatea de Vest din Timișoara, Facultatea de Sociologie și Psihologie, Departamentul de Asistență Socială. Activitatea sa profesională, academică și științifică este strâns legată de promovarea sancțiunilor alternative în sistemul de justiție penală. Autor și coautor a diferite cărți de specialitate și articole științifice, Mihaela Tomiță coordonează și participă la proiecte de cercetare și intervenție din domeniul delincvenței, al dreptului și protecției copilului și al sistemului de probațiune. Publicație recentă: Predescu, O., Tomiță, M., *Reziliență-victimologie-justiție penală sau o succintă introducere în reziliența juridică*, Revista Dreptul, nr.4/2014, București, Romania. E-mail: mihaela.tomita@e-uvt.ro

Alexandra VÎLCU (autor) este doctorand în sociologie în cadrul Școlii de Studii Avansate a Academiei Române (SCOSAAR), din 2012, și asistent de cercetare în cadrul ICCV, Academia Română din 2013. Principalul domeniu de cercetare este sociologia migrației, dar sfera de interese include și domenii precum asistenta socială, sociologia culturii, sociologia mass-media și economia socială. Publicație recentă: „Promoting Social Integration Through Cultural Events” în jurnalul Practical Application of Science, aparținând SEA Open Research, ediție apărută în noiembrie 2014. E-mail: alexandra.vilcu@iccv.ro

Cătălin ZAMFIR (autor), cercetător științific principal I și director al Institutului de Cercetare a Calității Vieții al Academiei Române, sociolog, Membru corespondent al Academiei Române. Din 1990 este Membru al unor comisii de specialiști ai Consiliului Europei, Uniunii Europene, UNDP și UNICEF. A participat la numeroase conferințe internaționale și naționale. A reconstituit Asociația Română a Sociologilor în 1990, al cărui președinte a fost în prima perioadă; în 2009 a fost reales

președintele Asociației. A întemeiat mai multe reviste, fiind, în diferite perioade, directorul lor: „Sociologie Românească” (revistă a Asociației Române a Sociologilor) (din 1990); „Calitatea Vieții” (ICCV, Academia Română) (din 1990); „Cercetări Sociale” (1998-2003), revista on-line „Inovația socială” (ICCV, Academia Română) (din 2009). A adus contribuții științifice originale în domenii ca: teoria și metodologia sociologică, calitatea vieții, politici sociale, dezvoltarea social proiectată, problemele sociale ca sărăcie, romi, copii. Publicațiile sale însumează: 19 cărți de autor, 23 volum coordonate, o carte tradusă în străinătate, opt cărți de coautor, 20 de publicații în străinătate, dintre care cele mai multe cărți colective. Este autor a unui *Dicționar de sociologie* și a unei *Enciclopedii a dezvoltării sociale*, 89 de studii apărute în reviste de specialitate. *Doctor Honoris Causa* al Universității de Vest din Timișoara, al universităților din Craiova, Constanța, Oradea și Târgu Jiu. E-mail: catalin.basarab@gmail.com

About the authors

Elena ZAMFIR, Ph.D. (author and editor). University professor, principal research investigator at the Research Institute for the Quality of Life (ICCV) of the Romanian Academy, Bucharest. Doctoral degree in Philosophy from the University of Bucharest (1972). A university teacher since 1966 and a doctoral advisor since 1994. Head of the Chair of Social Work and Social Psychology of the University of Bucharest (1991-2009). Research fields and interests: social policies, social welfare, poverty reduction strategies, social inclusion, community development and collective welfare, psycho-sociology and scientific research methods, social psychology, child and family welfare, ethnic groups (the Roma), etc. Coordinator of several projects and involved in many scientific research studies and monitoring of social reforms during the transition. Coordinator and member of several national and international programmes focussed on the inclusion of disadvantaged groups, equal opportunities and gender policies, social support for the Roma, social economy, child and family social care services, etc. Consulting national expert on social policies for international institutions such as UNICEF, UNDP, UNESCO, USAID, DIFID, the Council of Europe, the European Commission. Author of over 70 studies published in professional and academic journals, author and co-author of 25 books, and 18 national and international reports. Recipient of several academic diplomas and national/international scientific awards for scientific and teaching activity, such as the Romanian Academy Award for editing the volume *The Roma Between Ignorance and Concern*; Doctor Honoris Causa of 5 Romanian universities: The West University of Timișoara, The State University of Oradea, The *Andrei Șaguna* University of Constanța, The State University of Craiova, The *Constantin Brâncuși* University of Târgu Jiu. Awarded the gold medal of the University of Petroșani, the silver medal of Vasile Goldiș University of Arad. Awarded the Distinction of American Universities Consortium for coordinating the international joint Master programme “Community Justice Administration”. E-mail: ezamfir1@gmail.com

Simona Maria STĂNESCU, Ph.D. (author and editor). Doctoral degree in sociology from the University of Bucharest (2012) with the thesis “Redefining Social Welfare Under the Impact of Globalization – The Welfare State Between Survival, Reform, and European Integration”. Senior researcher at the Research Institute for the Quality of Life (ICCV) of the

Romanian Academy. Author and editor of 20 volumes in the fields of social policies, vulnerable groups, and social economy. Recent publication: Ionescu, M.; Stanescu, S. M. 2014. *Public Policies for Roma – Assessment Report of National Programs for Roma Inclusion Financed by the European Union*, ProUniversitaria Publishing House, Bucharest. E-mail: simona.stanescu@iccv.ro

Daniel ARPINTE, Ph.D. (author and editor). Researcher at the Research Institute for Quality of Life (ICCV) of the Romanian Academy. Doctoral degree in sociology (2010), with the thesis "Trends in Social Assistance System in Romania". Author of numerous reports, studies and articles in the fields of social policy, social work, the Roma, social economy, community development and assessment. Extensive experience in evaluation of projects, programmes or policies for disadvantaged groups and social services. Recent publication: "Active Measures for Employment of People with Disabilities" – Quality of Life Journal, 2014. E-mail: arpinte@iccv.ro

Sebastian FITZEK, Ph.D. (author and scientific secretary). Doctoral degree in sociology from the West University of Timișoara (2010), with the thesis "The Sacred and the Political Power: Social and Psychological Aspects of the Collective Imaginary". Assistant lecturer at the Faculty of Communication and Public Relations, National School of Political Science and Public Administration, Bucharest. Main research areas: social assistance, political sociology, political and cultural anthropology, political doctrines, political and electoral analysis. Recent publication: "Bucharest Romanian-Roma Inter-Ethnic Political And Social Imaginary" in Proceedings of the International Conference on Social Sciences, Bucharest, ed. EUSER, Vol.2. E-mail: sebastian.fitzek@comunicare.ro

Ciprian Ilie BĂDESCU, Ph.D. (author). Doctoral degree in sociology (2006), researcher at the Research Institute for Quality of Life (ICCV) of the Romanian Academy, Bucharest. Initiator of the project "Towards a meta-perspective of welfare regimes in Central and Eastern European countries in the European Union" in collaboration with experts from the Centre for Research in Health Services Management, Faculty of Social Policy, University of Birmingham. Research interests: comparative analysis of welfare regimes (concepts, typologies and theories), methods and techniques of comparative analysis of welfare regimes (qualitative methods and techniques, longitudinal approach). Recent publication: "Conversion Systems – the postmodern wilderness and world's

deformities" (co-author 2014) Little Wallachia Publishing, Bucharest.
E-mail: badescu.ciprian@gmail.com

Dan Peter Gabriel BANCIU, Ph.D. (author). Doctoral degree in Philosophy and Sociology (1980), with the thesis „Forms of Integration in the Socialist Economy of Peasant Families with Individual Households in Non-cooperativization areas". Senior researcher at the Institute of Sociology of the Romanian Academy. Areas of expertise: legal sociology, social criminology, sociology of imprisonment. Author and co-author of 21 books (*Corruption and Organized Crime in Romania*, 1996, was awarded the Dimitrie Gusti Romanian Academy Prize), 130 studies and articles published in various books and journals in Romania and abroad. Recent publications: *Legal Sociology*, Expert Publishing House, 2008; "Public Perception of Justice in Romania" in the Romanian Journal of Sociology Nr. 3-4 / 2014. E-mail: banciainsoc@yahoo.com

Cosmin BRICIU, Ph.D. (author). Doctoral degree in sociology (2011), with the thesis "Social Problems and Social Action – the Role of Assessment". Researcher at the Research Institute for Quality of Life (ICCV) of the Romanian Academy, Bucharest. Research experience in the fields of poverty, social development, social issues affecting vulnerable populations such as children, youth, the elderly or the homeless. Participated in studies of social policy analysis, social programmes assessment, and in social policy development strategies (poverty, social inclusion, youth or children focused policies). Recent publication: "Homelessness in Romania – Challenges for Research and Policy" (2014) in "Journal of Mediterranean Social Sciences ", vol. 5. E-mail: cosminbriciu@gmail.com

Georgiana-Virginia BONEA, Ph.D. (author). Doctoral degree in Sociology from the University of Bucharest (2009), with the thesis "Violence in the Couple: Victims and Aggressors". Researcher at the Research Institute for Quality of Life (ICCV) of the Romanian Academy, Bucharest. Lecturer at the Hyperion University, Faculty of Journalism, Psychology and Sociology, as well as at the University of Bucharest, in the Social Work Department of the Faculty of Sociology. Recent publication: *Deviance: Problems of Contemporary Society* (2014, editor), Sigma Publishing, Bucharest: E-mail: georgiana.bonea@gmail.com

Adina DRAGOTOIU, Ph.D. (author). Doctoral degree in sociology from the University of Bucharest (2013), with the thesis "Social Inclusion, Between the Responsibility of the Whole Society and Shared

Responsibility". Coordinated the national system of social assistance (1992-2000). Contributed to drafting laws to support vulnerable groups. Since 2001, professional interests focussing on promoting social inclusion programs in line with the requirements of the European integration process, and continued in the post-accession period. As project manager, supported the implementation of measures for active inclusion of vulnerable groups. Publications: *Research Report on the Social Economy in Romania in Comparative European Perspective* (editor, 2010), "Social Assistance Benefits Managed by the Ministry of Labour, Family and Social Protection", in *Quality of Life of Journal*, (co-author, 2012) E-mail: adinadragotoiu@gmail.com

Luminita IONESCU, Ph.D. (author). Doctoral candidate in sociology at the Romanian Academy (2014) on the topic of quality of life of single-parent families. Research assistant at the Research Institute for Quality of Life (ICCV) of the Romanian Academy, Bucharest (since 1990). Recent publication: *Single-Parent Family and the Quality of Life in Zamfir, E., Maggino, F. (eds.) (2014). The European culture for Human Rights. The Right to Happiness, Cambridge Scholars Publishing.* E-mail: lumionescu1@gmail.com

MANEA Livius, Ph.D. (author). Doctoral degree in sociology (1998), with the thesis "Strategies for Disabled Persons' Social Protection". Professor of Sociology at the Faculty of Sociology and Social Work, University of Bucharest. Research fields: disability, social policy, social work methodology. Publications: author of 2 books, 11 chapters in various books, over 30 studies in academic journals. E-mail: livius.manea@sas.unibuc.ro

Alina Ioana MARINOIU (author). Expert in the field of social inclusion. Worked for over 14 years in the Ministry of Labour, Family, and Social Protection. Participated in drafting pre-EU accession documents and post-accession reports, monitoring the implementation of social inclusion priorities. Expert in accessing international funds to implement social inclusion programs. Participated in the writing and implementation of eight projects financed by the European Social Fund ESF (2008-2011). Publications: *Research Report on the Romanian Social Economy in Comparative European Perspective* (editor, 2010), "Social Assistance Benefits Managed by the Ministry of Labour, Family and Social Protection" in *Quality of Life Journal*, (co-author, 2012). E-mail: alina.marinoiu@gmail.com

Ion MĂRGINEAN, Ph.D. (author). Doctoral degrees in sociology (1970) and philosophy (1979), with the thesis "The Epistemology and Methodology of Social Assessment". Professor of sociology and doctoral supervisor at the University of Bucharest. Currently Deputy Director of the Research Institute for Quality of Life (ICCV) of the Romanian Academy, Bucharest. Main areas of expertise: sociological research methodology, social structure, quality of life, social indicators, social policy. Recent publication: (editor and author), *Territorial Profiles for Quality of Life in Romania* (2013, Romanian Academy Publishing House). E-mail: imargin@iccv.ro

Adina MIHĂILESCU, Ph.D. (author). Doctoral degree in Economics (2000) at the Department of General Economics at the Academy of Economic Studies. Researcher at the Research Institute for Quality of Life (ICCV) of the Romanian Academy, Bucharest. Main areas of research: consumption patterns, the minimum acceptable standard of living and minimum subsistence income and purchasing power of the population, social costs of poverty. Recent publication: *Subsistence Minimum as an Instrument for Social Policies* (2014). E-mail: adina.mihailescu@yahoo.com

Lavinia ONICA-CHIPEA, Ph.D. (author). Doctoral degree in law (2012), with the thesis "The Legal Regime of Individual Labour Disputes". Associate Professor at the Faculty of Law, Department of Law and Administration Sciences, University of Oradea. Areas of interest: labour and social security law, particularly social assistance law. Publications: author of 4 books, 8 articles in collective volumes and over 20 studies in professional journals. Recent publication: A Chance for Roma Children, "Children of Promise", 2014, in Journal of Research and Social Intervention. E-mail: laviniachipea@gmail.com

Dan Constantin RĂDULESCU (author). Bachelor degree in History (1973). Researcher at the Research Institute for Quality of Life (ICCV) of the Romanian Academy, Bucharest. Recent publication: DC Radulescu, MS Stănculescu, 2013, "The Tourist Offer in Romania – 1948-2010", Quality of Life Journal no. 4/2013, Year XXIII, pp. 299-326. E-mail: dradulescu50@yahoo.com

Codrin SCUTARU, Ph.D. (author). Doctoral degree in sociology. Graduated the Faculty of Political Sciences, National School of Political Science and Public Administration, Bucharest and the Faculty of Law (Titu

Maiorescu University). University lecturer and researcher at the Research Institute for Quality of Life (ICCV) of the Romanian Academy, Bucharest. Since 2013 Secretary of State at the Ministry of Labour, Family, Social Protection and Elderly Persons. Advisor for European integration at the Ministry of European Integration, advisor for social policies in the Romanian Government – the Prime Minister Office and personal advisor of the Secretary of State for secondary education – Ministry of Education and Research. Research interests: communication in public administration, urban sociology, diagnosis of social issues, community development. As author and co-author, published a great number of studies, article and books: *Power Distribution in Romanian Transition*, *Encyclopedia of Social Development*, *Social Inclusion Policies During Economic Crisis*, and the series ICVV Social Reports (2010-2012). E-mail: codrin.scutaru@gmail.com

Mariana STANCIU, Ph.D. (author). Doctoral degree in economics (1995), with a thesis on "Quality of Romanian Services for Population". Researcher at the Research Institute for Quality of Life (ICCV) of the Romanian Academy, Bucharest. Coordinator of Life and Consumption patterns research unit. Research interests: quality of Romanian health services, poverty in Romania, the household income, and the consumption of goods and services, financing of social policies, quality of life for families with children, living conditions. Recent publication: Stanciu, M (editor), 2014. *Healthcare Services in Romania After Two Decades of Reform*, LAP LAMBERT Academic Publishing, Germany. E-mail: mariana1stanciu@gmail.com; mariana1stanciu@yahoo.com

Irinel STEGAR, Ph.D. (author). Doctoral degree in sociology from Babes Bolyai University, Cluj Napoca (2006), with the thesis "Priority Social Policies in the Rehabilitation of the Jiu Valley". Lecturer at the University of Petrosani, vice-president of the Association Social Institute of the Jiu Valley. Research areas: employment, professional re-training and social policies. Recent publication: *The Programmed Disaster of the Jiu Valley* (2014), Focus Publishing, Petrosani. E-mail: irinel_st@yahoo.com

Ștefan Corneliu ȘTEFĂNESCU, Ph.D. (author). Graduated from the Faculty of Mathematics and Informatics, University of Bucharest, as valedictorian. Doctoral degree in mathematics from the University of Bucharest (1986), with a thesis on the properties and applications of strings of random values. Current research interests: computational statistics, Monte Carlo techniques, simulation of social processes, measurement of socio-economic phenomena (inequality, polarization,

diversity, dependency, progress, deprivation, and welfare), mathematical models in economics, biology, sociology, and geology. Collaborator of the Research Institute for Quality of Life (ICCV) of the Romanian Academy, Bucharest since its establishment. Publications focussed on the methodological issues in establishing and comparing relative poverty lines. E-mail: stefanst@fmi.unibuc.ro

Mihaela Alida TOMIȚĂ, Ph.D. (author). Doctoral degree in sociology (2008) with the thesis "Juvenile Delinquency. Alternative Systems for Enforcement of Penalties". Associate professor at the West University of Timișoara, Faculty of Sociology and Psychology, Department of Social Work. Professional, academic and scientific activity is closely related to the promotion of alternative sanctions in the criminal justice system. Author and co-author of various specialized books and scientific articles. Coordinator and participant in research and intervention projects in the field of crime, child law and welfare, and probation system. Recent publication: Predescu, O., Tomita, M., Resilience, Victimology, Criminal Justice or a Brief Introduction to the Legal Resilience, Revista Dreptul, no. 4 / 2014, Bucharest, Romania. E-mail: mihaela.tomita@e-uvt.ro

Alexandra VÎLCU (author). Doctoral student in sociology at the School of Advanced Studies of the Romanian Academy (SCOSAAR) - since 2012. Research assistant at the Research Institute for Quality of Life (ICCV) of the Romanian Academy, Bucharest - since 2013. The main area of research: sociology of migration. Other research interests: social work, sociology of culture, sociology of media and social economy. Recent publication: "Promoting Social Integration through Cultural Events", in the Journal of Practical Application of Science, belonging to SEA Open Research. (November 2014). E-mail: alexandra.vilcu@iccv.ro

Cătălin ZAMFIR, Ph.D. (author). Senior Researcher and Director of Quality of Life Research Institute of the Romanian Academy, sociologist, Corresponding Member of the Romanian Academy. Since 1990, member of expert commissions of the Council of Europe, European Union and UNICEF, UNDP. Participated in numerous national and international conferences. Re-established the Romanian Association of Sociologists (1990), being its president in the first period and re-elected in 2009. Founder of several academic journals, being their director, at different moments: "Romanian Sociology" (the Journal of the Romanian Association of Sociologists) (1990), "Quality of Life" (ICCV. Romanian Academy) (1990); "Social Research" (1998 -2003), the online magazine "Social Innovation" (ICCV,

Romanian Academy) (2009). Original scientific contributions in several fields: sociological theory and methodology, quality of life, social policies, social development design, social problems such as poverty, Roma population, children. Authored 19 books, edited 23 volumes, had a book translated abroad, co-authored 8 books, 20 publications abroad (most of them collective books). Author of a *Dictionary of Sociology* and an *Encyclopaedia of Social Development*, and 89 studies published in academic journals. Doctor Honoris Causa of the West University of Timisoara, and the universities of Craiova, Constanta, Oradea, and Targu Jiu. E-mail: catalin.basarab@gmail.com

În loc de PREFAȚĂ

De la succesul tradițional la inconsistența schimbării

ELENA ZAMFIR

1. Pe scurt despre intenția volumului

Volumul de față este dedicat momentului aniversar a 25 de ani de la relansarea asistenței sociale în România (1990-2015). Această selecție de texte reprezintă și un semn de profund respect pentru misiunea nobilă a asistenței sociale, puternic orientată umanist spre indivizi și grupuri cu risc crescut de marginalizare, prin activarea funcției ei de suport social și solidaritate colectivă.

Acest eveniment ne-a oferit prilejul de a sintetiza doar o mică contribuție din rezultatele cercetărilor sociali, ca parte a unui efort comun investit de actori politici și comunitari, de organizații civice și profesionale la regândirea și dezvoltarea sistemului de asistență socială în România postdecembristă.

Contribuțiile selectate în acest volum, unele din ele publicate ca studii în reviste de specialitate, rapoarte de cercetare, comunicări, concluzii ale unor cercetări empirice sau teoretice actualizate pe parcurs, surprind evoluția în timp a sistemului de asistență încă de la debutul relansării lui din 1990. Multe din propunerile/analizele făcute de autori au o valoare de mărturie istorică pentru specificul formelor de asistență în România dar și pentru profilul politicilor publice în domeniu ca răspuns la riscurile societății moderne. Autorii plasează analiza problemelor din asistența socială în contextul noilor provocări ale tranziției și ale perioadelor de criză generatoare de măsuri severe de austeritate pentru populație.

Asistența socială, chiar de la reînființarea sa în 1990, a fost pusă în fața unei sarcini dificile, greu de realizat în contextul unei societăți marcate de sărăcie severă și riscuri noi aduse de tranziție. Asistența socială s-a confruntat cu grave probleme datorate extinderii marginalizării și excluziunii sociale nu numai la persoane individuale, dar și la grupuri largi sau chiar comunități întregi. Prin forme sociale de ajutor specializat, ea trebuia să asigure un suport calificat, profesionist, populației în dificultate.

De la început, și în România, ca oriunde în lume, studiile teoretice și de cercetare empirică au accentuat rolul asistenței ca formă publică de suport social dar și ca mod de conștientizare a persoanelor vulnerabile de participare activă la reconstrucția propriei lor vieți. Pe lângă interesul

constant pentru o tematică socială generos centrată pe analizarea priorităților politicilor de asistență, studiile aduc și idei interesante de reformă socială, propuneri pragmatice pentru factorii politici decidenți, argumente teoretice și practice în favoarea prevenirii și controlului riscurilor societății moderne. Analizele subliniază că formele de control și prevenție a riscurilor sociale, ca parte principală a asistenței sociale, au fost constant subestimate în proiectele de reformă guvernamentale. Ele apar mai mult în analize teoretice de specialitate ca teme majore de schimbări sociale viabile și coerente în sistemul asistenței.

Multe din studiile volumului subliniază că, încă din start (din anii 90), s-a strecurat o eroare majoră în conturarea și echilibrul formelor de suport social. Prin subfinanțare cronică, multe din serviciile și prestațiile din asistență socială au fost supuse permanent unor erodări continue și destructurări îngrijorător de rapide. În fapt, deseori, graba și improvizatiile privind formele și modalitățile de sprijin pentru beneficiarii de asistență socială, propuse sub impulsul cerințelor urgente și al presiunilor de stradă sau ca produse ale unor campanii electorale, au accelerat deprofesionalizarea sistemului. Ele au dus și la eșecul schimbărilor. Din păcate, acest dezechilibru dintre prestații (beneficii financiare) și servicii individuale, s-a menținut pe parcursul anilor în structurarea formelor de suport din asistență.

Studiile prezente în volum dezbate probleme sociale grave legate de sărăcie și marginalizare severă ale unor grupuri sociale, persoane în dificultate. Analizele se centrează pe categorii de grupuri vulnerabile cu risc major de excluziune socială, aducând în prim plan profilul nevoilor lor precum și răspunsuri posibile pe baza unor servicii și prestații de suport social.

În urma unei diagnoze clare a problemelor cu care se confruntă categoriile defavorizate, studiile evidențiază cauzele multiple ale dezechilibrului social și inegalităților majore apărute în comunitatea românească după 1990. Analizele sunt situate pe un fundal specific al unor schimbări interne, economice, social-politice și culturale majore, dar și în cel extern, al unei globalizări rapide. Propunerile pragmatice oferite de mediul academic de cercetare ar putea sta în atenția viitorului proiect de schimbare a sistemului de asistență socială din perspectiva unei viziuni unitar-integratoare de înțelegere și soluționare a problemelor sociale și nevoilor individuale.

Un aspect ce merită a fi menționat aici se referă la potențialul rezultatelor cercetărilor sociale în procesul de schimbare a situației celor în dificultate. În timp, multe din datele și concluziile cercetărilor s-au regăsit în strategii guvernamentale de reformă, prin măsuri active de intervenție

socială. E drept că, ele au fost preluate selectiv de decidenții politici, cu o forță mai mare sau mai mică, în funcție de ideologia programelor sociale ale partidelor aflate la guvernare.

În România, impactul vizibilității concluziilor cercetărilor sociale în deciziile de politici publice nu a fost însă unul neproblematic, linear/constant, așa cum ne-am fi așteptat în anii 90. Să ne amintim că în timpul Revoluției se făcea apel la ajutorul sociologilor de a se alătura forțelor revoluționare. Ei erau chemați pentru a limpezi problemele sociale ale unei perioade confuze de început a tranziției. La rândul lor, sociologii au sperat atunci că propunerile lor de politici sociale necesare reformelor în contextul noii democrații vor fi apreciate și luate în seamă de decidenții politici. Dar, pe parcursul tranziției, în procesul reformelor sociale, au fost perioade în care relația dintre mediu academic de cercetare socială și factorii politici decidenți nu a avut un traseu normal de colaborare și parteneriat. Uneori, această relație a fost una chiar tensionată în sfera argumentelor teoretico-științifice, plină de sincope, de neîncredere a guvernanților în rezultatele cercetării românești. Mai mult, o parte din decidenții politici au afișat deschis această atitudine față de concluziile cercetărilor sociale. Au fost și etape de întrerupere totală a comunicării decidenților cu cercetarea socială, de ignorare sau chiar de contestare a rezultatelor cercetării. Adesea, dezinteresul față de concluziile cercetărilor sociale românești au încurajat decidenții politici în angajarea expertizei externe în elaborarea unor strategii de reformă a sistemului. Acest fapt nu poate fi considerat doar ca simplă opțiune politică de direcție a schimbărilor în asistență socială. Dimpotrivă, presiunea unor instituții internaționale de intervenție în schimbările sociale a întârziat procesul de reformă structurală a sistemului. Importul unor modele din occident și preluarea lor neselectivă nu a avut efectul scontat. Acestea, fără o adaptare la cadrul intern socio-economic și cultural de viață, costisitoare și greu de implementat la noi, nu s-au transformat în modele durabile pentru recuperarea persoanelor defavorizate.

Partea a 3-a a volumului „Spre o **asistență socială integrată asupra familiei**” și partea a 4-a „**O asistență socială activă a grupurilor vulnerabile**” exprimă o opțiune clară a coordonatorilor volumului de a plasa analiza și intervenția socială de schimbare a situației persoanelor vulnerabile la nivelul familiei și al comunității, cu toate problemele lor, așa cum apar în viața reală de zi cu zi. Doar printr-o înțelegere integrată a tuturor nevoilor pe care le au membrii familiei sau grupurile cu risc de marginalizare, asistența socială își poate proba în timp funcțiile ei de sprijin. Fragmentarea problemelor și preluarea selectivă, parțială, doar a unor dificultăți cu care se confruntă familia sau o parte a membrilor ei, nu poate asigura nici durabilitatea soluțiilor prin ajutoarele primite și nici eficiență în

depășirea stării de dependență a beneficiarilor de sistemul de suport social. În fapt, toate problemele cu care se confruntă populația în dificultate apar ca strâns interdependente, într-un sistem unitar de cerințe. Ele reprezintă o expresie globală, sintetică, a tuturor nevoilor familiei și membrilor ei la un moment dat (copil, tânăr, vârstnic, persoane cu dizabilități, șomer, persoane dependente de drog, abuzuri etc.). Ca atare, toate nevoile presante din familie, grupuri sau comunitate, solicită un răspuns specific și la timp. Amânarea sau nesoluționarea unora împiedică automat dobândirea unei vieți normale, autonome, blocând procesul firesc al integrării sociale a individului. De aceea, plasarea suportului asistenței în proximitatea familiilor și a grupurilor cu probleme este cerută și presupusă de un context modern al unei intervenții active social.

Asistența socială, prin însăși finalitatea funcțiilor ei, are menirea de a susține acțiuni cu impact pozitiv în refacerea potențialului de integrare normală în comunitate a persoanelor, familiilor, grupurilor vulnerabile, aflate temporar în dificultate, în scopul dobândirii autonomiei/ independenței lor.

2. O posibilă sinteză a evoluției sistemului de asistență socială

De la înființare (1927) și până în prezent, asistența socială a parcurs în România un drum anevoios, cu multe piedici, suișuri și coborâșuri care au umbrat deseori, începuturile ei de succes din perioada interbelică (Zamfir, E. 1995).

Ca mod operativ de punere în aplicare a programelor de protecție socială precum și ca un component esențial al acesteia, asistența socială prin serviciile și activitățile ei specializate ajută persoane și grupuri aflate în nevoie să facă față momentelor dificile de criză, situațiilor anormale de viață care pot să apară pentru o anumită perioadă de timp. Totodată, ea susține prin mobilizarea resurselor personale, a instituțiilor de stat, a celor voluntare și a eforturilor comunității, refacerea capacităților proprii de integrare normală a categoriilor defavorizate (Zamfir, E., 1995, 2002, 2009).

Asistența socială, cu formele ei specializate de suport instituțional, a fost desființată în regimul socialist din motive de incompatibilitate structurală cu ideologia comunistă. Prin programul partidului comunist, se considera că rezolvarea tuturor problemelor omului se poate face automat, prin forme exclusiv administrativ birocratice. Fără justificări raționale, formele calificate de ajutor individualizat au fost eliminate din structurile administrației publice. Formarea specialiștilor în asistență a fost întreruptă în 1968. Deși cu tradiție în România interbelică, asistența socială la începutul anului 90, era practic inexistentă. Prezența ei în comunitatea românească se

mai păstra prin acei specialiști din trecut care și-au conservat motivația și responsabilitatea pentru o profesie nobilă, umanist orientată. Așa se explică de ce lipsa asistenței sociale în timpul regimului comunist a făcut ca, la începutul tranziției, rolul acesteia în procesul de reformă socială, să fie unul confuz, neclar și deseori atipic în raport de finalitatea ei.

În fapt, imediat după Revoluție, comunitatea românească, față în față cu riscurile majore ale unei societăți în tranziție, total diferită de cea a unei economii socialiste planificate, s-a dovedit a fi descoperită la nivelul unei asistențe sociale active. Numeroase programe sociale, politici de suport, măsuri de intervenție sectoriale adresate grupurilor și persoanelor vulnerabile și mai ales celor cu o deprivare multiplă, nu au beneficiat de la început de o bună coordonare pentru soluționarea situațiilor dificile, mai ales din zonele marginalizate și sever sărăcite. Astfel, și în prezent, în acord cu datele Ministerului Muncii, 5 milioane de români trăiesc în sărăcie persistentă. Un român din cinci, este sărac și expus riscului de exclusiune. Și posibilitățile de identificare corectă a celor expuși unei sărăcii severe și constante în timp au fost limitate datorită lipsei specialiștilor în domeniu și unei restrângeri dure a resurselor financiare alocate sistemului de asistență. În timp, calificarea beneficiarilor pentru asistență socială, nu s-a făcut după criterii standardizate, obiective. În procesul evaluării nevoilor de asistență socială s-au adus mari prejudicii sistemului prin multiple subcalificări sau supracalificări nejustificate a beneficiarilor. Acestea au distorsionat procesul de monitorizare și evaluare corectă a numărului beneficiarilor din sistem. Așa se explică de ce, în timp, problemele sociale grave s-au multiplicat rapid și s-au extins la comunități și grupuri sociale tot mai largi.

Pe parcursul tranziției a fost înregistrat un fenomen total contraproductiv pentru eficiența formelor de ajutor din asistență socială. Acesta se referă la ignorarea sau nepreluarea experiențelor acumulate în sistem, aflat permanent în continuă schimbare/reformă. Astfel, fiecare nouă Guvernare, în dorința de delimitare de guvernarea anterioară, critica dur schimbările înregistrate în domeniul asistenței, formulând în grabă necesitatea unui alt tip de reformă. Poate și de aceea, în perioada celor 25 de ani, formele de suport social ale asistenței au fost predominant pasive. În principal, ele s-au bazat, pe ajutoare bănești, dar și acestea total insuficiente pentru recuperarea numărului mare de persoane în dificultate. Deși multe ca număr, prestațiile, în sume foarte mici, s-au dovedit incapabile de a acoperi nevoile de bază ale beneficiarului. Accentul pus pe prestații în defavoarea serviciilor sociale, precum și fragmentarea ajutoarelor pe multiple forme de sprijin, au împiedicat și procesul unei evaluări corecte a acestora în timp. Sistemul nu a mai putut reacționa normal, conform standardelor/criteriilor acreditate, la testarea mijloacelor celor în dificultate pentru calificarea lor la

o asistență specializată. De asemenea, nu s-au putut corecta nici multiple subcalificări a celor care au fost excluși nejustificat din sistemul de ajutor social. A fost afectat grav și procesul de diagnoză socială a noilor probleme apărute, greu de prevăzut în contextul riscurilor multiple ale societății moderne. Datorate unei extinderi rapide a sărăciei și a lipsei locurilor de muncă, problemele sociale și individuale s-au multiplicat în timp, având efecte dramatice pentru comunitatea românească. Monitorizarea suportului social și a situației beneficiarilor a fost și ea ignorată sau realizată formal/superficial, și în grabă. Câteva exemple aici: plecarea la muncă în străinătate a părinților, tinerii instituționalizați fără protecție după 18 ani, delincvență juvenilă în creștere, educația scăzută a romilor și a copiilor săraci, sinucideri în rândul tinerilor, drama tinerilor fără loc de muncă etc. sunt doar câteva din acele probleme care nu s-au regăsit la timp în prioritățile politicilor de asistență socială.

Raportate la costurile mari ale administrației sistemului, formele de suport social, dezvoltate la întâmplare s-au dovedit a fi contraproductive, chiar păguboase pentru sistem. De asemenea, multe din încercările de reformă sectorială ale sistemului în domenii particulare (ca: asistența copilului, a persoanelor cu handicap, a tinerilor ce părăsesc instituțiile de protecție, a tinerilor dependenți de droguri, a copiilor singuri cu părinți plecați la muncă în străinătate, a persoanelor vârstnice neajutate etc.) s-au bazat, deseori, pe modele aduse din exterior, greu adaptabile la condițiile de viață ale familiilor românești. Unele s-au dovedit nefuncționale în recuperarea beneficiarilor, nereușite pe termen lung în contextul românesc; iar, pentru sistemul de asistență ca atare, extrem de costisitoare. Multe nu au putut fi generalizate și nici validate prin soluții viabile. Ele au implicat resurse financiare mari dar și risipă de resurse umane; au fost mari consumatoare de efort, bani, energie și timp. Au fost înregistrate chiar sacrificii umane și numeroase drame din segmentul populației sărăcite. În final însă, efectele scontate în schimbarea stării beneficiarilor, nu au fost regăsite în rezultate vizibile.

Proiectul social inițial al Revoluției din Decembrie 89, privind necesitatea unei „terapii de șoc” care să protejeze persoanele, grupurile, comunitățile în dificultate, s-a dovedit după 25 de ani, a fi unul utopic, neputincios, vizavi de explozia sărăciei și gravitatea problemelor sociale noi apărute. Fără fonduri suficiente și fără o gestionare responsabilă a lor, fără competențe umane în domeniu, răspunsul asistenței sociale a fost unul timid, insuficient de matur pentru a acoperi la timp numeroasele și gravele probleme sociale. Acestea s-au multiplicat continuu, ajungându-se treptat la imposibilitatea de control și soluționare. Astfel, metaforic vorbind, se poate spune că după 25 de ani, chiar asistența socială, copleșită de numeroase

sarcini nerezolvate, se află în mare dificultate. Ea însăși are nevoie de asistență, de suport în procesul ei de reconstrucție modernă. Se simte și acum, după atâția ani, nevoia unor strategii coerente-unitare de acțiune și intervenție socială prin măsuri active de sprijin/suport pentru populația în dificultate. Din păcate, orientarea clară a funcțiilor sistemului asistenței sociale centrate pe prevenție și recuperare nu a reprezentat o preocupare constantă a programelor politice de guvernare.

Erori sistematice în strategia de evoluție a asistenței sociale s-au datorat în principal dezvoltării ei „pompieristice”, la întâmplare, fără continuitate și fără o viziune integral-structurată dictată de nevoile de bază ale beneficiarilor. Acestea au afectat grav eficiența suportului social. Resursele financiare alocate asistenței, puține câte au fost, au fost risipite iresponsabil, fără o finalitate clară în favoarea celor nevoiași. Multe din neregulile apărute în sistem s-au datorat și unui haos de început al tranziției (uneori, poate și voit întreținut), care s-a manifestat prin:

- subfinanțarea cronică a întregului sistem de asistență,
- lipsa unei strategii integrate de dezvoltare a sistemului pe termen lung,
- subestimarea sistematică a rolului serviciilor sociale individualizate în prevenția riscurilor pe întreaga perioadă de tranziție,
- lipsa de înțelegere globală, coerentă a tuturor nevoilor beneficiarilor și de armonizare a lor cu forme specifice de suport social în schimbarea situației lor.

Neadaptarea continuă a formelor de ajutor social la profilul nevoilor a dus la o slabă focalizare a acestora pe categorii defavorizate și la o asistență predominant pasivă. Activizarea beneficiarilor în procesul schimbării situației lor nu s-a realizat prin crearea unor locuri de muncă decente, conform specializării lor profesionale. Chiar și după numeroase programe de reconversie, oportunitățile de angajare pe piața muncii a celor dependenți de sistemul de asistență au scăzut foarte mult. Pentru anumite categorii de vârstă (tineri până în 25 de ani, și categoria 45-50 de ani) crearea unor locuri corespunzătoare pentru angajarea acestora a fost mult timp chiar ignorată. Oricum, programele de reconversie profesională nu au avut efectul scontat. În absența locurilor de muncă pe piață, se poate spune că ele au ajutat mai mult pe formatori decât pe cei formați, care adesea nu-și găseau un loc potrivit calificării și pregătirii lor profesionale. Piața locurilor de muncă s-a dovedit practic insuficientă față de nevoile în creștere ale populației sărăcite rapid și fără șanse de angajare.

Fragilitatea sistemului de asistență socială și lipsa de viziune strategică în construcția lui, a generat numeroase dezbateri în plan academic. Au apărut dezacorduri majore și în platformele de reformă socială

ale partidelor politice de la guvernare. S-au făcut propuneri multiple din rândul actorilor comunitari, ai societății civile referitoare la activizarea formelor de ajutor social. Unele instituții internaționale au formulat chiar condiționalități dure pe timp de criză, greu suportate de grupurile vulnerabile, masiv sărăcite și marginalizate social. Toate aceste dezacorduri, discuții contradictorii, nu au fost de natură a crea un consens referitor la coerența schimbărilor din sistem și stabilitatea lui în timp. Echilibrul social a fost grav afectat de o polarizare socială șocantă, tot mai vizibilă public. Multe din schimbările sociale afișate, fără o formulare clară a finalităților sistemului de asistență și fără precizarea rolului statului în acest proces, au rămas în sfera unor enunțuri ideologice, simple promisiuni electorale, neacoperite.

De aceea, formele de sprijin ale asistenței sociale au fost în cei 25 de ani după Revoluție, pe rând, teme de dezbatere pentru cercetare, motive de controverse multiple între decidenții politici în procesul de reformă, cauze majore ale unor nemulțumiri deschise, adesea însoțite de proteste de stradă. În această perioadă, prestațiile sociale, serviciile de asistență specializate, ajutoarele de urgență sau cele complementare au fost permanent reajustate și aplicate diferit din perspectiva programelor politice ale guvernanților. Ele apăreau în atenția decidenților politici, de regulă pe o perioadă scurtă, cu precădere în timpul campaniilor electorale.

Fluctuațiile mari ale sistemului pe perioada tranziției se datorează și unor tendințe contradictorii de orientare a dezvoltării lui. Venite din direcții diferite, fără nici o coordonare coerent-structurată a eforturilor de construcție instituțională, aceste tendințe haotice au afectat grav finalitatea formelor de ajutor social. De aceea, asistența socială a fost mai mult, una de urgență, axată în principal pe probleme de supraviețuire. Au fost sistematic neglijate aspecte importante legate de reducerea excluziunii sociale și recuperarea celor marginalizați. Au fost încurajate improvizațiile de moment în gestionarea ajutoarelor sociale.

Lipsa de prioritizare a nevoilor în cadrul unei strategii coerente de acțiune, a accentuat în timp vulnerabilitatea și inconsistența schimbărilor în asistență. Din păcate, după 1989 nu a existat o orientare clară a construcției instituționale a sistemului de asistență socială pornind de la realitățile și nevoile comunității românești. În mod global, prioritățile tuturor guvernelor care s-au succedat timp de 25 de ani, au fost plasate cu precădere în sfera securității sociale și mai puțin în cea a asistenței sociale specializate. Mai mult, în perioada guvernării PDL- guvernul Boc, au apărut chiar confuzii grave între formele de securitate socială și cele de asistență socială (ex. pensionarii plasați în categoria celor asistați social, modul de calcul al pensiilor pe categorii profesionale, etc.). Evoluția sistemului de asistență

socială a fost influențată mai degrabă de factori întâmplători care nu au reușit să imprime o direcție precisă acestuia: presiuni ale unor crize punctuale, sugestii venite din exteriorul sistemului insuficient gândite, ajutoare ocazionale fără finalitate pentru beneficiari. Câteva exemple aici: cazul sistemului de ajutor social și venitul minim garantat, competiții instituționale neloiale pentru proiecte și programe de dezvoltare socială, interese parohiale înguste pentru crearea unor servicii de suport precum și o susținere sporadică din partea societății civile și a actorilor politici a asistenței sociale de tip comunitar.

În 1993 cu ajutorul specialiștilor Băncii Mondiale a fost elaborată în Ministerul Muncii, „Carta Albă a Asistenței Sociale”, singurul document structurat, de amploare referitor la reforma sistemului în România postdecembristă. Față de acest document însă, s-au formulat de la început unele critici dure venite din cele mai diferite direcții. În plus, s-au produs în timp schimbări importante în parametrii situației sociale interne și externe, documentul fiind reformulat de mai multe ori, cu adăugiri și corecții multiple pe parcurs care i-au afectat coerența. Acestea au trebuit evident să țină seama de:

- a. acumularea masivă de experiență în sistemul modern al asistenței sociale;
- b. schimbările sociale cu acele costuri ridicate ale tranziției și ale crizei economice care au condus la explozia sărăciei;
- c. proiecte legislative de armonizare a legislației românești la noile cerințe internaționale;
- d. nevoia de stimulare continuă a convergenței acțiunilor sociale interne cu cerințele europene.

O precizare se impune aici. În prezent, o largă varietate de grupuri sociale se află în nevoie urgentă de asistență. Ar fi o eroare a crede că asistența socială trebuie să se adreseze numai celor foarte săraci sau a celor mai săraci dintre săraci. În mod practic, o asemenea înțelegere ascunde o deformare importantă în determinarea nevoii de asistență socială: măsurarea sărăciei doar prin veniturile persoanelor. O asemenea abordare este de natură a introduce la rândul ei, distorsiuni în întreg sistemul. Situația de dificultate socială poate fi generată și de multe alte condiții personale. În multe publicații (Zamfir, C., 1999, Zamfir, E. 1995, 2000, 2002, 2009), se subliniază că pentru clarificarea contururilor generale ale nevoii de asistență socială, ar putea fi utilă o schemă structurală de următorul gen:

- săraci, în sensul de insuficiență a resurselor. În situația actuală a țării noastre o asemenea categorie este foarte largă. Din acest motiv, există puncte de vedere care susțin că obiect al asistenței sociale speciale trebuie să-l constituie **persoanele aflate în sărăcie severă**.

Și aici putem găsi două categorii de săraci în condiții de lipsă severă de resurse. A) Persoane lipsite de resurse minimale de supraviețuire; B) Persoane aflate într-un ciclu de dezvoltare și recuperare (copiii, bolnavi cronici etc.) lipsite de resursele necesare satisfacerii nevoilor de dezvoltare. Ex: în cazul copiilor trebuie avut în vedere atât nevoile dezvoltării fizice, sănătoase, cât și nevoile de formare școlară, profesională și de integrare socială.

- Situații de lipsuri extreme (ex. lipsa cadrului de viață elementar) care nu pot fi rezolvate doar prin veniturile curente: persoane fără locuință, sau condiții absolut improprie de locuire, femei cu copii alungate din locuință, copii ieșiți din instituții fără suport din partea familiei, infractori eliberați din închisori etc.
- Situații personale de dificultate absolută: copiii abandonati, copiii străzii, copii abuzați fizic, sexual sau emoțional, copii cu dificultăți de adaptare, persoane cu dizabilități, familii în dizoluție.
- Nevoi de resocializare și reintegrare sau recuperare: delincvenții juvenili, condamnații care rămân în comunitate, tinerii care părăsesc casele de copii, cei dependenți de alcool sau drog, persoanele vârstnice cu capacitate diminuată de viață autonomă, victime ale catastrofelor naturale sau sociale etc.
- Capacități limitate sau distorsionate de viață socială normală și responsabilă: familii dezorganizate, incapacitate de a asista formarea și dezvoltarea copiilor, incapacitate de soluționare pozitivă a situațiilor conflictuale, prejudecăți cu efecte de discriminare după gen, sex, etnie, vârstă, religie etc., excluziune socială, atitudini de abandon a controlului propriei vieți (șomeri resemnați, incapacitate de utilizare a metodelor de planificare familială, pattern-uri de viață nesănătoase care duc în timp la o „neputință învățată”).

O asemenea schemă structurală a nevoilor (care mereu se poate completa în timp) trebuie să stea la baza unei strategii de dezvoltare a sistemului de asistență socială. Ea sugerează două concluzii importante:

- a) nevoia financiară de asistență socială nu poate fi măsurată doar prin nivelul veniturilor actuale ci și prin existența unor condiții materiale elementare de viață. În consecință, ajutorul financiar nu se poate limita doar la venitul minim garantat. Oricare ar fi venitul minim garantat, el nu poate satisface singur nevoile de bază elementare ale familiei.
- b) Nevoia de asistență socială nu poate fi măsurată numai prin nevoia de resurse economice. Alături de acestea, serviciile sociale de asistență sunt vitale pentru a răspunde la variatele probleme ale celor în dificultate. Reducerea asistenței sociale doar la simple

transferuri financiare este inefficientă și în același timp lipsită de capacitatea de prevenție a multor riscuri/fenomene generatoare de excluziune. (Zamfir, E. și Zamfir, C. 1995).

Inexistența unei diagnoze clare a nevoilor de asistență socială are drept consecință incapacitatea stabilirii explicite a priorităților. În fapt, lipsa priorităților în strategiile guvernamentale de reformă lasă loc improvizațiilor în soluționarea problemelor reale. Aceasta poate genera nemulțumiri constante, stratificări sociale accentuate cu disfuncții grave pentru echilibrul social comunitar.

3. Elaborare de politici sociale pentru asistență

La nivel național guvernamental nu există un set structurat, coerent și unitar de responsabilități în domeniul asistenței sociale. Un aspect este însă clar în sfera coordonării sistemului: atribuirea funcției de elaborare a politicilor sociale în general și a celei în asistență socială în particular, Ministerului Muncii și Protecției Sociale. Asumarea unei asemenea responsabilități a fost însă mereu blocată de apariția rapidă, adesea la întâmplare, de noi organisme instituționale centrate pe diferite programe de asistență socială. Fără rațiuni în creșterea performanței sistemului, complet independente de MMPS, aceste structuri noi au fost foarte fluctuante. Așa se face că MMPS (prin Direcția Generală de Asistență Socială) deși are o responsabilitate globală, nu deține instrumente proprii de a și-o exercita la toate nivelurile. Ministerul este lipsit în fapt și de mecanisme efective de control și evaluare până și a unor funcții ce țin de conținutul de bază al asistenței. Până la urmă, singura sa responsabilitate precisă a rămas aceea de a supraveghea administrarea legii ajutorului social de către autoritățile locale și de a furniza o serie de beneficii categoriale, cum sunt alocațiile pentru copii.

Treptat, viziunea globală asupra ajutoarelor sociale focalizate pe nevoi s-a diminuat prin apariția unor tendințe autonome care fragmentează sistemul și responsabilitățile lui.

Fragmentarea suportului în asistență socială a fost dominată în ultimii ani de opțiunea guvernanților spre ONG-uri care considerau că, ele singure, ar putea acoperi, aproape total, nevoia de servicii individualizate de asistență socială. S-a ignorat prin această tendință posibilitatea multiplicării serviciilor publice corespunzătoare cerințelor beneficiarilor. De fapt, o asemenea opțiune ar putea fi explicată și ca o ideologie justificativă pentru neputința guvernanților de a gestiona serviciile de asistență și a interesului scăzut pentru politici publice în domeniul asistenței. Efectul a fost externalizarea serviciilor la ONG-uri sau

persoane fizice autorizate, dispersia într-o multitudine de servicii non-guvernamentale, punctual centrate pe proiecte limitate în timp, deseori nesustenabile. Pe ansamblu, rezultatele s-au dovedit a fi slab eficiente în termeni de cost-beneficiu. Prin acest mecanism nu s-au putut satura cerințele complexe și extrem de diversificate ale populației vulnerabile la nivel regional și local. Multe din zonele rurale nu au putut fi acoperite cu servicii individualizate de calitate, mai ales pentru noile probleme datorate condițiilor de austeritate. Lipsa asistențelor sociale a fost un fenomen vizibil aici. Fragmentarea sistemului a generat și transferul responsabilităților din sistem la multe organisme guvernamentale (ministere, agenții, departamente, altele decât Ministerul Muncii etc.). Acestea s-au dovedit a avea o capacitate redusă de coordonare a activităților.

Fragmentarea vizibilă la nivelul instituțiilor și autorității naționale a tins să se reproducă și la nivel județean, fiecare organism dezvoltând aici propria sa structură, paralel cu celelalte. Descentralizarea, ca un principiu instituțional dezirabil, s-a transformat în parte într-un instrument birocratic cu atribuții limitate la nivel local și cu puține responsabilități pentru cei în nevoie. Dezvoltarea instituțională a serviciilor descentralizate de asistență socială s-a realizat la nivel județean, dar a fost aproape ignorată la nivel local și comunitar. A fost de fapt o descentralizare haotică, făcută în grabă, cu pierderea în timp a capacității de evaluare, monitorizare și control a eficienței instituționale. Cooperarea MMPS-ului cu celelalte ministere care au responsabilități în asistența socială – Ministerul Sănătății, Ministerul Educației Naționale, Ministerul Sportului și Tineretului, Ministerul Justiției, Ministerul de Interne, deși de interes major pentru grupuri în dificultate – a fost și este mai degrabă o problemă marginală în politica de dezvoltare a sistemului de asistență. Specific este faptul că diferitele reglementări legislative sunt promovate de către organisme distincte, purtând interesele acestora, fără nici o coordonare din partea unui organism (cum ar trebui să fie MMPS). Acesta ar trebui să aibă o responsabilitate globală față de asistența socială a familiei unde copilul, tânărul, vârstnicul, persoana cu dizabilități etc. sunt părți componente ale ei și fiecare, la rândul lor, influențează decisiv starea de normalitate a familiei. Un exemplu aici. La început, Departamentul pentru Protecția Copilului (după 1998) a fost gândit ca un organism interministerial, prezidat de Ministrul Muncii și Protecției Sociale. Acesta avea funcția de a dezvolta o politică unitară-coerentă, în ceea ce privește familia și copilul și de a coordona activitățile diferitelor ministere cu responsabilități în domeniu. S-a realizat rapid că un asemenea mecanism interministerial nu poate funcționa fără atribuții fixate prin norme legale stricte și

administrative. Fără un mod de legiferare a atribuțiilor fiecărui minister pentru asistență socială, au apărut incoerențe ale acțiunilor ministerelor partenere, confuzii în responsabilități și chiar stări tensionate datorate competițiilor pentru resurse. Inevitabil, acest “pattern” de evoluție a fost însoțit de conflicte între instituțiile care au atribuții în sistemul asistenței. Se înregistrează și acum un grad extrem de scăzut de coordonare și cooperare între ministerele și instituțiile partenere, cu atribuții în sfera asistenței sociale. Între acestea apare o competiție neloială pentru resurse și programe care s-a dovedit nestimulativă performanței acțiunilor de asistență la nivel central-național. De aceea și funcționarea acestui Departament pentru protecția copilului, dominat de bune intenții de colaborare interministerială în apariția lui, a fost una de scurtă durată și nereușită ca stabilitate instituțională.

Descentralizarea instituțională a asistenței sociale a împins sistemul în direcții diferite, greu de evaluat în responsabilitățile lui. În plus, acest stil de reglementare nu a dat posibilitatea unei preevaluări a sustenabilității măsurilor promovate de fiecare parte antrenată și nici a efectelor lor asupra întregului sistem de asistență.

Sinteza unor puncte slabe ale dezvoltării sistemului evidențiază o caracteristică comună a tuturor guvernelor de după 89: ambiția de reformă a domeniului asistenței și ignorarea continuității/ experienței acumulate în sistem. Se ignoră aici și investițiile financiare făcute în timp. Fără o analiză a costurilor schimbării și a unei focalizări clare pe nevoi specifice, eficiența /stabilitatea în timp a formelor de ajutor social, rămâne o simplă promisiune asociată deseori unor conjuncturi politice. Exemplu: Construcția în timp a unei structuri administrative a asistenței sociale a implicat costuri ridicate pentru apariția unei pluralități de agenții, organisme, instituții care s-au dovedit rapid, efemere, instabile, sau chiar inutile. Rezultatul a fost un sistem administrativ, extrem de complicat, care nu s-a putut dezvolta decât prin multiplicarea necontrolată a structurilor instituționale independente. Riscul crizelor structurale ale sistemului a fost amplificat tocmai pe fundalul creșterii în complexitate a structurilor lui organizaționale.

4. Cadrul legislativ și instituțional al asistenței sociale

Programul intern de elaborare a unei strategii privind reforma sistemului de asistență socială s-a regăsit în obiectivul formulat prin legea-cadru privind organizarea și funcționarea sistemului de asistență socială în noul context al tranziției în care urma a se dezvolta. (Legea 705 din 2001 și cea 292 revăzută din 2011). Deși legea din 2001, regândită în 2011 a formulat principiile generale ale asistenței sociale și cadrul organizațional

general de dezvoltare, adoptarea ei nu a reprezentat decât un prim pas în structurarea unui sistem modern. Aceasta cerea precizări metodologice specifice de implementare, propuneri concrete de structurare a unui sistem operativ-funcțional de asistență. Legile generale trebuiau dublate de măsuri complementare de construcție propriu-zisă a unui model de armonizare a elementelor componente sistemului: instituții, legislație secundară, formare de specialiști, impunere a unui cod deontologic propriu profesiei, parteneri sociali etc.

S-au creat astfel noi instituții, agenții, departamente specializate sub coordonarea Ministerului Muncii. Au fost propuse instrumente, metodologii particulare de investigare/ diagnoză socială a problemelor specifice unor categorii sociale în dificultate,acompaniate de o legislație specifică/ secundară adaptată nevoilor lor.

S-a formulat un cod deontologic al profesiei de asistent social, stipulându-se norme morale precise de respect pentru beneficiar, cerințe de reponsabilizare a specialistului în refacerea situației beneficiarului și reintegrarea lui în normalitate.

Chiar dacă formele de ajutor social, în bani sau în servicii, s-au regăsit într-un cadru general legislativ modern, elaborat la nivelul standardelor europene, o întârziere pentru metodologia specifică de implementare a unor strategii sectoriale a afectat negativ procesul de reformă a sistemului. Măsuri de implementare pentru susținerea formelor concrete de suport/ sprijin pe grupuri de beneficiari erau mereu amânate în raport de inițiativele legislative apărute:

- Legea sistemului de asistență socială (2001, 2011),
- Legea statutului asistentului social (2004); Hotărâri Guvernamentale pentru servicii specializate:
- Strategia națională pentru dezvoltarea serviciilor sociale (HG no. 1826/2005);
- Strategia națională pentru dezvoltarea sistemului de asistență socială pentru persoane vârstnice 2005-2008 (H G no. 541/2005);
- Strategia națională pentru protecția, integrarea și incluziunea persoanelor cu dizabilități 2006-2013 (HG no. 1175/2005);
- Strategia națională pentru prevenirea și combaterea violenței domestic (HG no. 686/2005);
- Strategia națională de incluziune socială a tinerilor care părăsesc sistemul de protecție a copilului (HG no. 669/2006);
- Plan de măsuri pentru implementarea noii legi din domeniul protecției copilului (HG no. 1058/2005).

Cadrul general legislativ al asistenței sociale, deși armonizat cu cerințele europene nu a adus nici în 2001, nici în 2011 un model viabil

structurat de dezvoltare durabilă a formelor de sprijin în asistență socială. Acesta nu a devenit un ghid în formularea și evoluția politicilor sociale cu impact major în schimbarea situației grupurilor dezavantajate.

O descriere a legislației în asistență socială se găsește în Anexa finală a volumului realizată cu un efort susținut în timp și responsabilitate de Lavinia Onica Chișea.

Problema consistenței intervenției sociale prin măsuri de asistență socială, a rămas însă una extrem de problematică și deschisă ca proiect legislativ și instituțional de reformă și pentru echipa guvernamentală actuală. Cele mai multe inițiative se găsesc în sfera unor norme legislative punctuale, la nivelul unor legi nespecifice, ca de exemplu legile anuale ale bugetului sau legile administrației publice. Nevoia unui cadru legislativ coerent în sistemul de asistență a fost deja acut resimțită. În acest sens, intențiile din ultimii ani ale MMPS-ului de a elabora o nouă lege cadru a asistenței sociale (2011) a fost mult așteptată. Aceasta s-a dovedit însă de la început neputincioasă în a oferi răspunsuri adecvate, specializate pentru problemele instituționale majore ale asistenței sociale.

Doar o parte din problemele sociale tradiționale au fost în linii generale acoperite legislativ și instituțional. În schimb, noile probleme generate de crizele economice și sociale multiple sunt insatisfăcător soluționate: tendința de creștere a abandonului copilului datorat exploziei sărăciei, creșterea divortialității, explozia îmbolnăvirilor Sida, dezorientarea tinerilor în raport cu dificultățile integrării sociale într-un mediu brusc sărăcit, cu puține oportunități de muncă, consumul de droguri, alcool, fenomene de vagabondaj, criminalitate și delincvență juvenilă, sinucideri și depresii etc.

Capacitatea instituțională a sistemului actual de a dezvolta răspunsuri la noile probleme este mai degrabă timidă și slab eficientă.

S-a înregistrat mult timp un deficit substanțial în ceea ce privește capacitatea de prevenție a riscurilor prin forme de suport social în diferitele faze ale situațiilor de criză. Puterea de recuperare a asistenței sociale este încă mult redusă în raport de situațiile urgente ale crizelor repetate. Exemplu, capacitatea de a preveni abandonul este încă slab pregătită și de asemenea activitățile de reinscriere a copilului abandonat în familia naturală sau într-o familie substituită, este încă inoperantă. Evaluarea nu indică în ce măsură acestea sunt în favoarea copilului.

Sistemul actual prezintă în anumite componente ale sale un înalt grad de elaborare al normelor legale și regulilor administrative: instituționalizarea copilului, a vârstnicului, tratarea unor adicții (dependenți de drog, de alcool), trafic de persoane, pe baza unei legislații generale. În schimb, în raport de alte componente specializate și personalizate pentru

cazuri sociale diferențiate, sistemul este încă slab dezvoltat. Lipsesc metodologii specifice fondate pe tehnici-profesionale de complexitate mai ridicate precum și instituții specializate cu servicii proprii, individualizate. Din acest motiv competența sistemului pentru acțiuni de prevenire a riscurilor, de reinsertie socială și de recuperare a efectelor negative, a fost constant o parte subdezvoltată a asistenței.

Sistemul actual predominant administrativ manifestă performanțe ridicate în elaborarea de norme de tip administrativ, în controlul respectării lor, dar este slab performant în dezvoltarea de tehnici, proceduri și standarde profesionale de prevenție a riscurilor sau recuperare a celor în dificultate prin normalizare/ integrare. El a reacționat lent la dezvoltarea capacităților calificate înalt specializate. Sistemul serviciilor publice de asistență socială promovează încă mulți funcționari, deși unii de mare acuratețe birocratică, dar nu profesioniști cu grad superior de pregătire în competențe profesionale specializate. Sunt încă puțini specialiști în domeniul politicilor sociale, asistenței sociale de tip consiliere, management de caz, terapiei psiho-sociale etc. În mod special tehnicile și procedurile înalt specializate care formează profilul complex al serviciilor asistenței sociale sunt deficitare. Probleme extrem de complexe, care necesită cunoștințe și capacități profesionale înalt specializate, precum evaluarea nevoilor, monitorizarea familiilor care adoptă copii sau îi preiau în încredințare/plasament este realizată încă de persoane necalificate în domeniu. Se mai adaugă și „lucrătorii sociali” slab calificați sau chiar fără nici o pregătire în domeniu (cei care ajută bătrânii singuri, copii străzii, familii sărace etc.). Încă mulți dintre specialiștii care lucrează în sistem sunt fie cu profil administrativ fie cu specializări în alte domenii.

Deși s-a înregistrat un progres față de perioada de început, 1990, sistemul de asistență se susține, mai mult, prin dezvoltarea de norme/cerințe și mai puțin prin dezvoltarea capacităților profesionale de tip superior-performant.

Sistemul asistenței sociale tinde și în prezent să monitorizeze mai mult aplicarea regulilor și procedurilor administrative, manifestând încă o capacitate redusă de evaluare a performanțelor lui efective în raport de starea beneficiarilor. Cercetările de teren, au constatat de multe ori decalajul dintre două tipuri diferite de evaluări a rezultatelor sistemului. Responsabilii din sistem estimează că lucrurile merg bine și chiar foarte bine, că nu există probleme la nivelul funcționării lui. Și poate au dreptate pentru că ei au în vedere doar aplicarea regulilor strict administrative. În schimb, alți observatori ai fenomenului, din afara sistemului, tind să estimeze situația a fi mai degrabă critică. Aceștia apreciază rezultatele complet ca insatisfăcătoare. Ei înregistrează frecvența ridicată a problemelor nesoluționate sau

amânarea soluționării lor din multiple cauze, greu de eliminat în condițiile structurii date.

Din punct de vedere organizațional, sistemul actual al asistenței sociale are nevoie încă de multe corecții care nu s-au făcut la timpul potrivit.

5. Rolul priorităților în sistemul asistenței sociale

Dezvoltarea sistemului a fost lipsită de o strategie orientată de priorități clar stabilite. Motorul său a fost accelerat mai mult de urgențe sociale impuse de condiții de austeritate, de crize sau de presiunea externă impusă prin cerințe ale comunității internaționale. Așa a fost accelerat procesul de reformă în sistemul serviciilor de asistență socială pentru copil, pentru persoanele cu handicap, pentru copilul abandonat, tineri ce părăsesc sistemul de protecție a instituțiilor sau a populației de romi. Evoluția sistemului nu a fost însă controlată și coordonată în dezvoltarea sa la nivel național. Ea s-a realizat fragmentar, sectorial, pe tipuri de categorii de beneficiari fără o evaluare a finalității ei. De aceea, direcția spre care se îndreapta sistemul în totalitatea lui era imprevizibilă, fiind caracterizată de patternul unei evoluții fluctuante, nestructurate. În fapt, soluțiile nu pot fi nici numai sporadice, locale și nici selective pe grupuri de beneficiari. Ele se pot susține ca performanță doar în politici sociale articulate, coerente, centrate pe priorități, deopotrivă pentru toate categoriile defavorizate. Or, descentralizarea rapidă, și, în multe privințe făcută haotic, a adus o nouă dimensiune a modelului de evoluție a structurilor instituționale în asistența socială: oscilația dintre delegarea negândită suficient a unor responsabilități (fără acoperire financiară, dar și instituțional-tehnică) și menținerea / revenirea la tipare centralizate.

Din acest punct de vedere, sistemul actual de asistență socială pare a fi unul blocat de strategia fragmentării responsabilităților și acțiunilor întâmplătoare pentru diferite tipuri de ajutor social. Din păcate, evoluția sistemului, dacă opțiuni politice nu sunt adoptate în această direcție, pare să ducă la fragmentarea lui și la agravarea problemelor de coordonare ce apar în soluționarea stării de dependență a beneficiarilor de suportul asistențial. Imposibilitatea fixării priorităților în politicile publice de asistență pentru fiecare categorie defavorizată amână rezolvarea integrării normale a acesteia în comunitate. Datorită limitărilor severe ale surselor de finanțare a sistemului, definirea cu claritate a priorităților tuturor categoriilor defavorizate este crucială în acest moment pentru politicile sociale. Cu toate acestea, importanța definirii priorităților în asistență socială, nu apare explicit în vreun document programatic oficial. Despre acest aspect se vorbește și foarte puțin în discursul politic public actual. Stabilirea priorităților în

asistență socială ar necesita și un instrument operațional de distribuție a resurselor financiare și umane existente către grupurile țintă. Sistemul este însă astfel constituit încât orientarea opțiunilor lui în funcție de priorități nu ar putea fi susținută financiar pentru toate categoriile de beneficiari. În schimb, orientarea responsabilităților doar spre anumite categorii de beneficiari reprezintă poate factorul cel mai grav de blocare a oricărei tentative de promovare echitabilă a priorităților în sistemul național al politicilor publice de asistență. Lipsa priorităților din sistem afectează grav și relația dintre grupuri de beneficiari în accesul lor competițional la suportul social. Or tendința de absolutizare și de autonomizare a resurselor de finanțare la un moment dat doar pentru anumite categorii de beneficiari în defavoarea altora duce la dezacorduri și tensiuni între ele. Se creează impresia denaturată că, în dorința lor de supraviețuire, unele grupuri, persoane sunt favorizate comparativ cu altele. Această imagine falsă a faptului că nevoile unora în dificultate sunt mai importante și mai grave decât ale altora pot stimula conflicte artificiale și chiar induce discriminare după vârstă, după etnie, sex, profesie, religie etc. între categoriile dezavantajate. Se lezează grav solidaritatea grupurilor defavorizate atât de necesară în perioade limită, de crize și convulsii sociale. De aceea, stabilirea cu claritate a obiectivelor și direcțiilor de acțiune în asistența socială va fi de natură a eficientiza formele ei de suport pe termen mediu și lung, asigurând succesul, durabilitatea lor pentru toți membrii nevoiași ai comunității, pentru toate grupurile vulnerabile cu risc de marginalizare.

Caracteristicile intrinseci ale sistemului de asistență impun și criterii proprii de distribuire a resurselor. Mecanismul de schimbare, promovat prin inițiative politice și legislative de către instituții și actori diferiți guvernamentali face ca orientarea resurselor centrate pe ajutoare sociale să fie rezultatul competiției, al jocului de putere al unor interese parohiale înguste. În realitate, prioritățile în asistență trebuie să fie rezultatul unor presiuni ale condițiilor reale de viață ce reflectă nevoile populației în dificultate, grav sărăcite. Ele nu pot fi confundate cu simplele opțiuni/orientări politice ale partidelor politice dictate de momentele conjuncturale ale competiției lor spre putere.

Desigur, se pot detecta, la un moment dat, unele surse ale priorităților pe care practic sistemul le realizează. Poate cele mai semnificative aici sunt perioadele de criză care, la un moment dat, pot dicta prioritățile în asistență presând asupra decidenților politice. Mai ales când criza este definită sub „lupa” unor organisme internaționale care exercită presiuni asupra factorilor decizionali, prioritizarea nevoilor devine un criteriu de alocare urgentă de resurse pentru anumite categorii de beneficiari.

6. Programe de asistență socială pentru romi

În prezent, un caz aparte rămas nesoluționat, este cel al comunităților de romi, în special al copiilor care se găsesc în sărăcie severă. Programele de asistență socială pentru comunitățile de romi, ca parte integrantă a politicilor sociale active, nu au reușit să rezolve timp de peste 20 de ani, problema educației școlare a copiilor de romi și nici a formării profesionale a tinerilor. Reducerea sărăciei și integrarea romilor pe piața muncii este încă neacoperită de suportul social. De-a lungul timpului, în cadrul guvernelor s-au constituit departamente, agenții, structuri administrative de politici publice în domeniul minorităților. Gravitatea și complexitatea problemelor sociale ridicate de populația de romi a impulsivat atribuirea unor resurse financiare guvernamentale importante prin focalizarea lor pe proiecte centrate pe nevoile specifice acestei populații de dezvoltare comunitară și incluziune socială. În ciuda multor programe și proiecte costisitoare, asistăm și în prezent la reproducerea analfabetismului funcțional, abandonului școlar și lipsei de educație în rândul copiilor și tinerilor romi. În cadrul Agenției Naționale pentru Romi, agenție cu statut independent, în subordinea Primului Ministru sunt în derulare multe acțiuni sociale și programe de interes comunitar. Deși, este clar că un program social pentru romi nu poate fi despărțit de obiectivele generale ale sistemului de asistență socială și nu trebuie privit ca independent de aceste structuri. Poate, agenția națională, în faza actuală, este încă necesară, ca structură administrativă, în a iniția și monitoriza responsabil asemenea programe. În același timp, acest fapt poate fi considerat și ca un semnal al păstrării unei discriminări pozitive pentru romi. Cu toate acestea, discriminarea pozitivă și-a avut rațiunea ei de a fi promovată doar în faza de început a tranziției datorată unui decalaj mare de pornire dintre romi și populația majoritară. Se presupunea astfel că populația de etnie romă, cu risc major de marginalizare, necesită măsuri suplimentare în favoarea integrării ei normale în comunitate. (Zamfir, E și Zamfir, C – coord. 1993). Acum, prin discriminarea pozitivă pentru romi, poate să apară și un efect pervers, nedorit în recuperarea decalajului social al grupurilor de romi. Asistăm la un sistem paralel de suport social pentru romi, altul decât cel al asistenței sociale. În acest caz, el nu se mai corelează cu politica generală de asistență coordonată de Ministerul Muncii. În realitate, romii sunt o parte a unui segment general în dificultate din comunitățile marginalizate și ar trebui tratați ca toate persoanele profund dezavantajate. O tratare specială a lor în sistemul de ajutor social nu face decât să întărească / accentueze discriminarea. În acest sens, Agenția Națională pentru romi trebuie să-și coreleze activitățile de intervenție și

schimbare a comunităților de romi cu eforturile generale ale departamentelor, instituțiilor, agențiilor, Ministerului Muncii. Oricum, o cooperare și nicidecum o separare a activităților și programelor bazate pe dezvoltarea și incluziunea romilor este crucială pentru constituirea unui sistem eficient de sprijin comunitar durabil. Aceasta ar putea potența forța de schimbare a programelor de integrare normală a romilor în comunitate.

7. Întrebări și posibile răspunsuri pentru dezvoltarea actuală a sistemului

Contextul perioadei de austeritate a ridicat câteva semne de întrebare referitoare la riscurile și provocările din sfera asistenței sociale în realitatea românească:

1. Care va fi în viitor finalitatea formelor de suport în asistență socială pentru soluționarea problemelor sociale, atât vechi cât și noi, care se agravează constant la nivelul persoanelor sărăcite și a grupurilor marginalizate?
2. Care va fi rolul statului în gestionarea problemelor sociale care devin din ce în ce mai numeroase și presante ducând la o polarizare accentuată a societății cu efecte din cele mai nocive asupra echilibrului comportamental și moral al populației sărăcite?
3. Nu cumva noile condiții impun și în sfera cercetării problemelor specifice asistenței sociale o regândire a lor și totodată găsirea unor noi paradigme de cercetare a realității sociale?
4. Nu ar trebui să ne orientăm către noi tipuri de obiective ale sistemului de asistență socială adaptate noilor cerințe impuse de restrângerile dure bugetare și de aici necesitatea activizării beneficiarilor la refacerea propriei lor vieți?
5. Sunt aceste modificări în protecția și asistența socială impuse de restrângerile bugetare în așa fel încât sistemul de asistență socială să reziste în timp, păstrându-și totuși funcțiile și finalitatea lui clasică?
6. Cum putem prefigura tipuri noi de soluții/modele care vizează sistemul de asistență socială pe timp de criză și în situații limită?

În ultimii ani, mediul academic și de cercetare s-a manifestat activ prin analiza noilor probleme sociale, economice și morale aduse de criză. Prin formularea unor răspunsuri posibile, sugestii pragmatice pentru reducerea riscurilor sociale, aceasta a ajutat la clarificarea direcțiilor de politică socială. Acumulările masive de analize științifice, tematice structurate, de tip diagnoză socială, de cunoștințe și informații teoretice din

perspective multiple interdisciplinare, referitoare la apariția și consecințele crizei, nu au fost fructificate de guvernanți ca posibile surse de dezvoltare a politicilor sociale în asistență socială și a construcției funcțiilor ei moderne instituționale.

Studiile, așa cum apar și în volumul de față, au propus în repetate rânduri posibile răspunsuri punctuale la aceste întrebări provocatoare subliniind câteva aspecte fundamentale:

1. Necesitatea alinierii la practicile statelor europene în domeniul asistenței sociale. Întrucât România se depărtează tot mai mult, ca și concepție, de filozofia UE privind rolul și funcțiile statului social se impune acut o regândire a funcțiilor lui.
2. Mutarea accentului în asistență pe crearea de noi locuri de muncă și eficientizarea ajutorului social în vederea autonomiei beneficiarilor în dobândirea unei vieți decente.
3. Cooperarea programelor și proiectelor de dezvoltare și incluziune socială în construcția unui suport specializat și eficient de prevenție și recuperare a persoanelor marginalizate.

Există în momentul de față multe autorități locale/ organizații nonguvernamentale, agenții/ instituții care se ocupă de derularea unor programe centrate pe dezvoltarea serviciilor de asistentă specializată pentru diferite grupuri de risc. De exemplu, asistența bătrânilor singuri, a copiilor săraci, a celor dependenți de alcool și drog, a celor agresati, a familiilor numeroase sărace, a persoanelor cu dizabilități etc. Acestea nu se înscriu însă într-un sistem articulat de servicii și instituții care să comunice între ele, să se completeze reciproc, să coopereze pentru soluționarea și prevenirea acestor riscuri.

Fragmentarea programelor sociale și izolarea acțiunilor lor reprezintă un act de imaturitate în gestionarea lor și o lipsă de responsabilitate față de grupurile țintă de beneficiari. Deseori, multe din programele europene au adus beneficii materiale sau de imagine mai mult pentru cei care le-au derulat decât pentru grupurile dezavantajate cărora li s-au adresat de fapt.

Regândirea metodologiei de desfășurare a proiectelor și programelor de dezvoltare socială apare acum ca o cerință fundamentală a procesului de incluziune și de evitare a marginalizării sociale. Pentru aceasta o coordonare a lor la nivel național cu posibilități de evaluare pe etape și o monitorizare corectă în timp devine o necesitate imperioasă în strategiile viitoare de dezvoltare socială.

Desigur că regândirea funcțiilor sistemului de asistență socială nu poate fi făcută fără să se ia în considerație utilizarea rațională/eficientă a resurselor bugetare pe timp de criză. În realitate, nu atât numărul formelor

de suport din asistența socială grevează bugetul statului și, mai degrabă incompetența, corupția, confuzia și haosul din sistem. De asemenea, orientarea spre programe sociale cu eficiență economică și socială scăzută, păguboase pentru sistem, dar cu o capacitate extraordinară a finanțării lor în interes politic și personal sunt mari consumatoare de fonduri și fără finalitate pentru cei nevoiași.

O degradare a fibrei sociale a solidarității comunitare ca resursă a dezvoltării personale, reprezintă un aspect îngrijorător pentru asistența socială.

Lipsa de orizont și de predictibilitate a unui viitor pentru cei marginalizați social conduce la o demoralizare cu risc de extindere la grupuri din ce în ce mai largi. Asistăm la situații dramatice de viață și traume individuale și colective fără precedent. Prezentismul este o caracteristică majoră a culturii sărăciei și disperării. De aceea ajutoarele sociale fără eficiență pe termen lung, fără durabilitate în viața beneficiarilor nu pot scoate populația din starea de neputință și acceptare a realității ca pe o fatalitate. Ele nu duc, așa cum ar fi normal, la diminuarea riscurilor, ci la adâncirea lor în timp. Sistemul își pierde funcțiile lui fundamentale de recuperare și prevenție și devine un simplu mijloc de caritate ocazional, consumator ineficient de fonduri și resurse umane. De aceea, nu numărul ajutoarelor sociale contează ci modul lor de instrumentare în refacerea treptată a capacităților proprii a beneficiarilor și a scoaterii lor în final în afara dependenței de ajutorul social.

După 1997 s-a deschis calea spre servicii comunitare în asistență centrate pe copil și familie. Acestea au fost dezvoltate prin politici guvernamentale, în special după 2001. Cu toate acestea, în ultimii 8 ani, guvernării au lăsat acest component central al ajutorului social doar pe seama fondurilor sociale derulate prin programe europene. Aceste proiecte au fost preluate, fără un control serios al capacității de implementare, de către firme, ONG-uri, mai mult sau mai puțin specializate în asistență socială. Din păcate, activitățile lor s-au desfășurat independent unele de altele, cu multe suprapuneri pe parcursul derulării. Timpul pentru evaluarea și monitorizarea lor, lăsat doar la încheierea activităților, a fost total insuficient. Au apărut astfel neconcordanțe mari între noile responsabilități în asistență socială la nivel județean/local și resursele financiare disponibile. Acest fapt s-a simțit și printr-un deficit sever în elaborare de politici sociale active pentru servicii comunitare. Subfinanțarea gravă a sistemului de suport pentru segmentul de populație aflat în condiții severe de sărăcie a însemnat reducerea abruptă a cheltuielilor sociale ca procent din PIB care s-a situat la mare distanță de nivelul celorlalte țări europene. Un factor important al menținerii și

chiar accentuării fragmentării și incoerenței instituțional-administrative în asistență socială l-a constituit și intervenția, uneori exagerată, a instituțiilor financiare mondiale și a factorului mediatic occidental. Acestea au accentuat problemele critice ale crizei sistemului bugetar ducând la perturbări în protecția și asistența socială a familiei și copilului. Procesul de elaborare a unei strategii proprii naționale de reformă a sistemului de asistență socială a fost frânat de multiple condiționalități venite din exterior referitoare la tipurile și formele de ajutor, atât ca număr cât și ca valoare reală. S-a ajuns la disponibilizări în masă din sistemul bugetar, la scăderea pensiilor și salariilor, la reducerea rolului statului social pe timp de criză.

Confuzia, incoerența și incompletitudinea schimbărilor privind ajutorul în asistență socială au fost caracteristici ale politicilor sociale care au dominat măsurile de austeritate în România. În această perioadă nu a fost gândită o schemă adecvată de transfer financiar pentru comunitățile subdezvoltate, sărace. Nu s-au adoptat măsuri pentru a reduce deficitul de suport social și a stopa sau diminua polarizarea socială care s-a accentuat enorm. Ajutorul social pentru reinsertia în muncă a persoanelor marginalizate a fost mult subestimat în politicile guvernamentale. Slaba focalizare a sistemului pe acele categorii cu riscul cel mai ridicat de exclusiune socială într-o economie competițională de piață a multiplicat în fapt problemele sociale. Serviciile specializate de asistență nu s-au activat ca principale forme de prevenire a riscurilor și complementar de integrare activă a beneficiarilor pe piața muncii. În condiții dificile de austeritate, s-a pierdut și acea ultimă plasă de siguranță pentru supraviețuirea unei mari părți din populația vulnerabilă. În condiții de reducere severă a resurselor financiare, un proces risipitor de bani a apărut pe fundalul dezordinii, incompetenței și corupției din sistem care nu a gestionat responsabil finanțarea echilibrată a componentelor lui. Doar din acest punct de vedere se poate spune că sistemul de asistență apare ca mare consumator de fonduri. Aici, se ia cu precădere în calcul doar acele costuri suplimentare pentru numeroaselor ajutoare acordate în bani. În realitate, variabila cheie în schimbările proprii asistenței sociale în prezent ar trebui să vizeze politici în dezvoltarea serviciilor individualizate de asistență. Acestea trebuie să se centreze pe măsuri active pentru beneficiari în domeniu ocupațional prin crearea a noi locuri decente de muncă. Totodată o reformă a sistemului, în actualul context, solicită și strategii eficiente de suport la nivel comunitar pentru susținerea familiei și a membrilor săi.

Bibliografie

- Onica, Chipea, L., *Aspecte socio-juridice privind protecția drepturilor copilului. Studiu de caz în județul Bihor*, Ed. Expert, București, 2007;
- Onica-Chipea L., *Dreptul securității sociale. Curs universitar*, Ed. Pro Universitaria, București, 2014;
- Pop, Luana Miruna, *Dicționar de politici sociale*, Ed. Expert, București, 2002;
- Pop, Luana Miruna, *Politici sociale. Elemente de teorie, analiză și evaluare a politicilor sociale*, Ed. Economică, București, 2005;
- Zamfir, Cătălin, Marius Augustin Pop, Elena Zamfir, *Spre o societate centrată pe copil*, Ed. Expert, București, 1992;
- Zamfir, Cătălin, Marius Augustin Pop, Elena Zamfir, *România 89-93: Dinamica bunăstării și protecția socială*, Ed. Expert, București, 1994;
- Zamfir, Cătălin (coord.), *Politici sociale în România: 1990-1998*, Ed. Expert, București, 1999;
- Zamfir, Cătălin, *O analiză critică a tranziției, Ce va fi „după”?*, Editura Polirom, București, 2004;
- Zamfir, Elena; Zamfir, Cătălin (coord.), *Țiganii între ignorare și îngrijorare*, Ed. Alternative, București, 1993;
- Zamfir, Elena; Zamfir, Cătălin (coord.), *Politici sociale. România în context european*, Ed. Alternative, București, 1995;
- Zamfir, Elena; Zamfir, Cătălin, Pop, Marius, *Pentru o societate centrată pe copil*, Ed. Alternative, București, 1997;
- Zamfir, Elena; Bădescu, Ilie, Zamfir, Cătălin (coord.), *Starea societății românești după 10 ani de tranziție*, Ed. Expert, București, 2000;
- Zamfir, Elena (coord.), *Strategii anti-sărăcie și dezvoltare comunitară*, Ed. Expert, București 2000;
- Zamfir, Elena, *Curs de asistență socială*, Ed. Universității, București, 2002;
- Zamfir, Elena, *Propuneri pentru reorganizarea sistemului de asistență socială în România, Raport de evaluare pentru Strategia națională*, 2002;
- Zamfir, Elena, *Asistența socială în România*, Selecție de texte, Ed. Mitropoliei, Craiova, 2009.

***, *Planul Național Anti-Sărăcie și Promovarea a Incluziunii Sociale*, CASPIS, 2002, aprobat prin Hotărâre de Guvern;

***, *Comisia Europeană și Guvernul României*, Join Inclusion Memorandum, 2005.

Instead of FOREWORD From Traditional Success to the Inconsistency of Change

ELENA ZAMFIR

1. Brief Overview

The present volume is dedicated to the anniversary of twenty-five years since social work was re-established in Romania (1990-2015). This collection of texts conveys the authors' deep respect for the noble mission of social work, with its strong humanistic orientation towards individuals and groups at risk of marginalization, and its active function of collective social support and solidarity.

This event has given us the opportunity to select a number of contributions from social researchers, representing their part in the joint effort invested by political actors and community, civic and professional organizations to rethink and develop the system of social assistance in post-communist Romania.

The contributions gathered in this volume, whether studies published in professional journals, research reports, communications, or conclusions of empirical or theoretical research updated along the way, capture the evolution in time of the social assistance system since its restart, in 1990. Many of these contributions and analyses bear historical value both as evidence for specific forms of Romanian social assistance and for the profile of public policies elaborated in response to the risks of modern society. The authors place the analyses of social problems in the context of the new challenges raised by the transition, particularly by the periods of crisis known to generate severe austerity measures for the population.

Right from its reestablishment in 1990, social assistance was faced with a difficult task, hard to accomplish in the context of a society marked by severe poverty and new risks brought about by the transition. Social assistance has faced serious problems due to marginalization and social exclusion not only of individuals but also of large groups or even entire communities. By providing social forms of professional help, it had to ensure qualified professional support to vulnerable people.

From the beginning, in Romania as elsewhere in the world, theoretical and empirical research studies emphasised the role of social

work as a public form of social support and also as a way of raising the awareness of vulnerable people towards their active role in the rebuilding of their own lives. In addition to the constant interest for generous social themes centred on analysing social assistance policy priorities, studies provide interesting ideas of social reform, pragmatic proposals for policy makers, theoretical and practical arguments in favour of modern society risk prevention and control. Analyses point out that various forms of social risk control and prevention - actually the main part of social work - have been consistently underestimated in government reform projects. These are likely to be found in specialist theoretical analyses as major themes of viable and coherent changes within the social support system.

Many studies emphasise that, right from the start (in the 1990s), a major error crept in the shaping of social policies dealing with the balance of social support forms. Through chronic underfunding, many of the services and social assistance provisions were constantly subjected to relentless erosion and a disturbingly fast de-structuring process. In fact, haste and improvisations regarding the forms and methods of support for social assistance recipients as proposed under the impulse of urgent requirements and of street pressures (as by-products of election campaigns) often accelerated the system de-professionalization. These also led to the failure of the desired changes. Unfortunately, this imbalance between financial benefits and individual services has been built over the years into the very structure of the social welfare system.

The studies in this volume discuss social problems related to poverty and severe marginalization of social groups, and persons in need. The analyses focus on vulnerable groups at high risk of social exclusion, bringing forth their needs' profile and possible responses based on social support services and benefits.

Following a clear diagnosis of the problems facing disadvantaged groups, most studies highlight the multiple causes of social inequity and major inequalities occurring in Romanian community since 1990. Analyses are placed within the specific internal context of the major economic, social, political and cultural change as well as against the external background of rapid globalization. The practical suggestions offered by academic research could well become the basis of a future project of changing the social assistance system in terms of a unitary and integrative vision for the understanding and solving of social problems and individual needs.

One aspect that deserves attention refers to the potential of social research results in changing the situation of those in need. In time, many

findings have been set out in government reform strategies, in active measures of social intervention. However, they have been taken selectively by policy makers and applied with greater or less force, according to the ideology of the ruling parties' social programs.

In Romania, the impact of social research findings on public policy decisions has not been unproblematic, linear, and constant, as we might have expected in the 1990s. Let us remember that during the 1989 Revolution, sociologists were called to join the revolutionary forces to clarify the social problems of the confusing early transition period. In their turn, sociologists hoped that their proposals for social policy reforms - necessary in the context of the nascent democracy - would be appreciated and taken into account by policy makers. Yet, during the transition, in the process of social reforms, there were periods in which the relationship between academic social research and policy decision-makers did not follow a normal course of cooperation and partnership. Sometimes, at the level of theoretical and scientific arguments, this was a very tense relationship, full of interruptions, and eventually a lack of trust from the government. Moreover, several policy makers have openly displayed this attitude toward social research findings. There have been stages in which policy makers totally interrupted communication with social researchers, ignoring or even challenging their research results. Often, this disinterest in Romanian social research findings prompted policy makers in engaging external expertise for developing reform strategies. This can not be regarded as a mere political option of adopting certain orientations in social welfare. On the contrary, the pressure of international institutions' interventions in the social change delayed the system's structural reform process. The import of Western models and their indiscriminate uptake has not had the expected effects. These, applied without internal adjustment to the socio-economic and cultural environment, were costly and difficult to implement, and did not turn into sustainable models for recovering the disadvantaged.

Part three, "Towards an integrative approach of family social support" and Part four, "An active approach to vulnerable groups' social support" express the volume editors' clear option to place the analysis and social intervention aimed at changing the situation of vulnerable persons at family and community level, with all their real everyday life problems. Only through an integrated understanding of the needs that family members or groups at risk of marginalization have, social work can prove in time its support functions. Fragmentation of the issues and the partial selection of some difficulties faced by families or some of its members can ensure neither the sustainability of the benefits received

nor their efficiency in overcoming beneficiaries' dependency on the social support system. In fact, all the problems faced by the population in difficulty appear as closely interdependent in a unitary system of requirements. They are a global synthetic expression of all family needs and its members at a given time (children, the young, the elderly, the disabled, the unemployed, the drug addicts, the abused etc.). As such, all the pressing needs of the family, or community groups, require a specific and timely response. The delay or lack of solutions automatically prevents the acquiring of a normal autonomous life, blocking the natural process of an individual's social integration. Therefore, the placement of the assistance support in the proximity of families and groups is needed in the context of modern active social intervention.

Social assistance, by the very purpose of its functions, aims to support actions with positive impact in restoring the community-integration potential of individuals, families, and vulnerable groups temporarily in need in order to gain their autonomy and independence.

2. The evolution of the social assistance system – an overview

Since its foundation (1927), Romanian social work has come a long and difficult road with many obstacles, ups and downs that often have overshadowed its successful beginnings in the interwar period (Zamfir, E., 1995).

As an operative way of implementing social protection programs as well as an essential component of this, social assistance through its specialized services and activities helps individuals and groups in need to cope with difficult moments of crisis, and abnormal life situations that can appear for a certain period of time. Moreover, by mobilizing personal resources, state institutions, voluntary and community efforts, social assistance contributes to the restoring of the disadvantaged categories' capacity to normally integrate (Zamfir, E., 1995, 2002, 2009).

Social work, with its specialized forms of institutional support, was abolished during the socialist regime for reasons of structural incompatibility with communist ideology. The Communist Party programme considered that all human problems could be solved automatically by means of exclusively bureaucratic administrative measures. Without rational justification, qualified individual forms of assistance were removed from public administration structures. Professional training was discontinued in 1968. Although with strong traditional roots in interwar Romania, in the early 1990's, social work was virtually nonexistent. Its presence in Romanian society was kept

alive only by those professionals who had preserved their motivation and responsibility for a noble, humanist profession. All in all, this may explain why the lack of social assistance during the communist regime caused its role in early transition social reform to be perceived as confusing, unclear and often atypical in relation to its purpose.

In fact, immediately after the Revolution, while facing the major risks of a society in transition, which was totally different from the socialist planned economy, the Romanian community showed profound deficiencies at the level of active social support. Numerous social programmes, support policies, and sector intervention measures aimed at vulnerable groups and persons, especially those with multiple deprivation, lacked initial good coordination for resolving difficult situations, especially in the areas of the severely marginalized and impoverished. Thus, even at present, according to the Ministry of Labour, 5 million Romanians live in persistent poverty. One Romanian in five is poor and at risk of exclusion. Moreover, the means of correct identification of those exposed to severe and chronic poverty have diminished due to the lack of specialists in the field and harsh restrictions of financial resources allocated to the social welfare system. Over time, the assessment of social assistance recipients has not been done according to objective and standardized criteria. In social care needs assessment process, the system suffered great prejudices due to beneficiaries' multiple unjustified under- or over-qualification. These distorted the monitoring process and accurate assessment of the number of beneficiaries in the system. This explains why, over time, serious social problems have multiplied rapidly and expanded to ever wider communities and social groups.

During the transition, a totally counterproductive phenomenon occurred, namely an attitude of refusal to take into account the experiences accumulated in the system in permanent change and reform. This materialised in the fact that each new government, in their wish to delimit themselves from the previous, brought harsh criticisms to changes conducted in social care, while hastily formulating the need for a different kind of reform. Maybe that is why, during the past twenty-five years, the forms of social support have been predominantly passive. Basically, they have consisted of financial aid, but this too has proved totally insufficient for the recovery of the large number of people in need. Although numerous, the forms of financial benefits, distributed as very small amounts, have proved unable to satisfy basic needs of the respective beneficiaries. The emphasis on social benefits at the expense of services and aid fragmentation per multiple forms of support, have

also prevented a proper assessment process over time. The system has not been able to react normally, in accordance with accredited standards and criteria, to the evaluation of the beneficiaries' means in order to qualify them for specialised assistance. Nor has it been possible to correct the sub-qualifications of those who were unjustifiably excluded from the social assistance system. The process of social diagnosis has been seriously damaged in relation to new and unpredictable issues arising within the context of multiple risks of modern society. Due to rapid growth of poverty and lack of jobs, these problems have multiplied over time, with dramatic effects on the Romanian community. The monitoring of social support and the beneficiaries' situation has also been ignored or performed in formal, superficial, and hasty ways. Some examples include parents' departure for work abroad, institutionalized young people left without protection after 18, increased juvenile delinquency, low education of Roma and poor children, suicides among young people, unemployed youth drama etc. are but a few of the issues that have not been identified in a timely manner among the social policy priorities. Reported to the high cost of system administration, the forms of social support developed at random have proved to be counterproductive, even damaging to the system. Also, many of the sectoral reform attempts in particular areas (e.g. child care, care for the disabled, for young people leaving care institutions, for young drug addicts, for children left on their own by parents working abroad, for helpless elderly etc.) have often taken external models, difficult to adapt to the living conditions of Romanian families. Some have been unsuccessful in the long run for the assistance system itself, proving to be extremely expensive. Many could not be generalized nor validated by viable solutions. They involved large financial costs and waste of human resources; they just consumed effort, money, energy and time. Moreover, they even caused loss of human lives. Eventually, the expected effects in changing the status of the beneficiaries were not visible in the results. After twenty-five years, the initial social project of December 1989 revolution, regarding the need for a "shock therapy" to protect individuals, groups, communities in difficulty, has turned out to be utopian, unable to deal with the severe poverty and emerging social problems. With scarce funds and no responsible management of the existing ones, no qualified human resources, the response of social work was shy, not mature enough to cater for the many and serious social problems. These have multiplied continuously. Over time, the lack of solutions has led to a rapid accumulation, gradually rendering control and problem resolution almost impossible. Thus, metaphorically speaking, we can say that after twenty-five years, social

assistance itself is overwhelmed by numerous unresolved tasks and is in great difficulty. It needs assistance and support in the process of modern reconstruction. Now, after so many years, a strategy for coherent, unified action and social intervention is needed through active measures of support for people in need. Unfortunately, a clear orientation of the social assistance system functions centred on prevention and recovery has not been a constant concern of the government's political programmes.

Systematic errors in the evolution of social work strategy have been due mainly to a "sensationalist" approach, with actions being taken in a hurry, at random, without continuity and without a fully-structured vision dictated by the basic needs of the beneficiaries. These errors have seriously affected the efficiency of social support. The low financial resources have been wasted irresponsibly, without clear gains for the deprived. Many system irregularities were due to the chaos of the early transition (perhaps sometimes deliberately maintained) as manifested by

- chronic underfunding of the entire social care system,
- lack of a long term integrated system development strategy
- systematic underestimation of the role of social services in preventing individual risks throughout the transition period,
- lack of global and coherent understanding of all the beneficiaries' needs and their respective harmonisation with specific forms of social support for changing their situation.

The lack of adjustment of social support forms to the need profile has diminished focus on disadvantaged categories, generating a predominantly passive social welfare system. Even after numerous professional retraining programmes, beneficiaries' involvement in the process of changing their situation was not achieved by creating jobs according to their specialisation. Employment opportunities on the labour market of those dependent on the social care system have greatly decreased. Moreover, creating decent work places for certain age groups (young people under 25, people aged between 45-50) has been neglected for quite a long time. Eventually, retraining programs have not had the desired effect. In the absence of jobs, these programmes can be said to have helped the trainers rather than the trainees, who often could not find employment suitable to their professional qualifications. The job market has proven insufficient for the growing needs of a population increasingly poor and with low employability.

The precariousness of the social welfare system and the lack of strategic vision in its construction have generated much debate at the academic level. There have been major disagreements between the ways platforms of political parties in power approached social reform. There

have been numerous proposals from community and civil society actors concerning the activation of social support forms. Some international institutions have formulated conditions difficult to meet during crisis, hard to tolerate by massively impoverished and socially marginalized vulnerable groups. All these disagreements and contradictory discussions have not been likely to create a consensus over the consistency and stability of the system changes over time. Social balance has been severely affected by extreme social polarization, more and more publicly visible. Many of the social changes displayed, without a clear statement of the assistance system's aims and without specification of the state's role in this process remained limited to the sphere of ideological statements, mere broken electoral promises.

This is why in the twenty-five years following the 1989 Revolution, the forms of social support have been, in turn, debate topics for research, reasons for multiple controversies between policy makers in the reform process, and major causes for open discontent manifested in street protests. During this period, social security benefits, specialised social services, emergency or complementary aids have been constantly readjusted and applied differently in terms of the governments' political programmes. They would be in the attention of policy makers usually for short periods, especially during election campaigns.

Large fluctuations of the system during the transition are also due to the contradictory tendencies in its development, coming from different directions, with no coherently coordinated efforts of institution-building. Therefore, social assistance has always been an emergency activity, focusing primarily on survival issues. Important issues concerning the reduction of social exclusion and recovery of the marginalized have been systematically neglected. Impromptu improvisations in managing forms of social support have been encouraged.

Over time, the lack of prioritising needs within a clear action strategy has emphasized the vulnerability and the inconsistency of social assistance changes.

Unfortunately, after 1989, the construction and development of the social welfare system have not been clearly orientated towards the realities and needs of the Romanian community. Overall, for twenty-five years, most governments' priorities have been situated mainly in the area of social security rather than within specialised social assistance. Moreover, during the PDL government - the Boc government - serious confusions have occurred between forms of social security and social assistance (e.g. the pensioners were placed in the category of socially assisted, the calculation of pension categories, etc.). Consequently, the

evolution of the social welfare system has been influenced primarily by random factors that failed to give it a precise orientation: pressure from the occasional crises, insufficiently considered suggestions coming from outside the system, the odd financial aids with no real impact on beneficiaries (the case of the social support system and the minimum guaranteed income), unfair institutional competition for social development projects and programmes, narrow parochial interests to create support services and contradictory, irregular support from the community, civil society and political actors.

In 1993, with the help of World Bank experts, the Ministry of Labour elaborated the "White Paper on Social Assistant", the only major, structured document on social reform in post-communist Romania. However, harsh criticisms were directed to this document from the very beginning. In addition, over time, significant changes have affected the internal and external parameters of the social situation, causing the document to be redrafted several times, with multiple additions and corrections along the way that have distorted its consistency. Obviously, these have had to consider:

- a. the massive accumulation of experience in the modern system of social assistance;
- b. social changes underpinned by high costs of transition and the economic crisis which have led to the explosion of poverty;
- c. legislative projects to comply with the new international requirements;
- d. the need for continuous stimulation of convergence of internal social actions with European requirements.

A mention should be made here. Currently, a wide variety of social groups is in urgent need of assistance. It would be erroneous to believe that social support must address only the very poor or the poorest of the poor. In practice, such a view conceals an important distortion in social needs assessment, namely measuring poverty only by means of personal income. Such an approach is likely to introduce in turn distortions throughout the system. Difficult social situations can be generated by many other personal circumstances. In many publications (Zamfir, C., 1999, Zamfir, E, 1995, 2000, 2002, 2009), researchers claim that, in order to give a clearer picture, a needs assessment scheme of the following kind could be devised:

- Poor in the sense of insufficiency of resources. In the current situation of our country such a category is very broad. For this reason, some argue that the object of special social care should be **people living in severe poverty**. There are two sub-categories of

poor living in conditions of severe deprivation: A) persons lacking the minimal survival resources; B) persons in a cycle of development and recovery (children, the chronically ill, etc.) lacking the resources necessary to meet development needs. E.g., in children's case, physical, healthy, development and educational, training, professional and social integration needs should be considered.

- Situations of extreme deprivation (e.g. lack of basic resources to ensure livelihood) that can not be solved only by current revenues: persons who are homeless, or have totally inadequate housing conditions, women with children driven away from home, children out of institutions without support from family, criminals released from prisons etc.
- Personal circumstances of absolute difficulty: abandoned children, street children, physically abused children, children with sexual or emotional difficulties, people with disabilities, and families in dissolution.
- Needs related to re-socialisation and reintegration or rehabilitation: juvenile offenders, prisoners who remain in the community, young people leaving orphanages, alcohol or drug addicts, the elderly with diminished capacity for independent living, victims of natural or social disasters, etc.
- Limited or distorted capacity for leading normal social and responsible life: dysfunctional families unable to attend the training and development of their children, incapable of resolving conflict situations positively, prejudice with discriminating effects on gender, ethnicity, age, religion etc, social exclusion, abandonment of own life control (resigned unemployed, inability to use family planning methods, patterns of unhealthy life leading to learned helplessness).

Such a structural scheme of needs assessment (which can regularly be updated) should underpin the development strategy of the social welfare system. It suggests two important conclusions:

- a) The structural need of social support can not be measured only by current income levels but also by the basic material life conditions. Consequently, the financial aid can not be limited to the guaranteed minimum income. No matter the amount of the guaranteed minimum income, it alone can not meet the basic needs of a family.
- b) The need for social assistance is not measurable only in terms of economic resources. In addition to these, social services are vital

to respond to various problems of those in need. Reducing social assistance only to simple financial transfers is both inefficient and unable to prevent many exclusion-generating risks / phenomena. (Zamfir, E., Zamfir C. 1995).

Lack of a clear diagnosis of the social support needs results in the inability to establish explicit priorities. In fact, the lack of government strategies for reform priorities encourages improvisations in solving real problems. This can generate constant dissatisfaction, social stratification intensified by severe community dysfunctions.

3. Social policy development for social assistance

At national governmental level there is no structured, coherent, and cohesive set of responsibilities in the field of social work. One aspect, however, falls clearly within the sphere of system coordination, namely the function of elaborating social policies in general and of social assistance in particular, which is assigned to the Ministry of Labor and Social Protection (MLSP). Assuming such responsibility, however, has always been blocked by the rapid appearance, often at random, and without effects on increasing system performance, of new organisations, completely independent of MLSP, which are focused on particular social assistance programs. Consequently, in spite of having global responsibility, the MLSP (through its General Directorate of Social Assistance) does not have its own instruments to exercise it at all levels. Actually, the Ministry is also lacking effective mechanisms to control and evaluate functions pertaining to core social support contents. Eventually, its only responsibility is to supervise the administration of social assistance law by the local authorities and provide a number of specific benefits such as child allowances.

Gradually, the global vision on social benefits focused on needs has worn off through the emergence of autonomous trends which fragment the system and the respective responsibilities.

The fragmentation of social support has been dominated in recent years by governments' option for NGOs, believed to be able to cover by themselves almost all needs of individualized social assistance. This trend has ignored the possibility of multiplication of public services in accordance with beneficiaries' needs. In fact, such an option can be interpreted as an ideological stance justifying the governments' incapacity to manage social work services, and their low interest in public policies. The effect was the outsourcing of services to NGOs or to private

authorised individuals, which caused the duplication of non-governmental services focused on time-limited often unsustainable projects. Overall, the results have been found to be poorly effective in terms of cost-benefit. This mechanism has not been able not cater for complex and highly diversified requirements of vulnerable populations at regional and local level. Many rural areas have not been covered with quality individualised services in step with the problems created by the new austerity conditions. Another visible phenomenon was the insufficient number of professional social workers. The system fragmentation has also generated the transfer of responsibilities from the system to government bodies (ministries, agencies, departments, other than the Ministry of Labour, etc.) with a low capacity for coordinating the activities.

The visible fragmentation at the level of national institutions and authorities tended to reproduce at county level, with each body developing its own structure, along and in parallel with the others. Decentralization, while a desirable institutional principle, has partially turned into a bureaucratic instrument with limited powers at the local level and very few responsibilities towards those in need. Institutional development of decentralised social care services was accomplished at the county level, but was virtually ignored at the local and community levels. It was actually a chaotic decentralization, executed speedily, with gradual loss of the capacity for assessment, monitoring and control of institutional efficiency. While being of special interest for vulnerable groups, the cooperation of the MLSP with other ministries with responsibilities in social work - the Ministry of Health, the Ministry of Education, the Ministry of Sport and Youth, the Ministry of Justice, the Ministry of Internal Affairs -, has remained rather a marginal issue in the social welfare development policy. A particular aspect is that the various pieces of legislation are being promoted by separate bodies and reflect their interests without any coordination by a body (such as MLSP). This should have a global responsibility to family welfare where children, the young, the elderly, the disabled, etc. are parts of a whole, and each, in turn, influences decisively the family's state of normality. Here is an example. At first, the Department for Child Protection (after 1998) was designed as an inter-ministerial body chaired by the Minister of Labour and Social Protection. Its purpose was to develop a unified and consistent policy regarding family and child care and coordinate the activities of various ministries with responsibilities in the field. It was quickly realized that this mechanism could not function without ministerial attributions set by strict legal and administrative norms and regulations.

Without a way of regulating each ministry's attributions within the area of social assistance, inconsistencies started to occur in the actions of partner ministries, confusion of responsibilities and even conflicting situations due to competition for resources. Inevitably, this evolution pattern has been accompanied by disagreements between institutions with responsibilities in the care system. Even now, coordination and cooperation between partner ministries and institutions with responsibilities for social support are extremely weak. There is an unfair competition for resources and programmes, which has proved to be counter-productive for performance indicators of social support measures at national level. This is why the functioning of the Department of Child Protection, while initially driven by good intentions, only lasted for a short time and failed in terms of institutional stability.

The institutional decentralization of social assistance pushed the system in different directions, whose responsibilities are difficult to assess. In addition, this regulatory style did not allow for a pre-assessment of the sustainability of the measures promoted by each party involved or of their effects on the whole system. A summary of system weaknesses highlights a feature shared by all post-1989 governments: the ambition to reform social assistance while ignoring the continuity and experience of the system. Financial investments made over time are also ignored. Without an analysis of the costs of change and a sharp focus on specific needs, the efficiency / stability of the forms of social support remain a mere promise often associated with political circumstances. For example, the construction of the administrative structure of social work involved high costs for the development of a great number of agencies, organizations, and institutions that proved rapidly to be transient, unstable, or even unnecessary. The resulting administrative system was extremely complicated and developed only through uncontrollable multiplication of independent institutional structures. The risk of systemic structural crises was amplified precisely amid the increasing complexity of organizational structures.

4. Legal and institutional framework of social assistance

The national programme for developing a strategy of social reform was found in the objective formulated through the framework law regarding the organisation and functioning of the social assistance system in the new context of transition. (Law no. 705 of 2001 and 292, revised in 2011). Although the 2001 Law (revised in 2011) formulated the general principles of social assistance and the general organizational

development framework, its adoption was only a first step in designing a modern system. This required specific methodological details of implementation, concrete proposals for structuring a functional-operative social care system. General laws should have been accompanied by complementary measures regarding the actual construction of a model of harmonization of system components: institutions, secondary legislation, professional training, a professional code of ethics, social partners etc.

Thus, new institutions, agencies, specialized departments were created and coordinated by the Ministry of Labour. Instruments, specific methodologies of social investigation / diagnosis of particular problems of social groups in difficulty were designed, accompanied by specific/secondary legislation tailored to their needs.

A code of ethics of the social work profession was formulated, stipulating specific moral norms of respect for the beneficiary, the professional requirements needed for addressing the beneficiaries' recovery and reintegration in normality.

Although forms of social assistance, whether financial aids or services, came to be set within a modern legal framework, elaborated at European standards, the delay of a specific implementation methodology of sector strategies adversely affected the system reform process. Implementing measures to sustain concrete forms of support for groups of beneficiaries would be always delayed in relation to legislative initiatives:

- Law on the social assistance system (2001, 2011),
- Social worker status law (2004); Government Decisions for specialized services;
- National Strategy for developing social services (G.D. no. 1826/2005);
- National Strategy for developing the social assistance system for the elderly 2005-2008 (Government Decision no. 541/2005);
- National Strategy for protection, integration and inclusion of people with disabilities 2006 2013 (G.D. no. 1175/2005);
- National Strategy for Prevention and Combating Domestic Violence (G.D. no. 686/2005);
- National strategy for social inclusion of young people leaving the child protection system (G.D. no. 669 / 2006);
- Plan of action to implement the new law in child protection (G.D. no. 1058/2005).

The legislative framework of social assistance, although harmonized with European requirements, did not produce in 2001 or in

2011 a viable model for sustainable development of forms of social support. It has not become a guide in the formulation and development of social policies with major impact in changing the situation of the disadvantaged.

A description of social welfare legislation is contained in the final CD Annex of the volume, realized with sustained effort and responsibility by Lavinia Onica Chișea.

The issue of the consistency of social intervention through social assistance measures has remained extremely problematic and still an ongoing legal and institutional reform project for the current governance. Most initiatives are in the sphere of particular legislative norms of non-specific laws, such as annual budget laws or public administration laws. The need for a coherent legislative framework in the social assistance system has been intensely felt. In this respect, the latest intentions of the MLSP to develop a new framework law for social welfare (2011) were long overdue. However, this proved to be incapable to provide suitable specialized answers to major institutional problems of social assistance.

Only a part of the traditional social issues have been generally covered by the legal and institutional framework. On the other hand, new problems arising from multiple social and economic crises are unsatisfactorily solved: the growing trend of child abandonment due to poverty explosion, increasing divorce rates, AIDS explosion, disorientation of young people in relation to the difficulties of social integration in an environment suddenly impoverished, with few work opportunities, drugs, alcohol, street homelessness, crime and juvenile delinquency, suicide and depression etc.

The institutional capacity of the current system to develop answers to new problems is rather timid and poorly efficient. There has long been a substantial deficit in terms of risk prevention capacity through forms of social support during the various stages of crisis. The recovering capacity of social assistance is still low compared in relation to emergency situations triggered by repeated crises. For example, the ability to prevent abandonment is still poorly documented and the abandoned child's reintegration into the natural or a substitute family is still inoperative. The assessment does not indicate to what extent they are in favour of the child.

Certain components of the current system display highly elaborated legal norms and administrative rules based on general legislation, for instance, in the cases of children and the elderly institutionalization, treatment of addictions (drugs, alcohol), human trafficking. However, compared to other specialised and customised

components for various social cases, the system is still underdeveloped. Specific methodology founded on professional techniques of high complexity and specialized agencies with their individualized services are missing. For this reason, the system competence for taking risk prevention measures, for social reintegration and recovery of adverse effects has been constantly an underdeveloped part of social assistance.

The current system, which is chiefly administrative, displays high performance in the development of managerial regulations, in monitoring that they are met, but is weak in developing techniques, procedures and professional standards for the prevention or recovery by normalization and integration. This system has been slow to accommodate highly skilled professionals. The public social services still promote many officials who, although bureaucratically accurate, are not highly specialised professionals.

There are still very few specialists in field of social policies, social assistance areas such as counselling, case management, psychosocial therapy etc. In particular, highly specialized techniques and procedures that form the complex profile of social assistance services are deficient. Extremely complex problems that require highly specialized knowledge and professional skills such as needs assessment, monitoring families who adopt children or take them in custody or placement is performed by untrained staff. Additionally, there are low-skilled so-called "social workers", sometimes with no training in the field (those who help elderly people, street children, poor families etc). Many of the specialists working in the system have either administrative qualifications or have majors in other fields.

Although progress has been made, social assistance is sustained by developing norms / requirements rather than developing high-performance professional capacities.

The social assistance still has the tendency to monitor the application of rules and administrative procedures, showing a reduced capacity of effective performance evaluation in relation to beneficiaries. Field research has often found a gap between two different types of system assessment results. Officials from the system estimate that things are going well and very well, that there are no functional problems. Indeed, they may be right in the sense that they are considering only administrative rules. On the other hand, observers of the phenomenon from outside the system assess the situation as being rather critical. They consider the results as completely unsatisfactory. They point out highly frequent failures or delays in resolving issues due to multiple causes, which are difficult to eliminate within the given structure.

From an organizational viewpoint, the current social assistance system still needs many corrections, which have not been made at the right time.

5. The role of priorities in the social assistance system

The system development has lacked a strategy focused on clearly established priorities. Its engine was accelerated more by social emergency imposed by austerity conditions, crises or external pressure imposed by requirements of the international community. Thus the reform process was accelerated for care services for children, people with disabilities, abandoned children, young people leaving protective institutions, and the Roma population. The evolution of the system has not been monitored and coordinated at national level. It has been done piecemeal, per sector, on types and categories of beneficiaries, without an assessment of its purpose. Therefore, the direction that the system was heading towards was unpredictable, characterized by a fluctuating, unstructured development pattern. In fact, the solutions can be neither random or local nor selective, focussed on groups of beneficiaries. They can become sustainable only within articulated, coherent social policies, which focus on priorities for all disadvantaged groups. Thus, the rapid decentralization, which has been done chaotically in many respects, has brought a new dimension to the model of evolution of social assistance institutional structures, namely the oscillatory move from ill-thought-out delegation of responsibilities (with no financial or institutional-technical support) to the maintenance or return to centralized patterns. From this point of view, the current system of social assistance seems to be blocked by the strategy of fragmented responsibilities and random actions for different types of social support. Unfortunately, the evolution of the system, if political decisions are not adopted in this direction, seems to lead to further fragmentation and worsening of coordination problems due to beneficiaries' dependency on welfare support. The impossibility of setting priorities in public policies for each disadvantaged category postpones solving their normal integration into the community. Due to the severe limitations of the financing sources, a clear definition of priorities for all disadvantaged groups is crucial at this time. However, the importance of defining priorities in social assistance does not appear explicitly in any official document. Very little is mentioned in public political discourse. Setting priorities in social assistance would require an operational tool for the distribution of financial and human resources available to the target groups. Yet, the system is thus built that the orientation of options in terms of priorities could not be supported

financially for all beneficiaries. Instead, focussing responsibilities only towards certain categories of beneficiaries is perhaps the most serious factor blocking any attempt to promote equitable priorities within national public welfare policies. The lack of system priorities seriously affects the relationship between groups of beneficiaries in competing for social support. Thus, the tendency to make financing resources available only to particular categories of beneficiaries over others leads to disagreements and tensions between them. A distorted image is created, whereby, in their desire to survive, some groups and people are privileged over the others. This false picture that the needs of some are more serious than those of others can trigger artificial conflicts and even induce discrimination by age, by ethnicity, gender, profession, religion etc. among the disadvantaged. It seriously violates the solidarity of disadvantaged groups, which is so necessary in periods of crisis and social instability. Therefore, setting clear objectives and directions in social assistance will be liable to streamline its forms of support in the medium and long term, ensuring success, and their sustainability for all needy community members, and for all vulnerable groups at risk of marginalization. The intrinsic characteristics of the assistance system require particular criteria for the distribution of resources. The mechanism of change promoted by political and legislative initiatives by various government institutions and actors make welfare resources centred on social support a result of competition, of power games of narrow parochial interests. In reality, welfare priorities should be the result of pressure from real life conditions, which reflect the needs of the population in difficulty, seriously depleted. They can not be mistaken for simple options or political orientations of political parties dictated by the circumstances of their competition for power.

Of course, at some point, some sources of priorities can be detected to be practically generated by the system. Perhaps the most significant examples are times of crisis that, sometime, can dictate pressing priorities in support of policy decisions. This is especially true when the crisis is defined under the "magnifier" of international bodies exerting pressure on decision makers, whereby needs prioritizing becomes a criterion for emergency allocation of resources for certain categories of beneficiaries.

6. Social assistance programs for the Roma

Currently, a special unresolved case is that of the Roma communities, in particular of children who live in severe poverty. For over twenty years, social assistance programs for Roma communities, as part of the active social policies, have failed to solve the problem of Roma

children schooling or training for young people. Poverty reduction and the integration of Roma on the labour market are still not covered by social support. Over time, within the governments have been established departments, agencies, administrative structures for public policies on minorities. The severity and complexity of social issues raised by the Roma population has spurred allocation of financial resources through major government projects focused on the specific needs of community development and social inclusion of this population. Despite many costly programmes and projects, we are still witnessing functional illiteracy reproduction, school dropout and lack of education among Roma children and youth. The National Agency for Roma, an independent agency under the authority of the Prime Minister, has a number of social and community interest programmes. This is despite the fact that it is clear that a social program for the Roma can not be separated from the general objectives of the social assistance system and should not be regarded as independent from these structures. Perhaps, at the present stage, the national agency is still necessary as an administrative structure in charge with initiating and monitoring such programs. At the same time, this can be considered as a signal of maintaining positive discrimination for Roma people. Positive discrimination, however, is known to have been promoted only in the early phase of transition due to a large start-up gap between the Roma and the majority population. It was assumed that, with its high risk of marginalization, the Roma population required extra measures to ensure its normal integration into the community. (Zamfir, E., Zamfir, C., Eds., 1993). Now, there is a perverse unwanted effect in closing the social divide of Roma groups. There is a parallel system of social support for Roma, other than the social assistance system. In this case, it no longer correlates with the general assistance policy coordinated by the Ministry of Labour. In reality, Roma are part of a general segment in need from marginalized communities and should be treated similarly with all severely disadvantaged persons. A special treatment of their social assistance only serves to reinforce / emphasize their discrimination. In this regard, the National Agency for the Roma should correlate its interventions and change of Roma communities with the overall efforts of departments, institutions, agencies, and the Ministry of Labour. Undeniably, cooperation and not separation of activities and programmes based on the development and inclusion of Roma is crucial for the establishment of an efficient and sustainable community support system. This could intensify the change effects of Roma integration programmes in the community.

7. Questions and possible answers for the current development of the system

The austerity conditions have raised a number of questions concerning the risks and challenges of the social assistance within the Romanian context.

1. What will be the future purpose of social welfare support forms for addressing both old and new social problems, which are constantly becoming worse for the poor and marginalized groups?

2. What will be the role of the state in managing social issues that are becoming increasingly numerous and pressing, leading to a sharp polarization of society, having harmful effects on the moral and behaviour stability of the poor?

3. Would the new conditions impose the rethinking and finding of new paradigms in the social research addressing specific problems of social reality?

4. Should all parties target new types of objectives for the social assistance system, which will be fine tuned to the new requirements imposed by tough budgetary restrictions and by the need to make beneficiaries actively participate to the restoring of their own lives?

5. Will these changes in social assistance and protection imposed by budget restrictions be devised so that the social welfare system will endure, keeping its standard functions and purpose in a modern society faced with multiple risks?

6. How can new types of solutions / designs targeting social assistance in times of crisis and in extreme situations be anticipated?

In recent years, academics and researchers have been actively involved in the analysis of new social, economic and moral problems generated by the crisis. By formulating possible responses and pragmatic suggestions for reducing social risks, they helped clarify the directions of social policy. Massive accumulation of thematically structured scientific analyses, knowledge and interdisciplinary theoretical information from multiple perspectives, addressing social diagnosis and regarding the occurrence and consequences of the crisis have not been exploited by the government as possible sources for the development of social policies in social assistance and for building its institutional functions.

Studies like those in this volume have repeatedly proposed possible specific answers to these challenging questions, emphasising fundamental issues such as the following:

1. The alignment to the practices of European states in the field of social assistance is absolutely necessary at the moment. Romania's

conception on the role and functions of the welfare state is departing from EU philosophy.

2. Shifting the focus of social support on the creation of new jobs and improving social support so that beneficiaries gain more autonomy and increased chances to a decent life.

3. Cooperating within programmes and projects for development and social inclusion in the construction of a specialized and effective support to prevent and recover marginalized people.

There are currently many local authorities, NGOs, agencies, and institutions in charge of carrying out programs focused on developing specialized care for different risk groups, such as lone elderly, poor children, the alcohol and drugs addicted, the abused, poor extended families, the disabled, etc. But they do not fall into an articulated system of services and institutions communicating with each other, complementing each other, and working together to solve and prevent these risks.

The fragmentation of social programmes, and isolation of their action point out the lack of maturity in their management and of responsibility towards the target groups. Often, many European programmes have brought material or image benefits for those who have developed them rather than for the disadvantaged groups they actually address.

Rethinking the methodology for conducting social development projects and programmes is now a fundamental requirement for the inclusion process and for preventing social exclusion. For this, coordination at national level, stage monitoring and timely evaluation are imperative for future social development strategies.

Certainly, rethinking the social assistance system functions can not be made without taking into account the rational, efficient use of budgetary resources in times of crisis. In reality, it is not the number of forms of social support that place a burden on the state budget but rather the incompetence, corruption, confusion and chaos in the system. Similarly, social programs with low social and economic efficiency, damaging for the system, but with an extraordinary ability to finance political and personal interests, are resource intensive while not catering for the needs of the disadvantaged.

The degradation of the social fibre of community solidarity as resource for personal development is a matter of concern for social assistance.

The absence of a clearly definable horizon and predictable future may lead to demoralization that may expand to ever-wider groups,

deepening marginalization and exclusion, causing dramatic situations and unprecedented individual and collective trauma. Presenteeism is a major feature of a culture of poverty and despair. Therefore, without long term, efficient and sustainable social benefits, people can not escape from this state of helplessness and acceptance of reality as inevitable. Their effects do not reduce the risks, as would be normal, but deepen them in time. The system loses its fundamental functions of rehabilitation and prevention and becomes simply an occasional inefficient and resource intensive charity act. Consequently, the quantity of social benefits matters less than their instrumentation for the gradual restoration of beneficiaries' capacities and their final removal off welfare dependency.

Although after 1997 the way was paved for community services focused on child and family assistance, which were subsequently developed and expanded by government policies (since 2001), during the last 8 years, the government has relegated the central component of social support to social funds run through European programmes. These projects have been undertaken by companies, NGOs, more or less specialized in social assistance. Unfortunately, their activities have been conducted independently of each other, with many of them overlapping during project duration. The time for evaluation and monitoring after project closure was totally insufficient. Serious inconsistencies emerged between the new social responsibilities at county and local levels and available financial resources. This has become apparent in a severe deficiency in active social policy development for community services. The serious underfunding of the support system for the population in severe poverty meant steep reduction in social spending as a percentage of the Gross Domestic Product, which has been much lower than in the other European countries. An important factor in maintaining and even deepening administrative institutional fragmentation and incoherence has been the intervention, sometimes exaggerated, of global financial institutions and Western media. They have aggravated the critical problems of budget system crisis, leading to disruptions in family and child social protection and assistance. The process of developing a national strategy to reform the social assistance system has been hampered by multiple external conditionalities regarding the types and forms of aid, both in number and real value. This has resulted in mass layoffs in the public sector, cuts in pensions and salaries, and a decrease of the role played by the welfare state in times of crisis.

The confusion, inconsistency and incompleteness of changes regarding social support have characterised social policies within the context of austerity measures in Romania. During this time, no

appropriate financial transfer scheme towards underdeveloped poor communities has been devised. No steps have been taken to reduce the deficit of social support and stop or reduce social polarization, which has increased dramatically. The job search allowance for reintegration into employment of marginalized people has been greatly underestimated by government policies. The system's weak focus on groups with the highest risk of social exclusion in a competitive market economy has actually multiplied social problems. Specialized assistance services have not become the main forms of risk prevention and complementary active measures of beneficiaries' integration into the labour market. Under the difficult austerity conditions, this last safety net for the survival of a large part of the vulnerable population was lost. Under severe reduction of financial resources, a money-wasting process has been revealed on the background of disorder, incompetence and corruption in the system, which has not been able to manage responsibly the balanced financing of its components. Indeed, it is from this perspective that the system can be said to be an intensive fund consumer. In particular, the extra costs for the numerous allowances are taken into account. Currently, the key element in the changes produced by social assistance should be the development of policies for individualized support services. They should focus on active measures in the occupational field by creating new decent jobs for the beneficiaries. A reform of the system in the current context would also require effective community support strategies for the family and its members.

References

- Onica Chișea, L., *Aspecte socio-juridice privind protecția drepturilor copilului. Studiu de caz în județul Bihor* [Social and Juridical Aspects of Children's Rights Protection], Expert, București, 2007;
- Onica Chișea L., *Dreptul securității sociale. Curs universitar* [Social Security Law. University Course], Editura Pro Universitaria, București, 2014
- Pop, Luana Miruna, *Dicționar de politici sociale* [Dictionary of Social Policies], Editura Expert, 2002
- Pop, Luana Miruna, *Politici sociale. Elemente de teorie, analiză și evaluare a politicilor sociale* [Social Policies. Elements of Theory, Analysis and Evaluation of Social Policies], Editura Economică, 2005
- Zamfir, Cătălin, Marius Augustin Pop, Elena Zamfir, *Spre o societate centrată pe copil* [Towards a Child-Centred Society], Editura Expert, 1992
- Zamfir, Cătălin, Marius Augustin Pop, Elena Zamfir, *România 89-93: Dinamica bunăstării și protecția socială* [Romania 1989-1993: Welfare Dynamics and Social Protection], Editura Expert, București, 1994

- Zamfir, Cătălin, (editor), *Politici sociale în România: 1990-1998* [Romanian Social Policies: 1990-1998], București, Expert, 1999
- Zamfir, Cătălin, *O analiză critică a tranziției. Ce va fi „după”?* [A Critical Analysis of Transition. What Will Follow 'After'?] București, Editura Polirom, 2004
- Zamfir, Elena, Cătălin Zamfir, (editors), *Țigani în ignoranță și îngrijorare* [Roma People – Between Ignorance and Concern]. București, Alternative 1993.
- Zamfir, Elena, Zamfir Cătălin, (editors), *Politici sociale. România în context european* [Social Policies. Romania in the European Context], Editura Alternative, București, 1995
- Zamfir, Elena, Zamfir, Cătălin, Pop, Marius, *Pentru o societate centrată pe copil* [For a Child-Centred Society], Edit. Alternative , București 1997
- Zamfir, Elena, Bădescu, Ilie, Zamfir, Cătălin, (editors), *Starea societății românești după 10 ani de tranziție* [The State of Romanian Society After 10 Years of Transition], Expert, 2000
- Zamfir, Elena, (editor), *Strategii antisărăcie și dezvoltare comunitară* [Anti-poverty Strategies and Community Development], Ed. Expert, București 2000
- Zamfir, Elena, *Curs de asistență socială* [Social Work Course], Ed. Universității București, 2002
- Zamfir, Elena, Propuneri pentru reorganizarea sistemului de asistență socială în România. Raport de evaluare pentru Strategia națională [Proposals for the reorganisation of the Romanian social assistance system. Evaluation report for the national strategy], 2002
- Zamfir, Elena, *Asistența socială în România*. Selecție de texte [Social work in Romania. Selected texts], Ed. Mitropoliei Craiova, 2009
- ***, Planul Național Anti-Sărăcie și Promovarea a Incluziunii Sociale, CASPIS, 2002, aprobat Prin Hotărâre de Guvern [The National Anti-Poverty and Social Inclusion Plan, approved by Government Decision]
- ***, Comisia Europeană și Guvernul României, Joint Inclusion Memorandum, 2005

PARTEA I

ASISTENȚA SOCIALĂ: O ISTORIE DRAMATICĂ

Perioada premodernă a asistenței sociale în România (până la 1848)

DAN CONSTATIN RĂDULESCU

Cercetarea istorică a evidențiat faptul că, de-a lungul tuturor epocilor istorice, flagelul sărăciei și al excluziunii au afectat persoane, familii, categorii socio-profesionale și, uneori comunități întregi în proporții și durate care evident au variat. Atunci, când, însă, riscurile pauperizării amenințau, ca intensitate și durată, efective prea însemnate de persoane, înlăuntrul unor comunități sau state, puteau izbucni tensiuni și mișcări sociale și politice, ce puteau pune în pericol solidaritatea membrilor acelor comunități și, chiar, tăria așezământului politico statal.

Fapt pentru care, în timp, s-au cristalizat, la nivelul conducerilor politico statale, un număr de instituții și s-au alocat resurse umane materiale și bănești pentru combaterea pericolelor generate de sărăcie și excluziune. Desigur, operaționalizarea acestor instituții a durat timp îndelungat dar, cel puțin la scara continentului european, ele erau deja, structurate și legitimate mai ales, odată cu legalizarea și consolidarea creștinismului, spre sfârșitul Antichității. Nu întâmplător, cercetările istorice au evidențiat astfel de realități și în spațiul politico statal medieval românesc, la sud și est de Carpați, ca și în celelalte provincii istorice românești ajunse sub ocupație străină. Într-adevăr, condițiile prielnice geopodeclimatice au îngăduit locuirea statornică a teritoriului României de astăzi și a zonelor învecinate de comunități omenesti, care au început să se organizeze și să se sedentarizeze, încă din mezolitic (mileniul XIV – 6500 Î.H.) pe acest întins spațiu al etnogenezei românești mărginit de Dunărea de Mijloc și Tisa la vest, de Carpații Păduroși la nord, de cursul Bugului la est și de Munții Macedoniei la sud. De precizat că, atât comunitățile mezolitice și neolitice preindoeuropene, cât și triburile trace indoeuropene așezate în acest întins spațiu (tribali, odrizi, carpi, geți, daci, suci, s.a.) trăiau în așezări rurale organizate în obști gentilico patriarhale și practicau creșterea vitelor, agricultura, meșteșugurile casnice dar și prelucrarea metalelor.

Membrii obștilor se considerau urmașii unui/ unor strămoș / strămoși comuni stăpânind în devălmășie pământurile, apele, pădurile de pe teritoriul obștei. Totodată, membrii obștilor își datorau, ca rude și vecini, sprijin și întrajutorare în caz de războaie, calamități sau al unor infirmități sau boli, ce incapacitau oricare membru al obștii. Acest fapt a îngăduit, timp îndelungat, resorbirea riscurilor de sărăcie și excluziune, ce puteau afecta

persoane sau, mai ales, familii din sânul obștii. De altfel, solidaritatea și întraajutorarea datorate de membrii obștilor a și permis trăinicia și menținerea lor pentru timp, transformate însă, în obști țărănești vicinale, care au populat întreg spațiul etnogenezei românești traversând Antichitatea târzie și întreg Evul Mediu Românesc și supraviețuind chiar, în Epoca Modernă, în România, în unele zone de munte.

Au existat evident, începând cu secolele IV-III î.H., centre fortificate, în care rezidau conducătorii entităților statale coagulate, în acest spațiu și care au culminat cu puternicile cetăți traco geto dace (dava) (Sarmisegetuza, Argedava, Pelendava, Sucidava s.a.) ridicate în secolele II î.H. – I. A-D. În, timpul domniilor marilor regi Burebista (80-44 î.H.) și Decebal (87-106). Însă, populația acestor așezări era în principal, formată din militari, funcționari și familiile nobiliare – tarabostes, ale căror efective erau mult inferioare masei populației țărănești comati (pileati). Mai însemnate au fost orașele înființate de coloniștii greci în zona pontodunăreană și în nordul Mării Negre (Olbia, Apollonia Tomis, Histria, Callatis, Dyonissopolis) care au supraviețuit chiar, năvălirii triburilor slave și bulgare la sud de Dunăre, după 602. În schimb, importante centre urbane ridicate de romani în Dacia, după cucerirea acesteia în 106, Sarmisegetuza Ulpia Traiana, Apulum, Potaissa, Drobeta, Romula, au dispărut după părăsirea Daciei, în 275, de către armată și administrație retrase, la sud de Dunăre, fiind abandonate sau transformate treptat în așezări rurale.

Practic, timp de circa 1000 de ani majoritatea regiunilor României de astăzi au înregistrat, după 275, cu excepția Dobrogei, un intens proces de ruralizare, fapt ce a determinat, de asemenea, consolidarea obștilor țărănești, în care viețuia populația autohtonă daco romană și apoi, românească. Doar, începând cu secolele XII-XIII, regalitatea maghiară a putut fonda un număr de centre urbane în Banat, Crișana, Maramureș și Transilvania mai ales, cu sprijinul coloniștilor germani colonizați în aceste ținuturi.

Cât privește ținuturile românești, de la sud și est de Carpați, primele centre orășenești încep să fie menționate în izvoarele scrise externe, din secolele XIII, XIV, Mehadia Severin, Câmpulung Muscel, Baia Rădăuți, Siret, Suceava.

Constituirea statelor românești medievale, de stare stătătoare, Muntenia și Moldova, în prima jumătate a secolului XIV, a determinat constituirea de noi cetăți și așezări urbane, ca centre politico administrative și militare dar, oricum, în ambele Țări Românești a continuat să predominie populația țărănească, organizată în obști țărănești, ce și-au putut păstra ca trăsături caracteristice, devălmășia, solidaritatea – chiar și pe fondul

procesului de aservire, la care le-au supus domnia, biserica și boierii, până în pragul Epocii Moderne.

De fapt, menținerea, în proporții semnificative, a unor obști libere de moșneni în Muntenia și, respectiv, răzeși în Moldova, ce controlau resursele obștii – păduri, ape, terenuri agricole a și îngăduit acestor comunități să supraviețuiască, până după 1800, în proporții de circa, 25%, din total așezărilor țărănești, și respectiv să poată asigura inclusiv protejarea membrilor lor aflați în dificultate din diferite cauze (boli, infirmități, incendii, jafuri ș.a.).

Chiar și membrii obștilor aservite se considerau în continuare, ca stăpânitori devălmași ai pădurilor spre exemplu, fapt pentru care, aplicarea Legii de Reformă Agrară din România, după 1864, a și determinat derularea unui uriaș număr de litigii provocate de stăpânirea pădurilor, între foștii posesori de sate – boierii deveniți moșieri, după desființarea privilegiilor feudale în 1858 și, respectiv, foștii țărani aserviți –clăcașii, emancipați și împrumietăriți doar, cu terenuri de cultură, la 1864.

Autoritatea deosebită de care s-a bucurat obștea țărănească, în rândul populației dar și al structurilor politico administrative în Muntenia și Moldova, peste timp, a determinat din partea unui reputat cunoscător al acestor realități românești următoarea apreciere: „*Ne apare în schimb, imaginea centrală a unei ființe sociale, de sine stătătoare, care este aceea a obștii satești, temei al întregii noastre structuri sociale față de care boierii, răzeșii și clăcașii sunt deopotrivă legați printr-un mecanism social dominat de legile de a fi ale obștii*” (Stahl, H.H., 1945, pp.21-22). La autoritatea obștii țărănești s-a adăugat modul specific în care au evoluat Muntenia și Moldova, ca state vasale Porții Otomane, din secolul XV, și, care a condiționat evoluțiile istorice în plan social, economic și politic, Deci și în planul asistenței sociale.

Într-adevăr și în Țările Române s-au structurat asemeni restului Europei medievale, chiar, dacă, mai târziu și, mai puțin riguros, un număr de ctitori domnești și boierești ridicate sub supravegherea bisericii, pe lângă mânăstiri și care aveau drept obiect adăpostirea, protejarea și îngrijirea bolnavilor, infirmilor, orfanilor și bătrânilor lipsiți de mijloace. Fapt pentru care într-o lucrare dedicată evoluției așezămintelor medico sociale românești se concluziona: „*Mânăstirile și bisericile cu slujitorii lor, călugării și preoții cărturari, rugăciunea și cartea bisericească au fost îndrumătorii acestor stări, În adevăr, tot de la începutul Țărilor Românești, românii au prins să-și zidească mânăstiri perfect organizate cu breslașii de toate categoriilor, gata de luptă. Nu le lipseau nici bolnițele, lăcașuri pentru îngrijirea celor răniți sau bolnavi*” (Dr. Pompei Gh. Samarian, 1935, p.8). Spre exemplu, domnitorul muntean Vlaicu a înzestrat Mânăstirea Vodița cu un obroc (danie) de 1000 aspri anual, din care suma de 300 de aspri era destinată hrănirii și

adăpostirii săracilor (Dr. Pompei Gh. Samarian, 1935, p.82). Ulterior, domnitorii Dan I și Mircea cel Bătrân au înzestrat Mănăstirea Tismana cu veniturile cășăriilor și brânzăriilor din zonă, cu scopul adăpostirii săracilor (Dr. Pompei Gh. Samarian, 1938, p.23).

Au fost situații în care unele localități acordau îngrijire și adăpost săracilor, infirmilor și bătrânilor primind în schimb, de la domnie, scutiri de taxe și impozite, cum a fost satul Mățăul de Jos, aparținând orașului Câmpulung Muscel, pe care și la 1639, domnitorul Matei Basarab îl întărea în ceea ce privește vechile scutiri „*pentru adăpostirea gârbovilor, săracilor și schiopilor din Câmpulung Muscel*” cu motivația ca aceste scutiri de dări și dajdii „*au fost poruncite de domnii cei vechi din descălicătura Țării și până acum*” (Dr. Pompei Gh. Samarian, 1935, p.22). Similar, orașul Râmnicu Vâlcea a fost întărit, între secolele XVI-XVII, cu scutiri de dări de către domnie întrucât asigura îngrijirea persoanelor din oraș și județ, lipsite de mijloace (Dr. Pompei Gh. Samarian, 1935, p.23).

Fapt important, deja, la 1458, domnitorul Vlad Țepeș a poruncit recenzarea și verificarea cerșetorilor, infirmilor, orfanilor și bolnavilor lipsiți de mijloace, spre a putea fi cunoscuți și ajutați de preoții parohiilor de care aceștia aparțineau, practică ce s-a menținut în uz până spre sfârșitul secolului XIX (Dr. Pompei Gh. Samarian, 1935, p.27). Măsuri similare a adoptat Ștefan cel Mare, în 1458, pentru săracii, din Roman, repetate în 1480, pentru persoanele lipsite de mijloace din Iași (Dr. Pompei Gh. Samarian, 1935, p.27). În alte orașe și târguri din Moldova au început a se organiza „*bresle ale mîșăilor*”, care cer ajutoare domnitorilor și sunt înregistrate în documente de cancelarie, în timpul lui Ștefan cel Mare și a urmașului său Bogdan și pe care Petru Rareș le-a întărit cu pământuri în Iași, spre a-și zidi case (Dr. Pompei Gh. Samarian, 1935, pp.28-29). Întrucât, „*unii mîșăii*” fuseseră în mod abuziv scoși din casele lor, starostele mîșăilor din Iași, numit Istrate, s-a plâns domnitorului Iliș Alexandru de aceste apăsări și silnicii iar, domnitorul le-a înapoiat celor în drept casele, în 1666 (Dr. Pompei Gh. Samarian, pp.28-29).

Domnitorul moldovean Mihail Racoviță a poruncit, în timpul celei de a treia domnii (1716-1726) întocmirea unei cartografii speciale, ce cuprindea pe toți calicii, mîșăii, schiopii, bolnavii și orfanii din țară, spre a putea fi cunoscuți și ajutați din veniturile intrate în visteria țării (Dr. Pompei Gh. Samarian, 1935, p.33). Era înregistrată astfel o primă inițiativă de a se organiza un sistem de asistență socială susținută direct de stat. Cauza fundamentală a unei astfel de inițiative era reprezentată de brusca sporire a numărului de persoane rămase fără adăpost și mijloace de subzistență, ca urmare a caracterului deosebit de violent al operațiilor militare desfășurate, în Moldova, în timpul războiului ruso-turc, din 1711, ce va fi urmat de alte

războaie la fel de prădalnice și pustiitoare purtate de Rusia și Austria, singure sau aliate, împotriva Porții Otomane pe teritoriile Moldovei și Munteniei în 1716-1718, 1734-1738, 1767-1774, 1787-1792, 1806-1812, 1822, 1828-1829 și, care au provocat creșterea spectaculoasă a numărului de orfani, infirmi și persoane lipsite de mijloace silite să cerșească mai ales, prin orașe, spre a putea supraviețui. Fapt ce a determinat o sporire importantă a inițiativelor particulare în domeniul asistenței sociale dar, mai ales, inițiatives permanente de intervenție a statului, în acest domeniu.

De precizat că, înainte de 1700, în general, numărul persoanelor vulnerabile și deci asistabile din punct de vedere al sărăciei s-a menținut, atât în Muntenia și Moldova, la cote scăzute: ce puteau fi rezolvate exclusiv, prin așezămintele înființate pe lângă mănăstiri, de domnitori și de familiile boierești, ca și la nivelul obștilor sătești ai căror membri datorau ajutor și sprijin vecinilor și rudelor aflați în nevoie.

Rolul milosteniilor și danilor, în bani, alimente și îmbrăcăminte era ajutorarea persoanelor aflate în incapacitate de a munci pe o anumită perioadă la timp și, deci, incapabile să supraviețuiască, fără ajutorul celor din jur. Doar, în cazurile extreme de infirmități, boli grave, afecțiuni psihice sau în cazul orfanilor și bătrânilor singuri și săraci se recurgea la îngrijirea (Dr. Pompei Gh. Samarian, 1935, p.27) în Muntenia (Dr. Pompei Gh. Samarian, 1935, pp. 61-65). În schimb, pentru îngrijirea bolnavilor, infirmilor și bătrânilor neputincioși, domnitorul muntean Vladislav a rânduit, în 1524, construirea de chilii separate în cadrul mănăstirii Curtea de Argeș, pe care le-a și înzestrat cu venituri corespunzătoare (Dr. Pompei Gh. Samarian, 1935, p.68).

În ceea ce privește protejarea orfanilor, trebuie menționat că, pe lângă îngrijirea acestora la mănăstiri, domnitorul Alexandru Ipsilanti a dispus în 1781 zidirea unui orfelinat pentru 100 băieți pe lângă biserica ridicată de domnița Bălașa fiica lui Constantin Brâncoveanu, în 1745, în timp ce, pentru fete a fost zidit un orfelinat similar, pe lângă mănăstirea Tuturor Sfinților (Dr. Pompei Gh. Samarian, 1935, p.68).

Așezăminte pentru îngrijirea bătrânilor au fost ridicate din inițiatives particulare, ca de exemplu azilul pentru 24 femei sărace, zidit de Mihail Monahul, în 1763, lângă Biserica Ceaușul David, pe care domnitorul Alexandru Ipsilanti l-a înzestrat cu venituri, în 1775 (Dr. Pompei Gh. Samarian, 1935, p.69). În 1785, povarnicul Stan Jian a ridicat, la Preajba, județul Dolj o mănăstire înzestrată și cu chilii „*pentru alți oameni săraci și neputincioși care să-și aibă hrană și chiverniseală*” întărită, în 1785, de domnitorul Mihail Șuțu cu venituri suplimentare (Dr. Pompei Gh. Samarian, 1935, p.70). În 1811, vornicul Radu Goleșcu a zidit, la Golești, un spital și un

azil pentru săraci, iar în 1813, Ghica Speteanu a ridicat un azil, la Valea Scheilor (Dr. Pompei Gh. Samarian, 1935, pp. 72-73).

În Moldova, domnitorul Constantin Cehan Racoviță a ridicat un spital și un azil pentru săraci, lângă mănăstirea Sf. Spiridon din Iași înzestrate cu veniturile ocnei de la Târgu Ocna și a unor moșii domnești, ce a permis acestei instituții, devenită Epitropia Sfântului Spiridon, să zidească numeroase spitale, azile, orfeline în Moldova (Ctitoria Așezămintelor Sfântului Spiridon, 1940, p. 12).

Similar, în Muntenia, băneasa Safta Brâncoveanu a dispus în 1840, prin testament constituirea unei fundații, care să construiască un spital pentru îngrijirea gratuită a săracilor, alături de pacienți internați cu plată, la care s-au adăugat, în timp, alte așezăminte medicale și sociale, ce au constituit Așezămintele Brâncovenești (O Repede privire asupra Așezămintelor Brâncovenești din Capitală, 1892, pp. 3-5).

În 1775, domnitorul Alexandru Ipsilanti a înființat Casa Obștirilor (Dvornicia Obștirilor) cu atribuții în domeniul medicinei sociale, care asigura salarizarea unor medici, ce trebuiau să asigure consultații gratuite tuturor locuitorilor, indiferent de starea lor (Dr. Pompei Gh. Samarian, 1935, pp. 27-28). Ulterior, în 1779, același domnitor a instituit Cutia Milelor organism prezidat de Mitropolitul Țării și însărcinat cu examinarea și aprobarea cererilor de ajutoare bănești înaintate de bătrâni, săraci, bolnavi, infirmi, văduve sărace cu copii în îngrijire (ale căror ajutoare erau asigurate de veniturile colectate, în acest scop de Cutia Milelor (Stahl, H.H., 1962, p.85).

În Moldova, domnitorul Alexandru Moruzzi, ajutat de soția sa principesa Zoe Moruzzi, a inițiat, de asemenea, importante proiecte medicale și de asistență socială, dintre care importantă rămâne înființarea, în 1791, a Casei Milelor însărcinată cu identificarea și ajutorarea tuturor persoanelor asistabile lipsite de mijloace (Dr. Pompei Gh. Samarian, 1935, p.16).

Spre sfârșitul secolului XVIII și începutul secolului XIX-lea s-a realizat deci, în ambele Țări Române un început de rețea de instituții specializate în protecția diferitelor categorii de persoane vulnerabile, infirmi, bolnavi cronici, bătrâni fără familie, orfani sau copii abandonți, ce începeau să fie înființate și finanțate de stat dar, acționau împreună, cu așezămintele similare fondate de persoane particulare. În plus, se constituie deja, un corp de medici plătiți de stat pentru a îngriji gratuit bolnavii, indiferent de starea lor socială și care acționau, împreună cu autoritățile locale, preoții parohi și notabili cu respectabilitate la identificarea și ajutorarea familiilor și persoanelor lipsite de mijloace. Spre exemplu, Bucureștiul a fost împărțit în 5 sectoare (vopsele, culori), fiecare sector având un medic comunal, plătit de stat, care ajutat de reprezentanții Agiei (poliției), preoții parohi și un număr de comercianți și meșteșugari cu notorietate – identificau bolnavii și săracii,

ce urmau apoi să fie îngrijiți și ajutați bănește, prin venituri lunare plătite de stat și ajutoare periodice (Mile la zile mari) de asemenea, suportate de stat pe baza unor liste normale centralizate la Cutia Milelor și plătite prin parohii. Cazurile extreme – orfani, bolnavi psihici, bătrâni și bolnavi singuri erau, ca și mai înainte încredințate așezămintelor fondate, pe lângă mânăstiri (Dr. Pompei Gh. Samarian, 1935, p.21).

De precizat că, în Muntenia și Moldova, asemeni restului Europei acelei perioade, asistența socială era dominată de principiul carității creștine, ce se acorda însă, doar, săracilor merituoși aflați vremelnic, în incapacitate de a munci, spre a se întreține pe ei și familiile lor. Doar, cazurile extreme de bătrâni bolnavi cronici, bolnavi psihici se încredințau spre îngrijire îndelungată sau permanentă bolnițelor mânăstirești sau spitalelor înființate în București, Iași, Craiova și alte orașe mai mari. Chiar și îngrijirea și protejarea orfanilor era considerată în primul rând, o modalitate de protejare pasageră a unor viitori adulți activi plătitori de taxe și impozite. Dimpotrivă, persoanele apte de muncă, care refuzau reinsertia socială și vagabondau și cerșeau prin orașe erau identificate alungate și chiar întemnițate fiindu-le refuzate asistarea. Acest spirit trebuie evidențiat că, a dominat organizarea și funcționarea asistenței sociale în Țările Române până la 1859 și, ulterior, în România, până la începutul veacului XX. Spre exemplu, dacă este avută în vedere epoca, până în 1848, domnitorul Alexandru Ipsilanti a poruncit în 1797, cartografierea „*calicilor, mișeilor și nevolnicilor*” din țară pentru a fi ajutați cu bani doar *bătrânii și neputincioșii adevărați*, iar „*vagabonzii, leneșii și hoțomanii să fie întorși la locurile lor de baștină sau întemnițați ca mincinoși ori răufăcători*”, astfel de categorii au fost întocmite în ambele Țări Române în 1811 și 1813 (Dr. Pompei Gh. Samarian, 1935, pp.39-40). În schimb, orfanii neputincioșii, bătrânii săraci și bolnavi erau ajutați cu bani de la visterie, așa cum informa Logofeția Pricinilor Bisericești, cu raportul nr. 361 din 4 decembrie 1831, adresat Marii Vornicii Dinăuntru a Țării Românești, despre ajutorarea bănească a unui număr de 391 orfani, bătrâni, bolnavi cronici, bolnavi psihici și cerșetori familisti (Arhivele Naționale, fond Logofeția Principilor Bisericești 1830-1841, filele 125-129, 136). Față de cerșetori și vagabonzi, cum s-a arătat anterior, erau luate măsuri aspre de întoarcere la localitățile de baștină sau de expulzare în țările de origine (Turcia, Moldova, Rusia) cum, spre exemplu era informată conducerea țării de către Marea Vornicie Dinăuntru a Țării Românești, cu nr. 165, din 18 aprilie 1831 (fond Marea Vornicie Dinăuntru a Țării Românești, Dosar nr. 168/1831, fila 2).

Sub astfel de auspicii înregistrate, după 1700, prin asistența socială în Muntenia și Moldova, prin reformele instituite de domnitorii luminați precum Alexandru Ipsilanti și Alexandru Moruzzi s-a intrat în o nouă etapă și

pentru protejarea persoanelor vulnerabile, prin edictarea în 1832, a Regulamentelor Organice în cele două principate, adevărate așezăminte constituționale în modernizarea statului și societății românești de o manieră ireversibilă.

Deja, la 8 decembrie 1831, contele Rîselev, în calitate de președinte plenipotențiar al Divanurilor Țării Românești și Moldovei, cerea Adunării obștești muntene să grăbească discuțiile și votarea Raportului nr. 1634 din 5 decembrie 1831, al Marii Vornicii Dinauntru a Țării Românești, ce însoțea proiectele de regulamente de înființare, organizare și funcționare pentru Casa Copiilor Sărmani, Casa Cerșetorilor, Casa Milogilor și Casa Bisericilor și Schiturilor Sărace, la care s-a adăugat și Casa Smintiților (fond Obișnuita Adunare Obștească a Țării Românești, dosar nr. 12/1831-1832, filele 2-18). Corespunzător, în Moldova asistarea persoanelor lipsite de mijloace era asigurată prin intermediul Casei Milelor (Primăria orașului București, Asistența și ocrotirile sociale, Expoziția Luna Bucureștiului 9 mai-9 iunie 1936, p. 3.) ce era administrată împreună cu Casa Copiilor.

Un element deosebit de important pentru evoluția ulterioară a instituțiilor asistenței sociale create de stat, l-a reprezentat asigurarea de fonduri bănești acoperitoare, vărsate de la bugetul de stat, de tip modern, introduse în Țările Române, după 1832, prin intermediul Regulamentului Organic, care stabilea, în 1831, pentru fiecare principat, în parte, un astfel de buget cadru. Spre exemplu, bugetul cadru, stabilit, în 1831, pentru Muntenia prevedea la cheltuieli un total de 14.319.000 lei, din care 210.000 lei pentru finanțarea Caselor Făcătoare de Bine, aflate sub coordonarea Eforiei Caselor Făcătoare de Bine astfel repartizați: 100.000 lei pentru Casa Copiilor sărmani, 50000 lei pentru Casa Cerșetorilor, 50000 lei pentru Casa Milogilor și, respectiv, 10.000 lei, pentru Casa Bisericilor și Schiturilor sărace (Biblioteca Institutului de Științe Administrative a României nr. 1 Colecțiunea Vechilor Legiuri Administrative, Regulamentele organice ale Valahiei și Moldovei, 1944, pp. 16-19.). La aceste cheltuieli bugetare se adăugau, în beneficiul săracilor acoperirea, tot de la bugetul statului, a consultațiilor și tratamentelor asigurate, prin spitalele publice, ajutoarele de înmormântare asigurate din bugetul orașelor, precum și Milele obișnuite asigurate de Mitropolii și Episcopii.

În Muntenia, organismul coordonator al Caselor Făcătoare de Bine anume, Eforia Caselor Făcătoare de Bine se aflau sub autoritatea Marii Vornicii Dinăuntru (viitorul Minister de Interne) autoritate guvernamentală sub care instituțiile de asistență socială au rămas și după constituirea, în 1859, a statului român, modern până la înființarea Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale. Pentru Moldova, bugetul cadru stabilea, în 1832, un volum de cheltuieli de 6.652.575 lei din care 100.000 lei pentru Casa Milei, în

vederea întreținerii familiilor nevoiașe ce nu se vor mai îngădui pe uliță acestea urmând a primi pensii lunare, între 15 și 40 lei „după starea trebuințelor jăluitorului și după starea sa în societate de dinainte de sărăcie” la care se adăugau 15.000 lei pentru Casa Copiilor aflați, ce îngrijea copiii abandonăți s-au copiii proveniți din familii sărace pusă sub autoritatea Casei Milelor (Biblioteca Institutului de Științe Administrative a României nr. 1, Colecțiunea Vechilor Legiuiri Administrative, pp. 188-190; 225). De precizat că, în ambele principate, între 1832-1848, bugetul statului a asigurat un trend crescător sumelor întrebuințate pentru funcționarea instituțiilor asistenței sociale.

Tabel 1. Evoluția alocațiilor bugetare totale repartizate Asistenței Sociale de la Bugetul Statului în Muntenia 1832-1848

	1831	1835	1840	1845	1848
Total cheltuieli bugetare	14319000	22467282,53	17532252,20	21887835,38	18725917,33
Total alocații bugetare pentru Eforia Caselor Făcătoare de Bine	210000	215580,102	334348,38	515628,20	991175,75

Conținutul tabelului de mai sus evidențiază faptul că, în timp ce, volumul total al cheltuielilor bugetului de stat al Munteniei a crescut, de la 14.319.000 lei, în 1831, la 18.725.917,33 lei, în 1848, ceea ce reprezintă un spor de 130,7% în schimb, alocațiile destinate asistenței sociale, în cursul aceleiași perioade, au crescut de la, 210000 lei, în 1831, la 991175,75 lei, în 1848, ceea ce reprezintă un spor de 471,98%. Similar, în Principatul Moldovei, fondurile totale alocate Casei Milelor, între 1832-1849, au crescut, de la 115000 lei, la 181627 lei, ceea ce reprezintă un spor de 157,59 lei (Arhivele Naționale, fond Obișnuita Obștească Adunare a Țării Românești, Dosar nr. 472, filele 121-124).

În continuare, este prezentată evoluția înregistrată de aceste instituții de asistență socială în Muntenia și Moldova, până în 1848. Cum s-a arătat deja, prin dispozițiile regulamentelor Organice, protejarea copiilor abandonăți sau provenind din familii sărace era încredințată, în Muntenia,

Casei Copiilor Sărmani și în Moldova, Casei Copiilor Aflați. În cazul Casei Copiilor Sărmani, odată operaționalizată, aceasta putea informa Eforia Caselor Făcătoare de Bine, în 25 decembrie 1833, despre preluarea integrală în îngrijire și protecție a copiilor săraci sau abandonati, dintre care, copii cu vârste, până la 3 ani erau îngrijiți la orfelinat iar, copiii cu vârste între 3-12 ani, erau dați spre creștere la doici crescătoare, special recrutate, de medici și salarizate de stat pentru aceasta, pentru care deja, în 1833, fuseseră cheltuiți 40000 lei, la care se adaugă alți 2844,60 lei pentru achiziționarea de scutece și îmbrăcăminte pentru copii (fond Eforia Caselor Făcătoare de Bine dosar nr. 4/1832, filele 1-2). În 1833, suma cheltuită pentru copii îngrijiți de casă s-a ridicat la 44500 lei (fond Eforia Caselor Făcătoare de Bine dosar nr. 78/1833, fila 7). S-au stabilit reguli stricte de recrutate și verificare a doicilor crescătoare plătite cu 18 lei pe lună, pentru îngrijirea orfanilor între 3-12 ani, alese de medici, preoți parohi și reprezentanții administrativi locali, dintre femeile măritate sau văduve cu o bună reputație și cu vârste, între 18-35 ani și cu o bună stare de sănătate și abilități gospodărești (Fond Logofeția Principilor Bisericești, 1831-1840, Dosar nr. 27/1832, filele 1, 21-22). Fapt pentru care, după 1832, Casa Copiilor Sărmani a putut asigura îngrijirea unui număr în creștere de copii abandonati sau provenind din familii sărace cum și evidențiază tabelul de mai jos.

Tabel 2. Evoluția numărului de copii îngrijiți de Casa Copiilor Sărmani între 1832-1843

Anul	Copii luați în îngrijire	Copii primiți ulterior	Copii dați de suflet sau preluați de alte instituții	Copii morți
1832	102	-	-	-
1833	129	-	-	-
1834	164	137	23	62
1835	215	134	7	78
1836	264	174	41	73
1837	297	151	18	140
1838	290	129	17	94
1839	308	185	23	101
1840	369	218	37	127
1841	423	272	39	178
1842	478	254	67	136
1843	529	408	136	9

Sursa: Arhivele Naționale, fond Obișnuita Obștească Adunare a Țării Românești, Dosar nr. 173, fila 45, fond Logofeția Pricinilor Bisericești 1841-1871, dosar nr. 87/1842, filele 37-86.

Corespunzător, în 1844, Casa Copiilor Sărmani asigura plata a 200 doici crescătoare pentru îngrijirea a 200 copii, la care se adăugau copii de până la 3 ani îngrijiți în orfelinat (fond Obișnuita Obștească Adunare a Țării Românești, dosar 434, filele 1-72). Efectivele copiilor îngrijiți de doici crescătoare au scăzut la un număr de 185, în 1845, spre a spori din nou, la 200, în 1846, pentru a fi redus la 159 copii, în 1847, și respectiv, la 150 copii, în 1848 (fond Logofeția Pricinilor Bisericești 1841.1871, dosar nr. 74/1846, filele 1,4-22, nr. 73/1846 filele 1-7, dosar nr. 63/1848 fila 2, dosar nr. 57/1849, filele 1-16.).

În Moldova, cu o populație, ce reprezenta cam, jumătate din efectivele populației muntene, efectivele copiilor crescuți de doici crescătoare, prin Casa Copiilor Aflați s-au cifrat, între 1832-1848 în jurul a 67-70 de copii astfel îngrijiți, în afara copiilor sub 3 ani, adăpostiți în orfelinate (fond Obișnuita Obștească Adunare a Țării Românești, Dosar nr. 472, filele 121-124). În aceste efective de copii îngrijiți de Casa Copiilor Sărmani în Muntenia și respectiv, de Casa Copiilor Aflați în Moldova se adăugau copii bolnavi abandonati sau orfani, trimiși spre tratament și adăpostiți în spitalele publice. În plus, Casa Copiilor Sărmani a solicitat înscrierea copiilor de vârstă școlară în școlile primare muntene, solicitare acceptată de Logofeția Pricinilor Bisericești cu începere din anul școlar 1837-1838, pentru toți copii merituoși aflați în îngrijire, la Casa Copiilor Sărmani, (fond Eforia Caselor Făcătoare de Bine, Dosar nr. 216, fila 1) după ce, în prealabil, fuseseră acceptate doar, cazuri individuale. Totodată, Casa copiilor sărmani a asigurat plasarea la meșteșugari și negustori a copiilor aflați în grija sa, în vederea deprinderii unei meserii utile. Se poate deci, concluziona că, atât personalul Casei Copiilor Sărmani cât și funcționarii, preoții și notabilii implicați în protejarea copiilor aflați în dificultate au asigurat, în condiții remarcabile, pentru acele timpuri îngrijirea și înserarea în comunitate a acestora în primul rând pentru ca instituția a beneficiat de alocații bugetare acoperitoare, pe lângă donațiile, ofrandele și inițiativele particulare, dedicate aceluiași scop.

Cât privește protecția adulților, după 1831, Regulamentul Organic a asigurat protejarea acestor persoane adulte aflate în dificultate temporară sau permanentă, prin intermediul unor Case Făcătoare de Bine – Casa Cerșetorilor, Casa Milogilor, Casa Smintiților în Muntenia și, respectiv, Casa Milelor, în Moldova. Totodată, conducerile administrațiilor orașenești erau datoare să asigure, prin bugetele proprii, ajutorarea săracilor, din acele localități, cu hrană, îmbrăcăminte, lemne de foc, medicamente și tratamente medicale și ajutoare de înmormântare. În Muntenia, Casa Cerșetorilor asigura, după o prealabilă evaluare, plata unor pensii lunare unor solicitanți familisti, ce posedau un imobil dar, din diferite motive, nu mai puteau munci,

spre a-și întreține familia. Odată, aprobată jalba, solicitantul primea un „bilet de milă” valabil un an, pe baza căruia Casa Cerșetorilor îi elibera lunar o pensie al cărui cuantum varia între 15 și 60 lei.

La 18 martie 1833, Casa Cerșetorilor informa, spre exemplu, cu nr. 133 pe generalul Kiselev, că în cursul anului 1832, asigurase plata pensiilor de milă pentru 588 cerșetori familiști pentru care fuseseră eliberate fonduri de 9450 lei (Arhivele Naționale, fond Eforia Caselor Făcătoare de Bine, dosar nr. 90/1833, filele 1-4), dintre care un număr de 61 bărbați, 51 femei, și 24 copii fuseseră asigurați, cu astfel de venituri, în București (fond Logofeția Pricinilor Bisericești 1831-1840, dosar nr. 125/1832, filele 68, 71-74.).

Ulterior, prin Porunca domnească nr. 17, din 17 ianuarie 1835 domnitorul muntean Alexandru Dimitrie Ghica decidea identificarea bătrânilor bolnavi, săraci și fără familie din București, ce urmau a fi trimiși spre îngrijire medicală, la Spitalul Plumbuita pentru a fi apoi îngrijiți și adăpostiți în Azilul Mănăstirii Plumbuita (fond Vornicia Dinăuntru a Țării Românești, dosar nr.431/1834, fila 3). Casa Cerșetorilor asigura, pe lângă alocarea pensiilor de milă, în beneficiul cerșetorilor familiști și internarea cazurilor externe de bolnavi cronici, infirmi, bătrâni singuri lipsiți de mijloace, în azilele construite pe lângă mănăstiri. Spre exemplu, la mănăstirea Balamuci, în 1837, erau îngrijiți un număr de 66 bătrâni și bolnavi săraci și nevolnici (Arhivele Naționale, fond Logofeția pricinilor bisericesti 1831-1840, dosar nr. 25/1837, filele 4-6.).

De menționat că, după 1840, în condițiile înregistrării unor ani agricoli nesatisfăcători, ce au provocat scăderea încasărilor bugetare, s-a înregistrat o reducere a numărului de pensionari familiști asigurați cu plata pensiilor, ca urmare a diminuării alocațiilor bugetare destinate acestui scop, tendința însă, atenuată de rezolvarea măcar în parte, a acestui gen de asistență prin instituționalizarea unor asistați, cum se vede din tabelul de mai jos.

Tabel 3. Evoluția alocațiilor bugetare și a numărului de beneficiari de pensii de milă și a persoanelor instituționalizate prin Casa Cerșetorilor între 1832-1848

	1832	1835	1840	1845	1848
Alocații, pensii de milă	14872,90	14876,30	7.560	8.655	9000
Nr. beneficiari	82	82	42	48	50
Alocații persoane insti-tuționalizate	-	-	16396,70	13679	18930,11

	1832	1835	1840	1845	1848
Total alocații	14872,90	14876,30	23956,70	22234	27930,11
Total nr. beneficiari	132	132	102	131	135

Cunoscut fiind faptul că, în perioada 1832-1848, s-au înregistrat și numeroși ani agricoli cu recolte reduse din cauza inundațiilor sau a secetei sa a altor fenomene meteorologice, care diminuau sever încasările bugetare, în afara tensiunilor politice mai ales, din 1840 rămâne un fapt pozitiv modul în care, personalul Casei cerșetorilor a acționat în identificarea și protejarea persoanelor pe care le-a avut în grijă mai ales, a celor instituționalizate. În timp, unii beneficiari de pensii de milă au reușit să-și redobândească parțial capacitatea de muncă în principal în urma tratamentelor medicale ieșind din aria de responsabilitate a Casei Cerșetorilor dar, anumite nevoi legate de traiul zilnic îi calificau pentru milele periodice plătite din Casa Milelor. Alături de aceștia se găseau și persoanele afectat de afecțiuni sau infirmități mai ușoare ce le permiteau prestarea unor ocupații utile.

Solicitanții de Mile Periodice de Zile Mari (Crăciun, Paște) se adresau în scris autorităților statutului, cererile fiind ca și în cazul pensiilor de milă evaluate de medicul comunal, preotul paroh de care aparțineau și un număr de notabili locali cu notorietate. Odată, aprobate aceste solicitări, listele cu beneficiarii de mile periodice erau centralizate la Casa Milogilor, ce înmâna titularilor „*bilete de milă*” valabile un an, ce se plăteau prin bisericile parohiale. Spre exemplu, cu nr. 83, din 12 septembrie 1831, Marea Vornicie Dinăuntru a Țării Românești era informată de Agia (Poliția) Bucureștiului de completarea catastihului (registrului) cuprinzând toți săracii din capitala țării, ce erau îndreptățiți a primi „*mile la zile mari*” anume: 133 săraci și nevolnici, 63 văduve sărace, 56 fete sărace și 28 bătrâni văduvi, adică 290 persoane (Arhivele Naționale, fond Logofeția Pricinilor Bisericești 1831-1840, dosar nr. 24/1831, filele 92,106).

Ulterior, în anul 1832, a fost întocmit un catastih pe țară de Logofeția Pricinilor Bisericești, care cuprindea un număr de 1036 persoane, ce urmau să primească „*mile la zile mari*”, de Crăciun, prin Casa Milogilor, pentru care visteria a eliberat suma de 15849 lei (Arhivele Naționale, fond Eforia Caselor Făcătoare de Bine, dosar nr. 2/1832, filele 1-89). În final Logofeția Pricinilor Bisericești a fost informată de Eforia Caselor Făcătoare de Bine despre faptul că, pe parcursul întregului an 1832, Casa Milogilor a acordat pe întreaga țară mile periodice, de Crăciun și de Paște, la un număr de 5915 persoane, în valoare de 90462 lei (Arhivele Naționale, fond Eforia Caselor Făcătoare de Bine, dosar nr. 90/1833, filele 1-4).

Similar, în anul 1833, Casa Milogilor a asigurat plata de „*mile la zile mari*”, la un număr de 3796 persoane, ce însumau un total de 56944,45 lei (fond Eforia Caselor făcătoare de bine, dosar nr. 65/1833, fila 7). Totodată, în bugetele aprobate pentru Casa Milogilor erau trecute și sume provenind de la donatori particulari, ce puteau spori, în felul acesta, fondurile bănești destinate „milelor la zile mari”, cum atestă cu nr. 136, din 1832, Eforia Caselor Făcătoare de Bine, într-un raport înaintat Logofeției Pricinilor Bisericești, la care era anexat un tabel cuprinzând 195 donatori, ce dăruiseră, în acest scop, sume variind, între 300 lei și 1750 lei (fond Logofeția pricinilor bisericești 1831-1840, dosar nr. 137/1832, filele 9-17). La rândul său, domnitorul Alexandru Ghica dăruia prin Casa milogilor în anul 1834, suma de 7762, 60 lei pentru ajutorarea unui număr de „379 fete scăpătate” (fond Eforia Caselor Făcătoare de Bine, dosar nr. 134, filele 4-14.).

În Principatul Moldovei, în conformitate cu dispozițiile Regulamentului Organic, Capitolul III, articolul 50, se acordau de asemenea „mile la zile mari” (Crăciun, Paște, Sf. Nicolae, Sf. Mihail și Gavril, Sf. Gheorghe) pentru care Epitropia milelor solicita cu numărul 35/1839 și primea aprobarea domnitorului Mihail Sturza, ca „biletele de milă” aprobate solicitanților îndreptățiți să fie întărite cu pecetea domnitorului, pentru evitarea neregulilor anterior descoperite) (Manualul Administrativ al Principatului Moldovei, 1856, pp. 431-432.).

Și în cazul Casei Milogilor din Muntenia, bugetele anuale au fost diminuate, în unii ani ca urmare a încasărilor reduse la bugetul de stat provocate de anii agricoli nesatisfăcători. Spre exemplu, în 1846, Casa Milogilor a putut acorda „mile la zile mari” la un număr de 1803 beneficiari în întreaga țară, în valoare de 22544 lei, la care însă s-au adăugat mile extraordinare plătite pentru cazuri urgente în valoare de 26109,60 lei (Arhivele Naționale, fond Obișnuita Obștească Adunare a Țării Românești, dosar nr. 518/1848, filele 24-28.) și respectiv, în 1848, la sfârșitul perioadei analizate s-au plătit mile la zile mari, la 1413 persoane în valoare de 21190,20 lei, la care s-au adăugat mile extraordinare, în valoare de 26233,30 lei (fond Ministerul Culturilor și Instrucțiuni Publice, dosar nr. 35/1850, filele 33-35).

Inevitabil, anii agricoli nesatisfăcători, care determinau reducerea încasărilor bugetare, au determinat, cum s-a arătat deja, diminuarea resurselor bugetare aflate la dispoziția Casei Milogilor. Fapt pentru care, o parte din solicitanții de mile periodice au fost preluați de parohii sau au primit mile extraordinare, tot prin intermediul mitropoliilor și episcopilor dar, pe baza „*biletelor de milă*” aprobate de Casa Milogilor. Totodată, autoritățile au reînnoit apelurile adresate filantropilor particulari de a face donații în beneficiul săracilor. Așa cum a făcut Departamentul bisericesc din

Moldova, prin Anaforma nr. 636, din 12 februarie 1852, aprobată de domnitorul Grigore Ghica în 17 februarie 1852 prin care s-a decis constituirea, pe la bisericile parohiale, de „*cutii ale milelor*” pentru ca „*bunii credincioși*” să poară depune „*ofrande în bani spre ajutorarea săracilor prin Casa Milogilor, pentru strângerea cerșetorilor și îngrijirea lor pe la mânăstiri sau pentru ajutorarea lor pe la casele lor*” (Manualul Administrativ al Principatului Moldovei vol. 2, Iași 1856, p. 432).

Chiar dacă inițiativa pomenită mai sus depășește cadrul temporal analizat, ea se înscrie într-o tradiție de apărare a săracilor, prin conlucrarea între stat și inițiativele particulare, continuate și, după 1848.

Cât privește identificarea și îngrijirea bolnavilor psihici, cum s-a evidențiat deja, în paginile anterioare, încă din secolele XIV-XV, bolnițele mânăstirești asigurau în ambele țări românești, îngrijirea acestora indiferent de starea lor materială. În timp, s-au constituit, pe lângă unele mânăstiri, adevărate centre de îngrijire a bolilor mintale. Precum, mânăstirile Golia și Neamț în Moldova sau Negoiești, Malamoc, Sărîndar, Mărcuța și Madona Dudu în Muntenia. Ulterior a fost asigurată îngrijirea bolnavilor psihici și în spitalele apărute, după 1700: Colțea, Filantropia, Madona Dudu, Dudești, Pantelimon, Sf. Spiridon, Galați, Roman.

În vederea curmării abuzurilor legate de internarea unor persoane declarare, ca bolnave psihic, în scopul obținerii averilor acestora, autoritățile au intervenit condiționând astfel de internări de obținerea unui diagnostic corespunzător, din partea medicilor. Inițial, Regulamentul Organic din Muntenia a însărcinat Casa Cerșetorilor cu derularea operațiunilor de identificare, evaluare și internare a bolnavilor psihici. Operațiunile de acest gen erau apreciate ca foarte importante, fapt pentru care, Secretariatul General (guvernul) cerea cu nr. 1419, din 10 iunie 1838, Logofeției pricinilor bisericești să înainteze un raport privind numărul în situația bolnavilor psihici, din țară, aflați în îngrijirea Casei Cerșetorilor.

Întrucât, bolnavii psihici erau îngrijiți în așezăminte mânăstirești, împreună cu bolnavii cronici și bătrânii săraci, dar în saloane separate, domnitorul Alexandru Ghica a cerut guvernului cu nr. 616, din 27 august 1838, mutarea bolnavilor psihici de la mânăstirea Negoiești la mânăstirea Malamoc (ulterior, Balamuci), acțiune a cărei finalizare era apreciată ca finalizabilă, în 1839, de către Logofeția pricinilor bisericești, cu nr. 3006, din 30 septembrie 1838 (Arhivele Naționale, fond Ministerul Cultelor și Instrucțiunilor Publice, dosar nr. 18/1838, filele 5-7.). De menționat ca și la mânăstirea Mărcuța erau îngrijiți bolnavi psihici, alături de bolnavi și bătrâni fără mijloace, de asemenea, în saloane separate (Arhivele Naționale, fond Ministerul Cultelor și Instrucțiunilor Publice, dosar nr. 18/1838, filele 5-7).

Lipsa fondurilor bugetare determinată, cum s.a. arătat deja, de înregistrarea după 1838, a unor ani agricoli slabi, nu a îngăduit îngrijirea bolnavilor psihici, separat de celelalte categorii de bolnavi, așa cum decisese ordinul domnitorului Alexandru Ghica, din 1838. În plus, cazurile de bolnavi psihici violenți sau care comiseseră fapte penale grave erau oricum preluate din dispoziții judecătorești, de azile special organizate, în acest scop, la mănăstirile Sărindar și Madona Dudu sau la spitalul Filantropia. În cele din urmă, guvernul a înaintat domnitorului Alexandru Ghica, cu nr. 2306, din 18 ianuarie 1839 propunerea organizării unui institut al smintiților, la mănăstirea Mărcuța (fond Logofeția pricinilor bisericesti 1831-1840, dosar nr. 52/1838, filele 104-197) unde erau deja înregistrați la 31 ianuarie 1839, de mai mulți ani, un număr de 52 bolnavi psihici, cu rezultate corespunzătoare, în ceea ce privește tratarea lor, iar personalul medico sanitar acumulare experiența pentru îngrijirea unui număr chiar, mai mare, de astfel de pacienți (fond Logofeția pricinilor bisericesti 1831-1840, dosar nr. 321/1838, filele 540-541). De altfel, după 1848, instituția de la Mărcuța a devenit un adevărat centru național de îngrijire a bolilor mentale, fapt ce a legitimat decizia autorităților, din 1839. Totodată, s-a trecut la organizarea unei instituții de coordonare distinctă a identificării și îngrijirii bolnavilor psihici, anume Casa Smintiților aflată în subordinea Eforiei Caselor Făcătoare de Bine, care avea, în grijă unitățile de profil, de la Balamuci, Mărcuța, Sărindar și Madona Dudu. Spre exemplu, numai la Mărcuța, în 1846, erau îngrijiți un număr de 60 bolnavi psihici, pentru întreținerea cărora Casa Smintiților alocase 6738,114 lei, plus alți 2469,45 lei pentru îmbrăcăminte (Arhivele Naționale, fond Obișnuita obștească adunare a Țării Românești, dosar nr. 518/1848, filele 35-41).

În Moldova, pe lângă capacitățile de îngrijire a bolnavilor psihici deja, existente, domnitorul Mihail Sturza a hotărât constituirea unui spital modern pentru smintiți, cu 12 paturi, la mănăstirea Golia, decizie transmisă guvernului, spre executare, cu nr. 783, din 15 aprilie 1846 (fond Ministerul de Interne Direcția Generală a Serviciului Sanitar, dosar nr. 9/1847, fila 6). Acestea au fost în linii mari principalele instituții dedicate ajutorării persoanelor aflate în dificultate înființate de stat și finanțate, de la bugetul de stat dar, la care s-au adăugat și numeroase inițiative particulare, deja pomenite. Au existat între 1832-1848, prin aplicarea dispozițiilor Regulamentelor Organice și măsuri de ajutorare a săracilor operate de autoritățile administrative orășenești și suportate de la bugetele orașelor. Concret, erau stabilite ca intrând în sarcina administratorilor orășenești, ajutorarea săracilor prin acordarea de ajutoare de hrană, îngrijiri medicale, îmbrăcăminte, lemne de foc și ajutoare de înmormântare. Spre exemplu, bisericile parohiale orășenești urmau să asigure mile obișnuielnice pentru

săraci, fapt pentru care Agia Bucureștiului cerea, cu nr. 188, din 22 ianuarie 1832, Logofeției pricinilor bisericești să disponibilizeze, de la Casa Rezervei suma de 10000 lei (fond Logofeția pricinilor bisericești 1831-1840, dosar nr. 27/1832, fila 1).

Mai multe intervenții venite din partea Marii Vornicii Dinăuntru a Țării Românești și a Logofeției Pricinilor Bisericești au determinat respectarea dispozițiilor legale privind îngroparea gratuită a săracilor, refuzată de unii preoți parohi, în unele cazuri, înregistrate, între 1832-1835, nemaîntâlnite însă, ulterior (fond Logofeția pricinilor bisericești 1831-1840, dosar nr. 23/1831, fila 1, dosar nr. 303/1835, fila 5). În ceea ce privește consultațiile și tratamentele medicale gratuite, asigurate bolnavilor săraci, Eforia spitalelor putea oficial anunța încă, din 18 noiembrie 1832, finalizarea exemplară a cestor activități, în toate spitalele din țară, în 1831 și 1832 (Buletin Gazeta Administrativă a principatului Țării Românești, 16 ianuarie 1833) situate care de altfel, s-a înregistrat neschimbată, pe tot parcursul perioadei Regulamentului organic 1832-1848. În cursul anului 1835, Eforia Spitalelor informa Logofeția pricinilor bisericești că, până la 20 decembrie 1835, în spitalele publice din țară fuseseră îngrijiți gratuit un număr de 208 bolnavi (Arhivele Naționale, fond Logofeția pricinilor bisericești 1831-1840, dosar nr. 275/1835, filele 2; 5-101; 40-41; 292-293).

O importantă preocupare privind securitatea medico socială a populației țării, a fost între 1832-1848, combaterea bolilor venerice, a căror incidență sporise alarmant mai ales, în orașele port Brăila, Giurgiu, Călărași, Corabia, deschise complet comerțului, prin dispozițiile Tratatului de Pace de la Adrianopol. Spre exemplu, așezământul spitalicesc, de la mănăstirea Mărcuța, informa Marea Vornicie Dinăuntru a Țării Românești despre faptul că, numai în 1833, fuseseră internate și îngrijite un număr de 142 femei bolnave de sifilis, pentru îngrijirea cărora fuseseră cheltuiți 4738,23 lei (Arhivele Naționale, fond Logofeția pricinilor bisericești 1831-1840, dosar nr. 412/1834, filele 49-51; 78-81). S-a ajuns chiar la construirea unor Spitale pentru sifilitici, în unele orașe centre de județ, sau în orașe port. Spre exemplu, municipalitatea din Câmpulung Muscel, susținută de Ocârmuirea județului a cerut aprobarea construirii unui astfel de așezământ pentru combaterea bolilor venerice, solicitare pe care Comitetul Carantinelor și al Sănătății Publice din Principatul Țării Românești a avizat-o pozitiv, cu nr. 672, din 14 mai 1841, fiind în final, aprobată de Marea Vornicie Dinăuntru a Țării Românești (fond Vornicia dinauntru a Țării Românești, dosar nr. 35/1841, filele 3; 25). Tot în vederea eradicării bolilor venerice autoritățile au trebuit să adopte și măsuri de combatere și reprimare a prostituției. Spre exemplu, domnitorul Munteniei, Gheorghe Bibescu ordona cu ofisul domnesc, nr. 84, din 28 mai 1834 „*izgonirea femeilor publice din preajma*

cazărmilor din București" (fond Vornicia dinăuntru a Țării Românești, dosar nr. 43/1843, fila 1).

În Moldova, Instrucțiunile Comisiei Doctorești, aprobate de Comitetul Sănătății, pe 9 mai 1846, condiționau practicarea prostituției doar, de către femeile în prealabil, consultate și găsite sănătoase de medicii însărcinați cu aceasta, și care le eliberau „**Bilele personale**” vizate de Agie în timp ce, prostituatele bolnave urmau să fie trimise la spital pentru tratament (Manualul Administrativ al Principatului Moldovei, 1855, pp. 345-348). De precizat că, acțiunile de combatere a bolilor venerice au rămas un obiectiv principal, pentru medicina socială și asistența socială, din România și după 1848, până în perioada actuală. Un element cu totul nou înregistrat, după 1832, a fost reprezentat de măsurile adoptate de autorități, în acord cu spiritul perioadei, în vederea îmbunătățirii traiului persoanelor condamnate și întemnițate. Anterior, persoanele condamnate pentru fapte penale își ispășeau pedeapsa în ocnele de sare, de unde și apelativul generic sub care erau cunoscuți, „**ocnași**”. De precizat că, lucrările legate de extragerea sării se desfășurau în condiții deosebit de grele, la care se adăugau severitatea regimului de reclusiune derulat permanent, în subteran și abuzurile gardienilor.

După adoptarea Regulamentului Organic și a altor măsuri de reformă în domeniul justiției s-a putut trece la aplicarea unor măsuri de îmbunătățire a regimului executării pedepselor. De precizat că și în executarea pedepselor penale se păstrau diferențele de statut social. Dacă boierii și celelalte categorii privilegiate erau în cazul comiterii unor fapte penale surghiuniți la moșile lor ori „**popriți**” prin vreo mânăstire, oamenii de rând condamnați penal erau încarcerați în cumplitele ocne. Fapt pentru care, după 1830, au început să se construiască, în apropiere ocnelor, în care condamnații prestau în continuare, operațiuni de extragere a sării, în regim de muncă silnică, clădiri moderne de penitenciare, în care condamnații erau depuși, în timpul nopții și în zilele de duminică și sărbători legale. Totodată, prin dispoziții precise, emise de guvern, s-au stabilit rații acoperitoare de hrană și norme de muncă acceptabile pentru condamnați, care au început să se bucure și de asistență medicală și religioasă, prin crearea unor funcții plătite, de la buget, de medici, chirurghi, subchirurghi și preoți duhovnici. Totodată, la centrele de județe, în care funcționau instanțe de judecată erau înființate închisori (aresturi) pentru condamnații la pedepse mai ușoare sau aflați în cercetări penale. Pentru construirea acestor închisori se organizau licitații (mezaturi), la Departamentul Trebilor Dinăuntru (fosta Mare Vornicie Dinăuntru) așa cum se anunța oficial, în Muntenia, la 6 martie 1844, în vederea contractării zidirii aresturilor pentru judecătorii din Focșani, Brăila, Vâlcea și Turnu Severin (Buletin, Gazeta Oficială București nr. 22 din 6

martie 1844, pp. 85-86). Totodată, în vederea îmbunătățirii și diferențierii regimului pedepselor, domnitorul Gheorghe Bibescu a dispus, prin Ordinul Domnesc, nr. 549, din 29 noiembrie 1844, transmis Sfatului Administrativ Extraordinar (guvernul) ca pe viitor, condamnații, ce ispășesc pedepse ușoare, să poată lucra împreună, cu salariații ocnelor spre a putea fi astfel încurajați să se integreze în comunitate după „**împlinirea pedepsei**” prin ușurarea traiului zilnic „care să-i dirijeze în gândurile și purtările spre pocăință și îndreptare” (Buletin Gazeta Oficială București nr. 144 din 30 noiembrie 1844, pp. 552-573). În schimb, deținuții condamnați la moarte și grațiați ori condamnați pe viață sau la pedepse de peste 15-20 ani urmau să lucreze separat „**sub strajă permanentă**” (Buletin Gazeta Oficială București nr. 144 din 30 noiembrie 1844, pp. 552-573). Totodată, domnitorul stăruia, în mai multe rânduri, în cuprinsul Ordinului domnesc, citat mai sus, ca personal de pază dar, mai ales, preoții și medicii din penitenciare să manifeste omenie și înțelegere cu prioritate față de acei deținuți recuperabili care „**porniseră pe calea cea dreaptă și se pocăiseră**” (Buletin Gazeta Oficială București nr. 144 din 30 noiembrie 1844, pp. 552-573). Astfel de norme adoptate în vederea îmbunătățirii regimului penitenciar și a reinsertiei condamnaților în comunitate au continuat și după 1848.

Câteva concluzii

Prezentarea fie și sintetică a modului în care au evoluat în Țările Române, în epocile istorice premoderne (până la 1848) instituțiile și serviciile de asistență socială destinate protejării minorilor și adulților aflați în dificultate evidențiază următoarele concluzii. Pentru perioadele de sfârșit ale Comunei Primitive Antichității și Evului Mediu Timpuriu (mileniul VI î.H. – sec. XI), comunitățile trăitoare la sud și est de Carpați, ca și în restul spațiului etnogenezei poporului român au dezvoltat structuri sociale în care trăieștia obștei gentilice și apoi a celei țărănești a îngăduit grație raporturilor de solidaritate și întrajutorare, dezvoltare între membrii fiecărei comunități rurale, supraviețuirea chiar în condițiile vitrege determinate de valurile succesive de năvălitori migratori și ocupanți, care au năpădit spațiul de viață al poporului român. În plus, comunitățile obștești au fost în măsură ca folosindu-și propriile resurse, să protejeze membrii aflați în dificultate de riscurile de sărăcie. Fapt pentru care, în condițiile în care mai ales, la sud și est de Carpați, unde predominau astfel de comunități de păstori și agricultori, fenomenul sărăciei să nu reprezinte un risc major pentru solidaritatea așezămintelor sociale și politice românești.

În plus, procesele de urbanizare au fost extrem de lente, pe fondul mai ales, al neîncetatei năvăliri ale triburilor migratoare derulate între 275 – sec. XIII (goți, huni, gepizi, avari, slavi, bulgari, unguri, pecenegi, uzi, tătari).

Abia după 1300, când s-a trecut la coagularea statelor feudale românești de sine stătătoare – Muntenia și Moldova – încep să fie pomenite în izvoarele vremii, primele centre urbane românești – Câmpulung Muscel, Mehadia, Curtea de Argeș Pitești respectiv Baia, Rădăuți, Siret, Suceava, centre urbane în care, asemeni Europei vestice medievale, se puteau înregistra persoane cu un statut social marginal, lipsite chiar, de mijloace de acoperire a necesităților de trai. Fapt pentru care, sub îndrumarea bisericii, domnitorii împreună cu marile familii boierești, au trebuit să intervină, în vederea protejării acestor persoane năpăstuite. Modalitățile de ajutorare constau în efectuarea de danii și pomeni ocazionale, în beneficiul săracilor cu prilejul înmormântărilor și a altor praznice tradiționale, practică ce a supraviețuit, până în zilele noastre.

Elementul principal de asigurare a adăpostirii și protejării mai ales a cazurilor extreme de sărăcie, orfanii, bolnavii cronici, infirmii, bătrânii singuri fără mijloace, l-a reprezentat construirea unor bolnițe și spații ad-hoc de primire în numeroasele mănăstiri ctitorite în Muntenia și Moldova, după secolul XIV.

După 1700, frecvențele războaie purtate în principal, pe teritoriile Munteniei și Moldovei, de Austria și Rusia împotriva Imperiului Otoman, au generat importante pierderi de vieți omenești și distrugerii de bunuri materiale.

Condiții în care Bucureștiul, Iașul dar și alte orașe au fost inundate de un număr sporit în mod brusc de cerșetori minori și adulți ce puteau amenința securitatea populației datorită lipsei de mijloace de subzistență care îl puteau îndemna la comiterea de fapte antisociale. Situație în care, elitele boierești au sporit demararea unor inițiative sociale prin ctitorirea de azile și orfelinate, pe lângă mănăstiri, cum o făcuseră de altfel și anterior. Dar, fapt important, domnia și autoritățile statului au început să intervină pentru eradicarea sărăciei și excluziunii, în rândul persoanelor aflate în dificultate.

Concret, au fost înființate instituții specializate în identificarea persoanelor aflate în dificultate – spitale, ospicii, azile și orfelinate. Si, fapt important, au fost stabilite venituri oferite de la bugetul statului, în vederea înființării și funcționării acestor instituții. Mai ales, perioada 1832-1848, când au fost aplicate dispozițiile Regulamentului Organic, în ceea ce privește organizarea și funcționarea instituțiilor stat din domeniul asistenței sociale, a reprezentat o epocă de modernizare vizibilă a acestora, în acord cu similitudinile lor europene.

De precizat că, în ciuda unor dificultăți reprezentate de anii agricoli nesatisfăcători ori de unele tulburări politice, alocațiile bugetare destinate instituțiilor de asistență socială din Muntenia și Moldova au reușit să acopere, în cea mai mare parte, trebuințele minorilor și adulților asistabili, aflați în grija acestor instituții. De asemenea, au continuat să se înregistreze însemnate ctitorii și donații particulare în domeniul protejării și îngrijirii persoanelor lipsite de mijloace. Este important de evidențiat faptul că, și în România modernă (1848-1948) a fost continuat în domeniul asistenței sociale, acest efort conjugat între instituțiile de profil de stat și inițiativa particulară.

Bibliografie

- Academia Română, 2001, *Istoria Românilor*, vol. 1, 2, 3, București.
- Dr. Samarian, Pompei, Gh., *Medicină și farmacie pe teritoriul românesc*, vol. 1 (1352-1775) Călărași, 1935; vol. 2, Călărași, 1937; vol. 3 (1555-1834), Călărași, 1938.
- Stahl, H. H., 1945, *Sociologia satului românesc devălmaș*, vol. 1, București.
- Stahl, H.H., MATEI, I. Ioan, 1962, Matei, *Manual de prevederi și asistență*, București, 1962.
- Zamfir, C., Vlăsceanu, L., coord., 1993, *Dicționar de Sociologie*, București, Editura Babel.
- Zamfir, C., Stănescu, S., coord., 2007, *Enciclopedia dezvoltării sociale*, București, Editura Polirom.
- Arhive:
- Arhivele Naționale, Fond Obişnuita Obştească Adunare a Țării Românești, dosarule nr. 12 (1831-1832) nr. 1731, nr. 335, nr. 434, nr. 472, nr. 515.
- Fond Vornicia Dinăuntru a Țării Românești, dosarele nr. 95/1831, 165/1831, 255/1833, 433/1831, 412/1834, 431/1834, 69/1838, 368/1840, 419/1840, 35/1841, 43/1843.
- Biblioteca Institutului de Știința Administrative a României nr. 1, Colecționarea vechilor legiuni administrative sub conducerea profesorilor Paul Negulescu și George Alexandru, Regulamentele organice ale Vlahiei și Moldovei, vol. 1, București, 1944.
- Buletin, Gazeta Administrativă a Principatului Țării Românești, 1833.
- Buletin, Gazeta Oficială a Țării Românești, 1835.
- Buletin, Foaie Oficială, Iași, Anul VIII, 1840.
- Buletin, Gazeta Oficială, București, 1844.
- Buletin, Gazeta Administrativă a Țării Românești, 1845.
- Fond Ministerul de Interne, Direcția Generală a Serviciului Sanitar, dosarele nr. 1/1836, 9/1847.

Fond Logofeția Pricinilor Bisericești 1831-1840, dosarele nr. 24/1831, 23/1832, 27/1832, 127/1832, 128/1832, 134/1833, 154/1833, 208/1835, 23/1836, 25/1837, 45/1837, 51/1838, 321/1838.

Fond Logofeția Pricinilor Bisericești 1841-1871, dosarele nr. 46/1841, 45/1841, 58/1841, 66/1841, 87/1841, 144/1841, 49/1843, 79/1843, 42/1844, 31/1845, 73/1846, 74/1846, 36/1848, 43/1848, 63/1848, 39/1849, 57/1849, 61/1849.

Fond Monitorul Cultelor și Instrucțiunii Publice, Dosare nr. 1/1836, 9/1847.

Fond Eforia Caselor Făcătoare de Bine, dosarele nr. 2/1832, 4/1832, 16/1832, 65/1833, 90/1833, 124; 134; 146.

Primăria Municipiului București, Asistenta și ocrotirile sociale, Expoziția Luna Bucureștilor, 9 mai- 9 iunie 1836, București, 1936.

Reviste:

Ctitoria Așezămintelor Sfântului Spiridon, Iași, 1840.

O repede privire asupra Așezămintelor Brâncovenesti din capitală, București, 1892.

Manualul Administrativ al Principatului Moldovei, vol. 1, vol. 2, Iași, 1855-1856.

De ce este importantă asistența socială¹

DANIEL ARPINTE

Schimbările recente din sistemul de asistență socială, pe fondul tendinței generale de limitare a cheltuielilor bugetare, au vizat reducerea efortului statului de a sprijini categoriile sociale vulnerabile. O asemenea opțiune nu este izolată și nici întâmplătoare. De-a lungul anilor, în asistența socială au mai fost vehiculate o serie de soluții fanteziste, bazate pe experiența limitată a inițiatorilor sau a evaluării eronate a capacității sistemului de a integra astfel de schimbări, scopul fiind restrângerea intervenției statului și a resurselor alocate pentru asistență socială. Însă, pentru prima dată, intervenția este justificată de necesitatea eliminării risipei și a suprapunerilor, considerându-se că măsurile de asistență socială sunt excesiv de generoase.

Considerată în mod cu totul nejustificat un stat asistențial – sintagmă vehiculată pentru a eticheta risipa de resurse și caracterul nemeritoriu a beneficiarilor de asistență socială – România are cel mai scăzut nivel al cheltuielilor publice sociale și cele mai mici alocări pentru asistență socială la nivelul UE, fapt ignorat atunci când este argumentată povara suportului pentru programelor de asistență socială. Două tipuri de consecințe putem estima:

- **Creșterea costurilor pentru protecția grupurilor vulnerabile.**

În mod paradoxal, reducerea cheltuielilor pentru unele programe de asistență socială (în special pentru beneficii non-contributorii) nu va diminua efortul statului pentru protecție socială. Costurile vor crește prin accesarea unor servicii sau beneficii vulnerabile la testarea eligibilității. De asemenea, amânarea intervenției pentru alte categorii vulnerabile (ex. copii care provin din familii cu venituri reduse, copii care au părinți plecați la muncă în străinătate etc.) va presupune costuri semnificative pentru întreaga societate, care vor fi ulterior achitate. Numeroși autori (Lansley, 2012, Dorling, 2011, Stiglitz, 2012, Wilkinson et al., 2011) au evidențiat necesitatea suportului statului pentru grupurile sociale dezavantajate sau pentru reducerea inegalității sociale, argumentul principal fiind unul pragmatic: lipsa intervenției determină creșterea problemelor sociale, fapt

¹ Textul este o versiune actualizată a prezentării de la conferința The European Culture for Human Rights: The Right to Happiness, publicată în volumul conferinței, editori Elena Zamfir și Filomena Maggino, 2013, Cambridge Scholars Publishing.

care înseamnă un cost semnificativ plătit de către societate pentru atenuarea acestora sau determinat de efectele generate. Creșterea inegalității (Wilkinson et al., 2011) este asociată cu o serie de probleme sociale grave care afectează semnificativ nu doar categoriile sociale afectate de lipsa sau precaritatea veniturilor, ci și pe cei care dețin cele mai substanțiale resurse.

- **Regresul semnificativ al serviciilor de asistență socială.**

Finanțarea precară din fondurile publice, suportul neglijabil care poate fi utilizat în cadrul fondurilor structurale europene din domeniul incluziunii sociale sau politica incoerentă pentru construcția instituțională generează deprofesionalizarea serviciilor și modifică substanțial rolul asistenței sociale. Asistentul social nu mai este profesionistul care asigură într-o manieră sportivă reintegrarea celor vulnerabili, ci devine „inspectorul” care verifică dur beneficiarii de ajutor social și se asigură că descurajează accesul acestora la bani nemuncați. Impactul negativ asupra profesiei este un aspect sensibil care ar trebui considerat în orice tip de măsură majoră care influențează resursele umane din serviciile sociale. Profesia de asistent social și ocupațiile conexe sunt încă în stadiul de profesionalizare (Hugman, 1998), iar pentru statele din fostul bloc socialist se adaugă și efectul politicilor de interdicere sau restrângere a profesiei. Reducerea resurselor alocate pentru asistență socială înseamnă, într-un astfel de context, stoparea procesului de dezvoltare a sectorului, erodarea acumulărilor (resurse umane, expertiză) și blocarea surselor care pot susține procesul de dezvoltare și modernizare.

Nevoia de servicii de asistență socială este strâns dependentă de modelul de stat al bunăstării, tipul și amploarea problemelor sociale care afectează o societate, dar și de volumul formelor de suport informal furnizat la nivelul familiei sau comunității. Tipul de stat al bunăstării influențează în mare măsură nevoia de asistență socială, volumul cheltuielilor pentru aceasta fiind determinat de modul în care sunt configurate celelalte segmente ale protecției sociale. Cu cât setul de beneficii universaliste este mai extins, cu atât nevoia de servicii de asistență socială este mai redusă. De asemenea, reducerile de beneficii universaliste au ca principală consecință creșterea cheltuielilor pentru asistența socială (Eardley et al., 1996, Saraceno, 2002). Minas (Minas, 2010) nuanțează acest tip de ipoteză adăugând că volumul finanțării pentru asistență socială depinde și de ponderea beneficiarilor care au nevoie și de alt tip de suport decât cel de tip universalist. Citând o serie de studii, Minas arată că ponderea migranților sau de familii monoparentale cu copii de vârstă mică influențează semnificativ cheltuielile pentru asistență socială.

Perspectiva autorilor citați anterior este cea a raportării la nevoia de protecție socială, însă este neglijată componenta furnizorilor de bunăstare. Nu orice nevoie sau problemă devine cerere pentru sistemul de asistență

socială. În statele în care familia are un rol important în susținerea membrilor care se confruntă cu dificultăți, serviciile de asistență socială au o acoperire mai redusă și nu există un grad de centralizare similar celui din statele nordice. Spre exemplu, în Italia sau Spania serviciile sunt dezvoltate inegal la nivel regional. Furnizorii, în pondere semnificativă privați, acoperă complementar nevoia de servicii de asistență socială, rolul primar revenind familiei extinse. Serviciile sunt înființate sau dezvoltate ca răspuns punctual la o problemă socială. În alte state, familia extinsă are un rol diminuat, responsabilitatea furnizării serviciilor revenind în primul rând statului. Este cazul statelor nordice unde autoritățile publice își asumă principala responsabilitate în domeniul asistenței sociale. De aceea, comparația dintre sistemele de asistență socială dintre diverse state ar trebui să ia în considerare atât tipurile formale cât și cele informale de suport. În cazul nostru, analiza pornește de la premisa că în România amploarea problemelor sociale reclamă un volum semnificativ de intervenție în condițiile în care formele de suport informale sunt slab reprezentate.

În Europa de Est, asistența socială în perioada regimului comunist a avut caracteristici semnificativ diferite de la un stat la altul. În Polonia sau Ungaria, biserica a avut un rol important în menținerea unor servicii de asistență socială existente înainte de instaurarea regimului comunist. În cazul României, regimul comunist a desființat formele de asistență socială și a influențat dramatic rolul structurilor informale. Mecanismele administrativ – birocratice sau îngrijirea în sistem rezidențial au înlocuit asistența socială profesională și rolul familiei. De altfel, sistemele de suport au fost create pentru a susține politicile demografice, dar mai ales pe cele în domeniul ocupării. Dezvoltarea rapidă a industriei a accelerat planurile de urbanizare, fapt care a generat migrația masivă a populației din mediul rural către urban. Structura familiei a suferit modificări substanțiale, rolul acesteia în suportul categoriilor vulnerabile fiind diminuat. O altă schimbare semnificativă a vizat îngrijirea copiilor. Politicile de ocupare în muncă, dar și precaritatea veniturilor salariale a determinat încurajarea angajării în muncă a ambilor părinți și transferul responsabilității îngrijirii copiilor către serviciile dezvoltate de către stat. Politica pronatalistă inițiată în 1966 a amplificat o serie de riscuri, cele mai importante fiind creșterea numărului de copii abandonati și numărul de copii născuți cu malformații (Zamfir, 1999). În consecință, sistemul de servicii pentru copiii în dificultate s-a extins treptat, statul având o politică permisivă pentru familiile care se confruntau cu riscul abandonului copiilor.

În pofida calității precare a serviciilor furnizate, acest tip de sisteme s-au dezvoltat astfel încât, în 1989, România deținea o performanță tristă. Numai în sistemul rezidențial existau peste 100.000 de copii. Situația cea mai

dramatică era la nivelul instituțiilor pentru copiii cu dizabilități lipsiți, în foarte multe situații, de condiții minimale de îngrijire. În pofida acestui fapt, numărul de persoane instituționalizate a crescut constant, în special în anii '80. Principala explicație este faptul că în cazul persoanelor instituționalizate, familiile acestora nu aveau alternative pentru îngrijirea acestora. Condițiile de locuire, necesitatea ca ambii părinți să fie implicați în muncă, dar și lipsa serviciilor pentru îngrijirea în afara sistemului rezidențial sunt principalii factori care au determinat creșterea cererilor pentru instituționalizare. În cele mai multe cazuri, abandonul copiilor nou-născuți era un proces simplu, fiind suficientă recomandarea unui medic. Raportul „Cauze ale instituționalizării copiilor în România” (1991, UNICEF și IOMC) arată că în cazul a peste 85% dintre copii instituționalizați în leagăne și cămine de distrofici admiterea în instituție a fost făcută cu suportul unui medic atunci când existau temeri cu privire la existența unor riscuri cu privire la îngrijirea în familie. Practica a continuat și după 1989, în special în localitățile cu comunități foarte sărace și, în cele mai multe cazuri, încurajată de instituțiile locale și județene, având în vedere că menținerea copilului în familie însemna un risc major pentru viața acestuia.

După 1989, sistemul de asistență socială a dezvoltat o serie de servicii alternative la instituții, însă segmentele cele mai dezvoltate rămân beneficiile non-contributorii sau cele acordate unor categorii sociale vulnerabile, indiferent de venituri, și serviciile de asistență specializate. Două elemente au influențat semnificativ construcția instituțională: dezvoltarea rapidă a serviciilor specializate, în special a celor pentru copii, și instituirea unor beneficii de asistență socială care au ținut să acopere o diversitate cât mai largă de nevoi ale grupurilor vulnerabile.

Serviciile specializate au fost înființate cu suportul masiv al instituțiilor internaționale, în special cel al Comisiei Europene, îngrijorate de precaritatea calității îngrijirii copiilor în instituții. Reforma sistemului de protecție a avut un ritm accelerat, cu rezultate impresionante. De asemenea, proiectele din domeniu au avut o susținere financiară consistentă. Deși limitată ca obiective inițiale, dezinstituționalizarea fiind principala țintă a sectorului de servicii pentru copii, procesul a generat o serie de efecte pozitive pentru sectorul asistenței sociale în ansamblu. Au fost create condiții pentru absorbția profesioniștilor din asistență socială și domenii conexe. Fostele Direcții Județene pentru Protecția Drepturilor Copilului (DJPC) aveau, în 2002, cea mai ridicată pondere a personalului din serviciile publice de asistență socială (Arpinte, 2002). În 2007, Direcțiile păstrau aceeași tendință a profesionalizării: numărul total de asistenți sociali cu studii superioare de specialitate era de aproape 2,5 ori mai mare decât totalul

asistenților sociali angajați ai serviciilor publice de la nivelul primăriilor din mediul urban (Cojocaru and Cojocaru, 2008).

Sistemul de beneficii de asistență socială a avut ca punct de pornire legea ajutorului social din 1995. La acel moment nu existau mijloace de suport financiar adecvate pentru categoriile sociale vulnerabile, un rol important avându-l beneficiile de tip universalist. Ulterior, ansamblul de prestații sociale a fost diversificat, procesul fiind mai accelerat după 2000. În 2010 existau deja 14 de tipuri de beneficii, majoritatea bazate pe testarea mijloacelor, cărora li se adaugă diverse forme de suport sub forma de gratuități pentru anumite categorii (pentru transportul public etc.). În ansamblu, sistemul de beneficii de asistență socială a cunoscut în ultimii 12 ani o diversificare accentuată, în raport cu resursele existente fiind acoperite adecvat în o serie de categorii sociale în dificultate sau vulnerabile, deși nivelul de coordonare al acestor beneficii, dificultățile de accesare și nivelul relativ scăzut rămân aspecte negative.

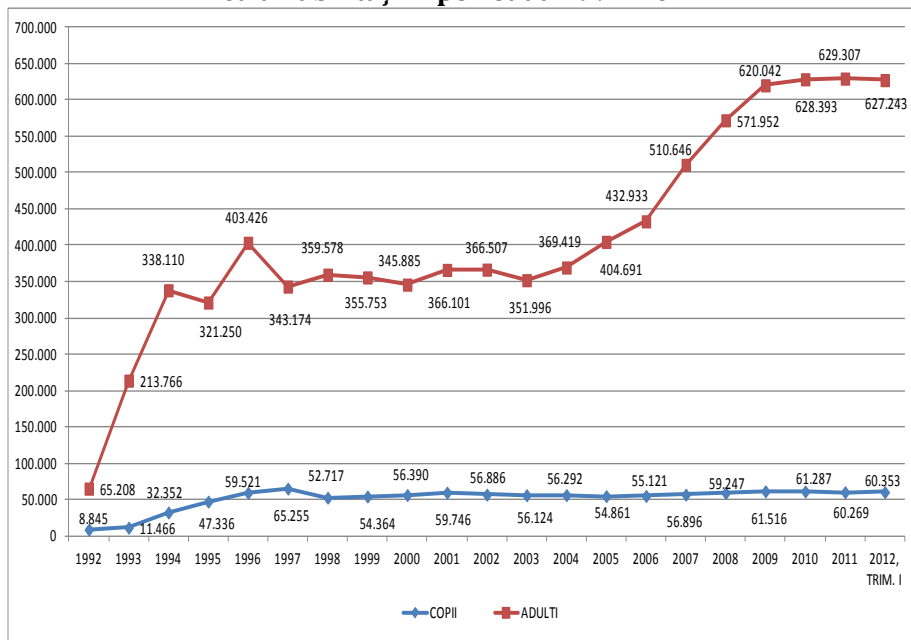
Cele două elemente, serviciile specializate și sistemul de prestații sociale, acoperă o largă varietate de nevoi, însă majoritatea evaluărilor anterioare indică slaba eficiență a acestora, lipsa rezultatelor notabile sau a impactului pe termen lung neglijabil. În mod paradoxal, actualul sistem face posibilă atât supraincluziunea cât și exluziunea.

Supraincluziunea – cazul beneficiilor pentru persoane cu dizabilități

Numărul de beneficiari din sistemul de protecție a persoanelor cu dizabilități a înregistrat în ultimii ani o evoluție contradictorie în perioada 2000-2012 (în anul 1999 a intrat în vigoare OUG 102, act normativ care a adus schimbări semnificative în sistemul de protecție a persoanelor cu dizabilități). În vreme ce numărul copiilor a crescut cu 7%, în vreme ce numărul adulților a crescut cu 81,3%, deși în acest interval nu au fost emise acte normative care să privească revizuirea completă a sistemului de reîncadrare a persoanelor cu dizabilități și care să determine, implicit, creșterea numărului acestora.

De altfel, mass-media a relatat o serie de situații care ilustrează faptul că în unele zone certificatul de persoană cu dizabilități a fost obținut, cel mai probabil, fraudulos. Faptul că există anomalii la nivelul instituțiilor responsabile cu evaluarea persoanelor cu dizabilități este demonstrat de diferențele sensibile a ponderii persoanelor cu dizabilități din total populație. Dacă în Vrancea ponderea din totalul populației județului era, în martie 2010, de 6,15%, în județul Galați era de numai 1,67%, în vreme ce media la nivel național era de 3,2%.

Figura 1. Evoluția numărului de persoane cu dizabilități în perioada 1992-2012



Sursa: ANPH

Fără a nega existența unor disfuncții la nivelul instituțiilor din domeniu, cauza principală o reprezintă tocmai ineficiența sistemului de prestații de asistență socială. Cele mai multe persoane cu dizabilități care au alimentat creșterea ultimilor ani sunt din grupele de vârstă 40-44 ani 55-59 ani și 60-64 ani, creșterea anuală a numărului acestora fiind de peste 11%, aproape 15% în cazul categoriei de vârstă 40-44 ani.

În cele mai multe cazuri, persoanele cu vârstă de peste 40 de ani sunt printre cele mai vulnerabile pe piața muncii. Pierderea locului de muncă la vârsta în intervalele de vârstă menționate înseamnă, de cele mai multe ori, restrângerea dramatică a opțiunilor de reangajare, mai ales pentru domeniile din industrie sau agricultură. Pentru zonele monoindustriale, rurale sau cele cu rată a șomajului peste media națională persoanele care își pierd locul de muncă rămân doar cu perspectiva venitului minim garantat și a subvențiilor destinate persoanelor cu venituri mici. Însă, accesul la beneficii bazate pe testarea mijloacelor este o opțiune nu întotdeauna preferată din cauza condițiilor dificil de acces, a stigmei asociate statutului de asistat sau a incertitudinii veniturilor pe care beneficiarii ar trebui să le încaseze. Sistemul de ajutor social funcționează cu sincope, cu întârzieri

semnificative la plata ajutoarelor sociale, iar mecanismele care ar fi trebuit să asigure suport pentru reintegrarea beneficiarilor (prestarea de activități în folosul comunității) sunt utilizate ca măsuri de descurajare a accesului la beneficii. În lipsa oportunităților de o reintegrare pe piața muncii, una dintre alternative este zona prestațiilor vulnerabile în privința testării eligibilității, un exemplu fiind setul de beneficii pentru persoanele cu dizabilități.

Dacă pentru unele tipuri de beneficii se înregistrează supraîncluziune, pentru alte categorii de vulnerabili, soluțiile de răspuns la nevoile acestora sunt modeste sau ineficient aplicate. În cazul unei persoane sărace, fără locuință, există forme de accesare a unor servicii care nu răspund direct nevoilor prioritare ale acestora. Astfel, în lipsa adăposturilor pentru persoane fără locuință, a serviciilor de reintegrare pe piața muncii pentru cei vulnerabili, societatea va cheltui sume mai mari pentru sistemul de servicii medicale sau de alt tip pentru intervenții care nu au ca scop reintegrarea persoanei sau a grupului vulnerabil, ci doar rezolvarea unei probleme punctuale. și unele servicii specializate, create pentru a răspunde unor nevoi specifice (ex. centre de tranzit pentru minorii identificați ca abandonăți pe teritoriul altor state, centre pentru protecția victimelor traficului de persoane etc.) s-au dovedit, în cele mai multe cazuri, ineficiente. Acest tip de suport nu a putut funcționa eficient din cauza deficiențelor de organizare sau a lipsei conexiunii cu alte tipuri de servicii. Pentru beneficiarii acestora intervenția este limitată sau cu rezultate parțiale. Adesea, aceștia accesează forme de suport neadecvate sau rămân captivi în sistemele de îngrijire.

Rațiunii de tip economic i se adaugă și funcția intervenției specifice a asistenței sociale, pentru situații în care intervenția celorlalte segmente ale sistemului de protecție socială nu este posibilă. În cazul României, există un număr semnificativ de grupuri vulnerabile care au nevoie imediată de suport, lipsa intervenției însemnând amânarea unor costuri, cu consecințe iremediabile. Spre exemplu, în cazul copiilor din familiile în care părinții sunt plecați la muncă în străinătate, o serie de rapoarte ale unor organizații (UNICEF, Soros, Alternative Sociale sau Salvați Copiii) au atras atenția asupra dimensiunii fenomenului și a posibilelor consecințe. Cei mai mulți copii rămași acasă ca urmare a faptului că părinții acestora (ambii sau unul dintre ei) sunt expuși unor riscuri semnificative (abandon școlar sau performanțe școlare reduse, consum de droguri, deteriorarea relațiilor familiale etc.). Fenomenul nu este unul izolat ci afecta, la nivelul anului 2007, cel puțin 170.000² de copii, conform raportului Soros (Toth et al., 2007) sau 82.464,

² Autorii dublează estimarea inițială argumentând că, în medie, elevii identificați mai au acasă cel puțin un frate sau o soră, însă omit faptul că și aceștia pot fi de vârstă școlară.

conform estimărilor Autorității Naționale pentru Protecția Copilului. Perioada de criză economică înseamnă creșterea numărului de copii rămași fără părinți acasă, fiind semnalate la nivelul ONG-urilor din servicii sociale, în special a celor din regiunea Moldovei, foarte multe cazuri în care părinții aflați la muncă în străinătate au rămas șomeri fiind astfel nevoiți să-și lase copiii în România pentru a fi îngrijiți de rude. Pentru acești copii, protecția socială nu poate fi asigurată doar prin mecanisme financiare sau instituții de tip rezidențial. Oricât de generoase ar fi aceste instrumente financiare sau măsuri de protecție standardizate, potențialul impact este incert sau chiar contrar intențiilor. Configurația nevoilor fiecărui copil aflat într-o potențială situație de risc sau în nevoie de a fi ajutat presupune identificarea unor soluții de răspuns personalizate, cu utilizarea unor resurse variate, fie că vorbim de familia extinsă, școală, servicii medicale sau specialiști din domeniul serviciilor sociale. În acest demers asistentul social are un rol determinant prin stabilirea nevoilor, a resurselor necesare și coordonarea/monitorizarea planului de intervenție.

În ambele situații, fie că vorbim de supraincluziune în cazul unor sisteme de beneficii sau accesarea unor servicii care nu răspund direct problemelor beneficiarilor, elementul comun este prezența unor categorii sociale vulnerabile care, independent de gradul de dezvoltare a serviciilor sau tipul acestora, vor identifica cele mai optime soluții pentru a depăși situația de dificultate. În lipsa unor forme de suport adecvate, indiferent că sunt furnizate de către sistemele formale sau informale, se vor orienta către sistemele de beneficii sau servicii care se dovedesc a fi vulnerabile în controlul eligibilității sau vor consuma servicii care nu rezolvă situația de vulnerabilitate, ci constituie doar un paliativ. Costurile sunt astfel considerabil mai mari decât în cazul existenței suportului adecvat. Sistemul de beneficii bazat pe testarea mijloacelor, beneficiile acordate unei anumite categorii de beneficiari (ex. pentru persoane cu dizabilități), instituțiile rezidențiale pentru copii sau vârstnici, sistemul de servicii de sănătate sau sistemul de pensii vor prelua efortul protecției celor vulnerabili cu costuri considerabil mai mari, însă fără certitudinea unui impact sustenabil pentru beneficiari.

Pentru România, acesta este contextul în care funcționează ansamblul de beneficii și servicii de asistență socială:

- sunt alocate sume modeste pentru finanțarea sistemului de asistență socială,
- cele mai multe resurse sunt alocate pentru finanțarea prestațiilor de asistență socială, excelente instrumente electorale, însă fără eficiență clară în lipsa serviciilor de reintegrare

- există disfuncții importante în sistemul de prestații, majoritatea generate de slaba relevanță a beneficiilor în raport cu nevoile beneficiarilor
- sunt create servicii care răspund unor nevoi punctuale care, însă, nu asigură suportul adecvat pentru reintegrarea beneficiarilor pe termen lung
- lipsește o viziune clară în construcția instituțională a sistemului și nu au fost definite direcțiile strategice de dezvoltare ale acestuia.

În aceste condiții, planul inițiat de către Guvernul României în 2010, pe fondul crizei economice, pentru reducerea cheltuielilor de asistență socială risca să inducă, pe termen lung, efecte contrare celor estimate inițial:

Creșterea costurilor pentru protecția grupurilor vulnerabile. În mod paradoxal, reducerea cheltuielilor pentru unele programe de asistență socială (în special pentru beneficii non-contributorii) nu va diminua efortul statului pentru protecție socială. Costurile vor crește prin accesarea unor servicii sau beneficii vulnerabile la testarea eligibilității. De asemenea, amânarea intervenției pentru alte categorii vulnerabile (ex. copii care provin din familii cu venituri reduse, copii care au părinți plecați la muncă în străinătate etc.) va presupune costuri semnificative pentru întreaga societate, care vor fi ulterior achitate.

Regresul semnificativ al serviciilor de asistență socială. Finanțarea precară din fondurile publice, suportul neglijabil care poate fi utilizat în cadrul fondurilor structurale europene din domeniul incluziunii sociale sau politica incoerentă pentru construcția instituțională generează deprofesionalizarea serviciilor și modifică substanțial rolul asistenței sociale. Asistentul social nu mai este profesionistul care asigură într-o manieră sportivă reintegrarea celor vulnerabili, ci devine „inspectorul” care verifică dur beneficiarii de ajutor social și se asigură că descurajează accesul acestora la bani nemuncați.

Câteva măsuri, fără impact bugetar semnificativ, ar putea asigura sectorului de servicii o creștere sustenabilă:

- Promovarea unor linii de finanțare în cadrul următoarei programări financiare a fondurilor europene (2014 – 2020) dedicate construcției instituționale, înființării și susținerii de servicii de asistență socială în zonele dezavantajate.
- Deblocarea posturilor în asistență socială. Economii realizate în prezent sunt nesemnificative în raport cu efectele generate de lipsa oportunităților de angajare.
- Proiectarea unor forme de suport a proiectelor transnaționale de colaborare în domeniul asistenței sociale, în special în domeniul intervenției pentru grupurile sociale unde abordarea la nivel

național nu este eficientă (ex. romii migranți, copii separați aflați pe teritoriul altor state etc.)

- Înființarea unor programe de formare profesională pentru profesioniștii din asistență socială după modelul programelor pentru educația adulților
- Crearea unei instituții de suport (financiar și prin asistență tehnică) a înființării de servicii la nivelul instituțiilor publice în zonele dezavantajate.

Bibliografie

- Arpinte, D. 2002. Situația personalului din sistemul public de asistență socială. *Jurnalul de Asistență Socială*.
- Cojocaru, Ș. & Cojocaru, D. 2008. *Managementul de caz în protecția copilului: evaluarea serviciilor și practicilor din România*, Polirom.
- Dorling, D. 2011. *Injustice: Why social inequality persists*, The Policy Press.
- Eardley, T., BRADSHAW, J., DITCH, J. & GOUGH, I. 1996. Social assistance in OECD countries: Synthesis Report.
- Hugman, R. 1998. Social work and de-professionalization. *The sociology of the caring professions*.
- Lansley, S. 2012. *The Cost of Inequality: Why Economic Equality is Essential for Recovery*, Gibson Square.
- Minas, R. 2010. Social expenditures and public administration: are local social assistance costs in Sweden a matter of organisation? *International Journal of Social Welfare*, 19, 215-224.
- Saraceno, C. 2002. *Social assistance dynamics in Europe: national and local poverty regimes*, The Policy Press.
- Stiglitz, J. E. 2012. *The price of inequality: How today's divided society endangers our future*, WW Norton & Company.
- Toth, G., Toth, A., Voicu, O. & Ștefănescu, M. 2007. *Efectele migrației: copiii rămași acasă*, București, Fundația Soros România (FSR).
- Wilkinson, R. G., Pickett, K. & Chafer, C. 2011. *The spirit level*, Bloomsbury Press.
- Zamfir, C. 1999. *Politici sociale în România 1990-1998*, București, Expert.

Asistența socială față în față cu societatea riscurilor, din perspectiva politicilor sociale europene¹

ELENA ZAMFIR

Rolul asistenței sociale în societatea modernă: funcții și caracteristici

Încă din primele lucrări de prezentare a asistenței sociale menționam că „în societatea modernă asistența socială a devenit o activitate complexă, multidisciplinară înalt specializată și profesionalizată și distinctă de alte domenii de specializare. Asistența socială (Social work, în țările de limbă engleză) desemnează un ansamblu de instituții, programe, măsuri, activități profesionalizate, servicii specializate de protejare a persoanelor, grupurilor, comunităților cu probleme speciale, aflate temporar în dificultate. Datorită unor motive de natură economică, socio-culturală, biologică sau psihologică, acestea nu au posibilitatea de a realiza prin mijloace și eforturi proprii un mod normal, decent de viață.

Obiectivul intervenției asistenței sociale este de a sprijini pe cei aflați în dificultate să obțină condițiile necesare unei vieți decente, ajutându-i să-și dezvolte propriile capacități și competențe pentru o funcționare socială corespunzătoare. Aceste persoane sau grupuri, pe o perioadă de timp mai scurtă sau mai îndelungată, nu pot duce o viață activă, autosuficientă, fără un ajutor economic sau fără un suport fizic, moral, social sau cultural din exterior. Ajutorul are în vedere, de regulă, o perioadă limitată de timp, până când persoanele în dificultate își găsesc resurse sociale, psihologice, economice de a putea duce o viață normală, autosuficientă. Următoarele categorii constituie în mod special obiectul intervenției asistenței sociale: familiile sărace, copiii care trăiesc într-un mediu familial/ social advers, abandonati și instituționalizați, minorii delincvenți, tinerii neintegrați, persoanele dependente de drog, alcool, persoanele abuzate fizic, sexual, persoane cu dizabilități fizice sau mintale, persoanele cu boli cronice fără susținători legali, persoanele vârstnice neajutorate, persoanele care au suferit în urma calamităților naturale, sociale, persecuții și discriminări de orice tip etc.

Asistența socială, ca parte esențială a protecției sociale, reprezintă un mod operativ de punere în aplicare a programelor de protecție socială

¹ Publicat în Revista Calitatea Vieții, nr. 2/2012.

pentru categoriile menționate mai sus. Ea asigură, astfel, prin serviciile sale specifice atenuarea parțială a inegalităților existente, ajutându-i să se integreze normal în comunitate, dar mai ales să-și recapete propria lor autonomie.

Sistemul asistenței sociale se bazează pe următorul principiu: din fonduri bugetare de stat sau din fonduri obținute voluntar de la indivizi sau de la comunitate sunt sprijinite persoanele în dificultate, în funcție de profilul necesităților lor. În acest caz, prestația se face conform nevoilor existente, pe baza principiului solidarității, nefiind dependentă de vreo contribuție personală anterioară, ca în cazul asigurărilor sociale. De regulă, sprijinul acordat persoanelor în nevoie prin sistemul asistenței sociale nu este precizat decât în limitele generale impuse de lege, urmând a fi specificat prin analiza de la caz la caz a situațiilor concrete, prin anchete sociale efectuate de specialiști în asistență socială. Un sistem social complex de asistență socială este complementar, cu profesioniști de înaltă pregătire bazată pe competențe moderne.

Profesia de asistent social a evoluat în ultimul timp rapid, atât în extensie, cât și în instrumentajul/metodele ei de lucru: de la asistarea cu mijloace clasice, de tip psihologic și social ale individului în dificultate, la asistența grupurilor, a comunităților cu probleme speciale, aflate temporar în criză, până la conștientizarea indivizilor, grupurilor cu risc de marginalizare, la susținerea și apărarea drepturilor ce li se cuvin. Sprijinul este acordat în scopul găsirii unor soluții corespunzătoare de integrare într-un mod normal de viață. Asistentul social este cel care ajută indivizii, grupurile și comunitățile în identificarea resurselor disponibile, precum și în proiectarea strategiilor de rezolvare a problemelor acestora. Ei ajută la refacerea deficitului de integrare normală a celor în dificultate. Ei oferă posibilități de cunoaștere și acces la servicii specializate a celor în nevoie, orientându-i către înțelegerea corectă a cadrului legislativ de protecție socială.

În societatea contemporană, asistența socială se orientează spre realizarea următoarelor funcții:

- identificarea și înregistrarea segmentului populației ce face obiectul activităților de asistență;
- diagnoza problemelor socio-umane cu care persoanele vulnerabile sau grupurile cu risc crescut se pot confrunta într-o anumită perioadă de timp și în anumite condiții socio-economice și culturale date;
- dezvoltarea unui sistem coerent de programe, măsuri, activități profesionalizate de suport și protecție a acestora;
- identificarea variatelor surse de finanțare a programelor de sprijin;

- conștientizarea propriilor probleme de către cei aflați în situații de risc;
- stabilirea drepturilor și modalităților concrete de acces la serviciile specializate de asistență socială, prin cunoașterea cadrului legislativ-instituțional;
- suportul prin consiliere, terapie individuală sau de grup, în vederea refacerii capacităților de integrare socio-culturală și economică;
- prevenție; promovarea unor strategii de prevenire a situațiilor defavorizante;
- dezvoltarea unui program de cercetări științifice la nivel național și local privind dimensiunea problemelor celor aflați în situații speciale.

Asistența socială abordează probleme la diferite niveluri: la nivel individual (asistența economică, psihologică, morală pentru persoanele în nevoie, cum ar fi șomerii, cei dependenți de drog, alcool, cei cu probleme de integrare în muncă, victime ale abuzurilor de orice fel etc.); la nivel interpersonal și de grup (terapii de familie, ale cuplului, ale grupurilor marginalizate); la nivel comunitar (rezolvarea conflictelor etnice, grupale, mobilizarea energiilor individuale și colective pentru refacerea resurselor necesare integrării lor normale).

Nu de puține ori, asistența socială încearcă să furnizeze celor în nevoie cunoștințe competente despre modul în care aceștia se pot constitui în grupuri de presiune sau pot dezvolta un program sistematic de „lobby” pe lângă forurile decizionale, facilitând posibilitatea unor opțiuni de politică socială activă în favoarea lor. Specialiștii în asistență socială, în țările dezvoltate cu tradiție, sunt tot mai mult solicitați în a lucra atât în sistemul instituțional de stat al asistenței și protecției sociale, cât și în sectorul non-guvernamental, care asigură însă servicii sociale specializate indivizilor, grupurilor în nevoie.

În ultimul timp, un fapt semnificativ legat de dezvoltarea sistemului instituțional se referă la organizațiile nonguvernamentale care s-au dezvoltat spectaculos, realizând o împletire a activităților profesionalizate cu o largă participare bazată pe voluntariat. Organizațiile nonguvernamentale și nonprofit preiau o serie de funcții de protecție ale statului, ele fiind un punct de plecare important în construcția societății civile.

Asistența socială poate fi privită din mai multe perspective:

- a profesiei ca atare, cu un statut propriu, cu obiective și caracteristici distincte;
- a formării specialiștilor, ca sistem educațional;
- a sistemului instituțional - administrativ, incluzându-se aici sfera serviciilor, activităților practice desfășurate în vederea soluționării cazurilor sociale.

Asistența socială ca profesie specializată are un pronunțat caracter aplicativ. Ea reprezintă o activitate al cărei profesionalism a crescut rapid. Ea presupune, în același timp, cunoștințe teoretice din domeniul științelor socio-umane, deprinderi, abilități practice (îndemânare de a comunica și lucra cu persoane și grupuri în dificultate) și nu în ultimul rând, un set de valori, principii, norme, reguli morale care compun codul deontologic al profesiei. Acesta asigură în mod special respectarea drepturilor omului, fără deosebire de etnie, sex, culoare, vârstă, limbă, religie.

Prin chiar specificul său, profesia de asistent social implică o filozofie proprie, centrată umanist. În prezent, o nouă direcție de intervenție a asistenței sociale s-a dezvoltat rapid: diminuarea discrepanțelor economico-sociale, a inegalităților dintre grupurile minoritare dezavantajate și populația majoritară, aflate în ultimul timp în creștere rapidă.

Primele încercări ale instituțiilor religioase de a ajuta persoanele în nevoie prin acte de caritate pot fi considerate, de fapt, forme primare în practica asistenței sociale. Ele au apărut încă din cele mai îndepărtate timpuri, legate de ocrotirea celor în impas (orfani, bătrâni, bolnavi, săraci, văduve etc.) de către biserici.

La începutul secolului XVII, în Anglia, se instituie o lege sugestiv intitulată „*Elisabethan Poor Law*” care impune o „taxă pentru sărăcie”. Aceasta poate fi considerată ca debut instituțional al asistenței sociale. Din taxa plătită de cei care dețineau pământ se obțin fonduri pentru ajutorul celor dezavantajați: bătrâni, bolnavi, săraci, persoane cu handicap. Mai târziu, în secolul XIX, în Anglia, Franța, Germania, SUA, apar primele sisteme de protecție socială în sfera asigurărilor sociale (în special cele centrate pe sănătate, pe bătrânețe, pentru orfani, pentru accidente de muncă).

De o dezvoltare a profesiei ca atare se poate însă vorbi la începutul acestui secol. În ultimele decenii, în contextul sporirii serviciilor publice și sociale, se asistă la o largă diversificare de activități de ocrotire socială a celor în dificultate, asistența socială dobândind un înalt nivel de profesionalism. Ea și-a conturat treptat o arie problematică distinctă, relativ autonomă (un profil profesional propriu), sprijinită pe metode și tehnici specifice de înțelegere, comunicare, terapie și sprijin pentru cei vulnerabili.

În caracterizarea asistenței sociale ca sistem, alături de profesie ca atare (așa cum este ea orientată de un set de teorii și metode specifice), trebuie avut în vedere și structura instituțională proprie care susține activitățile de profil. În cadrul sistemului instituțional se organizează și funcționează servicii specializate de asistență socială, prestații financiare și ajutoare ocazionale etc. care pot ajuta la refacerea capacităților individuale

de normalizare a vieții personale pentru cei cu risc de marginalizare sau excluziune socială.

Este cunoscut faptul că nivelul și amploarea asistenței sociale într-o colectivitate depind, într-o măsură esențială, de sentimentul solidarității sociale. Regimul socialist în România a avut un efect contradictoriu asupra valorii solidarității sociale. Pe de o parte, prin însăși opțiunea sa politică, socialismul avea ca obiectiv întărirea solidarității sociale. Pe de altă parte însă, experiența degradării sociale a fost de natură să genereze o atitudine negativă față de solidaritatea mecanică impusă artificial, politic și ideologic. Politica de egalizare nediscriminativă a egalizării în sărăcie, fără recompensarea efortului și calității lui, evidența instalării la unele segmente ale colectivității a unei dependențe comode de transferurile sociale au limitat dezvoltarea valorii solidarității. S-a generat, mai degrabă, o aspirație spre recompensă diferențiată a performanțelor, a cărei consecință a dus și la creșterea inegalităților. Oportunitățile inegale oferite de tranziție au răspuns într-un fel acestei așteptări. Pe de altă parte, tranziția în România a dus nu numai la șanse foarte bune pentru ceea ce s-a dovedit a fi o mică minoritate, dar și la o sărăcire accentuată a unei părți importante a colectivității. Evidența noii realități nu susține decât parțial aspirația spre o inegalitate care să exprime diferențe de efort și merit, ci foarte adesea are o conotație imorală în percepția colectivă. Dacă, pe de o parte, colectivitatea așteaptă o protecție socială specială, care să compenseze cel puțin parțial efectele negative ale tranziției, în ultimii ani, statul român tinde să se retragă tot mai mult din funcțiile sale de protecție socială. Percepția unei creșteri a individualismului și sentimentul de abandonare experimentat de cei în dificultate caracterizează tot mai puternic starea de spirit colectivă.

De aceea, asistența socială la noi nu se poate limita doar la asistarea indivizilor în dificultate. Ea trebuie să se fundeze pe o filozofie de tip participativ la nivel comunitar, care să stimuleze, la rândul său, o atitudine activă a întregii colectivități în rezolvarea propriilor sale probleme. În prezent, în nevoie și vulnerabilă este nu numai o minoritate împinsă la marginea societății, ci în diferite grade și sfere întreaga colectivitate" (Zamfir, Elena în Zamfir, E și Zamfir, C, 1995: 100-102; 105-106).

Opțiunile guvernanților în politicile de asistență socială

Sistemul de asistență socială se confruntă cu o criză profundă în toată lumea. În România, problemele sociale sunt mult mai grave, datorită unei crize economice cronicizate, pe fundalul măsurilor de austeritate excesive, care au afectat cel mai mult grupurile și persoanele vulnerabile.

În primul rând, este o criză datorată sărăcirii rapide a populației și multiplicării formelor de excluziune socială, agravată de o confuzie politică majoră. Astfel, se consideră că o politică de dreapta se caracterizează prin ignorarea problemelor sociale și retragerea statului (stat mic, de altfel) din responsabilitățile lui sociale. În viziunea acestei orientări ideologice a guvernanților, eliminarea funcțiilor sociale ale „statului asistențial” este necesară, întrucât parazitează economia (grasul care stă pe umerii/spatele slabului). Este vizibil aici un program de minimizare a rolului statului, în fapt a funcțiilor lui sociale. Statul nu mai trebuie să fie responsabil în nici un fel pentru indivizii lui. De aici, reducerea cheltuielilor sociale publice și destructurarea sistemului de asistență socială apar ca inevitabile în timp, chiar ca un obiectiv major. În prezent, promovarea unei mentalități de un individualism extrem stă la baza politicilor de asistență socială.

În al doilea rând, criza economică, socială și morală găsește în România un sistem de asistență socială nu numai deficitar ca buget și lipsit de resurse umane calificate, dar și fragil, prost conceput, prin încercări succesive de schimbare, de tip pseudoreformă, eșuate în timp.

În al treilea rând, se înregistrează o degradare a fibrei sociale și morale a solidarității, dispariția semnificației spiritului comunitar, ca resursă a dezvoltării. De asemenea se accentuează o erodare a normelor morale în societatea românească, în relațiile interumane și în familie. Se instalează, astfel, treptat o acceptare tacită a unei neputințe de schimbare a stării individuale și comunitare, neputință ce poate deveni paralizantă pentru acțiuni sociale colective. Poate nu întâmplător sociologul Z. Bauman găsește un subtitlu semnificativ lucrării sale dedicate comunității și problemelor comunitare: **Căutarea siguranței într-o lume nesigură (2001).**

Ignorarea completă a unei politici active pentru creșterea și relansarea economică, fragmentarea rețelelor de suport, prin presiuni de tot felul, afectează grav solidaritatea socială dintre generații precum și cea față de grupurile defavorizate. Siguranța sentimentului dat de apartenența la o comunitate, atât de necesară în perioade-limită, ca cele de criză sau cele aduse de dezastrele naturale, scade. Poate cel mai periculos aspect este acela că **segmente mari ale populației au fost scoase din echilibrul lor tradițional și împinse în situații de sărăcie și disperare fără speranță de ieșire.**

E drept că în toată lumea, asistența socială, pe timp de criză, se află în fața unor cerințe din cele mai dure de restrângere bugetară, dar și provocatoare. În multe țări europene, și nu numai, factorii decizionali încearcă o regândire a intervenției statului în asistență socială, pe linia întăririi componentei de protecție socială a populației afectate de măsuri de austeritate. Apar modificări ale sistemului de ajutor social referitoare la

sustenabilitatea și eficiența acțiunilor lui de sprijin. În aceste țări este revăzut modul de finanțare al sistemului de ajutoare sociale, în așa fel încât acesta să fie cât mai responsabil utilizate, ținând seama că asistența socială funcționează „în regim de avarie”. Aici, în contextul reducerilor cheltuielilor sociale, statul social devine mai puternic prin funcțiile lui de sprijin, pe măsură ce segmentul populației în dificultate crește.

În momente de austeritate, situația socială a multor segmente din populație se înrăutățește rapid, ajungându-se la faze avansate ale conflictului chiar între categoriile defavorizate. Oricum, în România, sistemul se află în prezent într-o situație mult mai dificilă decât cea de la începutul anilor '90. Atunci erau speranțe de relansare și profesionalizare a asistenței sociale, prin dorința de aliniere la practicile statelor europene moderne cu tradiție în politici sociale. Acum, prin haosul creat de presiunile/convulsiile zilnice ale străzii, dar și ale politicilor sociale iresponsabile, dezarticulate, prin degradarea vizibilă a solidarității sociale, ne depărtăm tot mai mult de filozofia unei societăți moderne și de standardele UE referitoare la protecția și asistența socială. Folosind o metaforă, aș putea spune că sistemul de asistență socială, după 20 de ani de reconstrucție instituțională, se află într-o stare cu risc de marginalizare profundă, de dificultate majoră în a-și păstra propria sa identitate. Metaforic vorbind, sistemul însuși, în totalitatea lui, are, la rândul lui nevoie de asistență tehnică, de ajutor în a rezista atacurilor și presiunilor politice, datorate confuziei și incoerenței prezente în programele sociale ale partidelor.

Caracterizând sumar opțiunile guvernanților pentru politicile din asistență socială, mai ales așa cum rezultă din noua lege-cadru a asistenței sociale, recent adoptată, aș spune că ele s-au centrat pe **o redimensionare „în jos” a asistenței sociale.**

Mai mult, în contextul reformării statului, guvernarea actuală a intenționat să schimbe complet întregul sistem de asistență socială. Noua Lege a asistenței sociale recent adoptată de Parlament în regim de urgență era cea care avea această misiune. În realitate, s-a obținut un singur rezultat: mai multă confuzie în sistem prin reducerea funcțiilor sociale ale statului și mai ales prin externalizarea serviciilor publice de asistență socială.

De regulă, se așteaptă de la o nouă lege un fundament rațional de organizare, funcționare și dezvoltare a sistemului în cauză, nu o colecție de platitudini cu texte teoretice inutile într-o lege. O lege-cadru, ca cea de față, ar trebui să se bazeze pe promovarea unei viziuni clare a funcțiilor asistenței sociale, adaptate noului context al României de azi. Din acest punct de vedere, spiritul legii asistenței sociale nu răspunde unor cerințe sociale adaptate noilor condiții de austeritate aduse de criză. Aceasta se rezumă mai mult la reducerea suportului celor în nevoie la forme minore, pasive de

ajutor (ajutor financiar) și la marginalizarea formelor active de prevenție și recuperare, pe care doar serviciile de asistență le pot furniza.

În principal, noile măsuri legislative aduse de Legea asistenței sociale vizează două aspecte, care se regăsesc și la nivelul politicilor sociale încă din anii trecuți:

- **limitarea serviciilor publice, prin externalizarea lor;**
- **reducerea masivă a numărului de beneficii și a valorii acestora.**

Prin aceasta, viziunea strategică a unei politici solide de asistență socială este înlocuită de un program de tip contabilicesc îngust. Acesta, la rândul lui, se concretizează pe două direcții fundamentale:

- **diminuarea numărului de categorii de ajutor social (de la 54 la 9);**
- **reducerea drastică a bugetului acestora.**

Deși în 2008, conform datelor INS, România avea doar 1% din PIB pentru asistență socială din totalul cheltuielilor sociale de 17% din PIB, procente ce situa România ca țara cu cele mai mici cheltuieli sociale din UE și cu cel mai mic buget pentru asistență socială, noua legea propune încă o diminuare a cuantumului beneficiilor. În aceste condiții, adăugarea unor tăieri bugetare masive pentru asistență socială, nu fac decât să distrugă complet sistemul.

În mod special abandonarea sistemului de impozitare progresivă a avut ca efect creșterea polarizării și reducerea resurselor bugetare, fără a avea efectele scontate de stimulare economică.

În realitate, ceea ce nu s-a înțeles este faptul că nu atât numărul formelor de suport din asistență socială grevează bugetul, ci mai degrabă incompetența, corupția, confuzia și haosul din sistem. La acestea se adaugă și modul scandalos, total neprofesionist, dezarticulat de administrare, gestionare și acordare a ajutoarelor sociale, care devin un instrument umilitor, înjositor pentru beneficiarii legali a căror demnitate este, la un moment dat, complet suspendată de către decidenții politici.

Ca aspect general, legea actuală este în cea mai mare parte o culegere de texte teoretice. Cealaltă parte a legii, mai mică, e drept, se constituie într-un proces demolator pentru sistemul existent, atât cât mai rămăsese bun din eforturile constructive anterioare. Pentru un text de lege, acest amestec teoretic, fără o finalitate practică cu deschideri către posibilități de implementare, reprezintă, în fapt, o pură demagogie.

Este curios, aș spune chiar izbitor, faptul că, în atitudinea actuală a guvernării, față de nevoile fundamentale din educație, sănătate, asistență socială, găsim caracteristici ale aceluiași pattern comun:

- a. **Decredibilizarea acestor domenii:**
Educația propulsată în haos este dominată de o criză profundă. **Sănătatea** este viciată de corupție, prin gestionarea proastă a fondurilor. **Asistența socială** este lipsită de un proiect coerent de reformă pe timp de austeritate și cangrenată de abuzuri ale pseudospecialiștilor și ale unei birocrații exagerate din administrația locală.
- b. **Desființarea instituțiilor publice prin subfinanțare cronică.** În condiții de criză, în locul creșterii măsurilor de intervenție de tip compensatoriu și recuperatoriu ale instituțiilor publice de educație, de sănătate, de asistență socială, guvernarea recurge **la tăieri masive în finanțarea acestor domenii și la desființarea instituțiilor:** reducerea numărului de spitale și școli, sufocarea financiară a instituțiilor de asistență socială specializate, și așa foarte rare.
- c. **Retragerea statutului din responsabilitățile publice.** Plasarea **asumării responsabilității de protecție socială pe seama unei populații tot mai sărăcite:** coplata în serviciile de sănătate, reducerea compensărilor în costul medicamentelor, eliminarea unei părți a populației la accesul serviciilor sanitare și de învățământ.
- d. **Privatizarea mascată a serviciilor sociale publice fundamentale.** Plasarea responsabilității din sănătate, educație și asistență socială către ONG/fundații și noile unități private, bazate pe profit, crește costul public dar și privat, iar eficiența globală a serviciilor sociale este discutabilă. În cazul cel mai fericit, rezultatele noii Legi din asistența socială, vor putea fi evaluate în viitorul foarte îndepărtat, iar încercările actuale de reformă vor rămâne simple experimente nereușite.

Efectul unei asemenea strategii politice este vizibil în:

- Distrugerea progresivă a funcțiilor sociale ale statului **capabile să asigure un echilibru necesar în stabilitatea și siguranța** comunității românești. De fapt, atacul împotriva statului social este expresia sintetică a filozofiei antisociale a guvernării.
- polarizarea masivă a societății și împingerea într-o sărăcie extremă, fără speranțe, a unui segment tot mai mare al populației;
- birocratizarea sistemului public de asistență socială și eliminarea dialogului, a comunicării actorilor implicați în sistem;
- ignorarea completă a unei politici active pentru creșterea economică.

Politicile sociale, ca preocupare a Uniunii Europene

În contextul actual al crizei și pe fundalul măsurilor de austeritate, preocupările UE în sfera protecției și asistenței sociale se îndreaptă, mai mult ca niciodată, spre o analiză comparativă a riscurilor de sărăcie sau excluziune socială din țările membre, în vederea unor propuneri de soluții realiste privind prevenirea cauzelor ce le susțin. De remarcat faptul că, în ultima perioadă, UE își rafinează metodologia de calcul a riscurilor de sărăcie și excluziune socială, lansând noi indicatori sociali capabili să măsoare condițiile de viață a populației vulnerabile, marginalizate social. Pornind de la premisa că, atât sărăcia cât și excluziunea socială nu apar ca stări date, predefinite, bine delimitate, ci ca un ciclu procesual de apariție și evoluție ce se desfășoară în timp, indicatorii noi creați sunt avertizori pentru persoanele ce pot intra în riscuri sociale multiple. Indicatorii măsoară gradul de apropiere a unor persoane de stări ce induc sărăcie și excluziune. Se poate, astfel, surprinde gravitatea în intensitate a riscurilor sociale asupra persoanelor vulnerabile către starea de sărăcie, cu fazele ei mai profunde sau mai puțin profunde, sau la starea de excluziune socială, cu formele ei multiple. Această apropiere se realizează în timp, ca un proces, ca o devenire treptată. Fiind un proces dinamic el poate fi stopat în anumite etape, dacă soluțiile sunt punctual centrate pe nevoi. De aceea, indicatorii sociali apar aici și ca avertizori, care ne indică cât de aproape sau de departe este persoana față de starea de sărăcie sau excluziune socială și, ca atare, mobilizarea realistă, corectă a politicilor sociale de a aduce răspunsuri prompte pentru prevenirea unor asemenea situații.

Un exemplu semnificativ aici: pentru măsurarea riscurilor sărăciei sau excluziunii sociale, în cadrul indicatorilor UE-SILC se folosește un indicator agregat care se referă la trei aspecte esențiale:

- primul, gradul de sărăcie după transferurile sociale;
- al doilea, un indice multiplu de deprivare materială severă;
- al treilea, oportunitățile reduse pentru activități în gospodărie.

Interesant este modul de construcție a indicelui de deprivare materială severă ce surprinde nouă itemi, criterii/situații bine definite pentru descrierea acestei stări. Acești factori care, prin prezența lor, conduc persoana la forme specifice de deprivare materială severă, conform sursei Eurostat, sunt:

1. Imposibilitatea de a achita chiria sau factura utilităților la timp.
2. Imposibilitatea de încălzire adecvată a locuinței.
3. Imposibilitatea de a face față unor cheltuieli neprevăzute.
4. Lipsa de carne, pește sau proteine la fiecare două zile.

5. Imposibilitatea de a-și permite o săptămână de vacanță.
6. Lipsa mașinii.
7. Lipsa mașinii de spălat.
8. Lipsa televizorului în culori.
9. Lipsa telefonului (inclusiv mobil) (vezi Eurostat, 2012)

Cele nouă criterii pot să apară în situația unei persoane, când condiții considerate elementare, normale pentru viața sa nu pot fi asigurate, fie datorită lipsei de resurse, fie prin deficit de experiență/capacitate în a le realiza. Este suficient ca din cei nouă itemi, doar patru dintre ei să fie prezenți pentru a induce o stare de deprivare severă. Aceasta stare de deprivare crește în intensitate, odată cu adăugarea celorlalți itemi. Apoi, pe baza acestor măsurători, se pot imagina mecanisme/ forme adecvate de ajutor social la nivelul politicilor sociale de incluziune.

În metodologia de calcul a riscurilor de sărăcie sau de excluziune socială, indicatorii UE-SILC măsoară satisfacerea unor nevoi de bază care, altfel, neacoperite la timp, ar putea deveni frustrante pentru om și existența lui zilnică. Prezența celor nouă factori de deprivare materială severă, în condițiile vieții cotidiene este catalogată de experții în politici sociale mai întâi ca o avertizare pentru persoanele vulnerabile de a fi supuse riscurilor sociale de tot felul și apoi ca o provocare în căutare urgentă de soluții pentru eliminarea lor. Aceasta ar fi, de fapt, calea sigură de se ajunge la un standard normal de viață pentru cei marginalizați.

Acest mod de calcul al formelor deprivării severe ascunde poate o nouă și interesantă filozofie, nu numai de identificare a profilului persoanei în risc, dar și de prevenție a riscurilor multiple din societatea modernă. Ținându-se seama de implicațiile viitoare ale extinderii rapide a segmentului populației aflat în sărăcie extremă asupra echilibrului social și comunitar, formele de ajutor social trebuie să se constituie în adevărate bariere de stopare a cauzelor acestora și a prevenirii marginalizării. S-ar putea însă cu greu stopa efectele grave ale polarizării sociale, dacă lăsăm ca prăpastia dintre săraci și bogați să se adâncească continuu. În condiții severe de austeritate se impune, mai degrabă, o distribuție mai echilibrată a riscurilor în masa populației și nu o cumulare a lor la un singur pol, prin simpla ignorare a problemelor sociale cu care se confruntă persoanele și grupurile vulnerabile, cu risc de marginalizare.

Deși o mare parte din caracteristicile deprivării materiale severe menționate mai sus le regăsim în teoria clasică de tradiție anglo/saxonă (vezi Atkinson, Townsend) și ele nu apar acum ca noutăți absolute, totuși criteriile au fost mult flexibilizate, fiind incluse pe listă și altele noi (exemplu: a face față unor cheltuieli neprevăzute, a beneficia o săptămână pe an de

vacanță în afara localității unde locuiești, a avea mașină proprie, televizor color și telefon mobil, a nu avea datorii la plata utilităților către stat etc.). Acestea toate sunt considerate ca nevoi de bază ce trebuie acoperite chiar și pe timp de criză, ca persoanele să nu fie împinse în risc de sărăcire sau excluziune socială. Scopul este ca starea de sărăcie să nu se cronicizeze. Curios este faptul că, în timp ce în România se condiționează ajutorul social prin plata datoriilor și impozitelor către stat a persoanelor beneficiare de ajutor social, în celelalte țări membre ale UE, acest lucru este apreciat ca un indicator (item) de bază al unui indice multiplu de deprivării materială severă și ca atare, nevoia de ajutor a acestor persoane, care nu reușesc să-și plătească chiria, utilitățile, facturile în timp este obligatorie pentru sistemul de asistență socială (Eurostat, 2012). Se consideră că ele intră sub incidența riscurilor de sărăcire datorită unei deprivări materiale severe, deci trebuie susținute prin ajutoare sociale corespunzătoare.

Dintr-o perspectivă relativă, în România, o parte dintre acești itemi/factori considerați ca răspunzători de forme de deprivare severă în țările UE, ar putea să apară ca semnificativi pentru o stare normală sau chiar bună, dezirabilă pentru mulți. Un exemplu ilustrativ aici: modul de acordare a venitului minim garantat pentru persoanele sărace sau cu risc de excluziune din România. Acesta este condiționat, potrivit **Hotărârii Guvernului nr. 50/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice privind VMG**, de: „munca în folosul comunității, de toate veniturile membrilor familiei și de bunurile aflate în proprietatea persoanelor beneficiare de venit minim... Ajutorul social se acordă la cerere, pe baza unei declarații pe propria răspundere și a actelor doveditoare aduse de beneficiar, de către SPAS, prin dispoziția primarului. Nu au acces la VMG persoanele care dețin aparatură electronică: aparate de filmat, camere video, interfon, amplificare audio, combine audio-video, copiatoare, xerox, obiecte de valoare: tablouri și obiecte de artă, obiecte ornamentale din metale prețioase, obiecte de cristal și porțelan de mare valoare, blănuri de valoare mare, în stare vandabilă, scutere, utilaje agricole, depozite bancare, autoturisme, motociclete, motorete etc. Totodată, persoanele beneficiare trebuie să dovedească lunar cu adeverințe că sunt înregistrate în baza de date privind căutarea unui loc de muncă și că nu au refuzat nici un loc de muncă ce li s-a propus, sau cursurile de calificare.”

În noul context al crizei economice și al instabilității financiare, un exemplu de lărgire a tematicii politicilor ocupaționale în UE este marcat și prin lansarea, în februarie 2012, a „**Cărții Albe: O agendă pentru pensii adecvate, sigure și viabile**”. Totodată, Comisia Europeană declară anul 2012 ca an al îmbătrânirii active și al solidarității dintre generații. Sunt făcute aici noi propuneri de strategii privind politicile ocupaționale pe

vârste, capabile să ajute la relansarea unei economii sănătoase bazate pe performanță, eficiență și calitate. Plecând de la premisa că numărul pensionarilor în UE este în creștere, aproximativ 120 de milioane, 24% din populația totală a celor 27 de state membre, Cartea Albă aduce noi inițiative pentru asigurarea unor condiții favorabile în vederea prelungirii vârstei active profesionale a celor pensionabili și menținerea lor, pe cât posibil, la locul de muncă decent și dorit. Se accentuează necesitatea unui echilibru între viața profesională activă și vârsta de pensionare, încurajându-se, astfel, solidaritatea cu partenerii sociali responsabili de un climat prietenos de muncă pentru populația vârstnică. Crearea unor oportunități la locul de muncă pentru păstrarea celor capabili de vârstă pensionabilă, dar și pentru a readuce pe cei pensionați dornici să muncească, nu este un scop în sine. Aceasta are în vedere corelarea vârstei de pensionare cu speranța de viață în creștere și, totodată eliminarea accesului la pensionări anticipate nejustificate.

Cartea albă subliniază că „pe de o parte, sistemul de pensii de tip redistributiv este afectat de numărul mare de șomeri și de scăderea ratei de ocupare. Pe de altă parte, ieșirea la pensie la vârste standard de pensionare, indiferent de condiția fizică, intelectuală și de experiența acumulată a persoanelor duce la presiunea creșterii fondului de pensii și așa insuficient.” De aceea este necesară o adaptare a vârstei de pensionare la domeniul de activitate și la creșterea speranței de viață, pe baza unei politici mai flexibile, de schimbare a practicilor curente de pensionare, cu impact pozitiv în relațiile intergeneraționale.

„Cartea Albă: o agendă pentru pensii adecvate, sigure și viabile”, începe cu o declarație de principiu ce ar trebui, în modul cel mai serios, să stea și în atenția factorilor decizionali de la noi: „Îmbătrânirea populației este o problemă majoră pentru sistemele de pensii din toate statele membre. Cu excepția cazului în care femeile și bărbații, care trăiesc mai mult, ocupă, de asemenea, mai mult timp un loc de muncă și fac mai multe economii pentru perioada de pensionare, nu poate fi garantată adecvarea pensiilor, deoarece n-ar putea fi acoperită creșterea cheltuielilor aferente” (2012: 11). În acest sens, Cartea albă propune obținerea unui echilibru între durata vieții profesionale și durata pensionării. O idee ce ar trebui împărtășită și de guvernării români se referă la încurajarea unei durate mai lungi a vieții profesionale și a îmbătrânirii active, argumentată prin beneficiile ce se pot aduce la bugetele publice. „Eliminarea treptată a regimurilor de pensionare anticipată și creșterea vârstei de pensionare trebuie însoțite de măsuri care să permită lucrătorilor să rămână pe piața muncii o perioadă mai îndelungată, de exemplu, măsuri care țin de sănătate, de locul de muncă și

de ocuparea forței de muncă. În lipsa acestor măsuri, impactul asupra finanțelor publice ar putea fi mult mai puțin benefic, dacă reformele care vizează asistența socială sunt suprasolicitate ca ajutor pentru cei în vârstă dacă vârsta de pensionare ar duce la creșterea numărului de persoane care apelează la alte tipuri de prestații (de exemplu, ajutor de șomaj, ajutor de invaliditate, ajutoare de asistență etc.)” (2012: 11-12).

Aceasta propune o regândire profundă a relațiilor inter și intragenerații, recomandând, totodată, statelor membre UE o politică ocupațională prietenoasă, flexibilă, adaptată utilizării forței de muncă a persoanelor vârstnice, ca semn al prețurii experienței lor profesionale. **Sunt vizate direct, nu numai vârstnici, ci și acele grupe de vârstă cu risc de angajare în activități și pe piața muncii (persoane peste 54 de ani și tinerii între 18-25 ani) care pot fi ajutate să-și refacă capacitățile active de muncă.** Mai mult, sunt făcute precizări semnificative privind capacitățile profesionale ale vârstnicilor, necesare procesului de relansare economică și interdependenței dintre generații: „Creșterea vârstei de pensionare efective nu înseamnă neglijarea intereselor tinerilor în favoarea intereselor vârstnicilor, ci găsirea unui echilibru adecvat între acestea. Câțiva ani în plus de viață activă nu înseamnă că persoanele în vârstă vor fi private de **pensia bine meritată** (n.b.: sublinierea mea) în favoarea tinerilor. Nu înseamnă nici că **lucrătorii în vârstă vor ocupa locuri de muncă care ar fi disponibile, altfel, lucrătorilor mai tineri** (n.b.:sublinierea mea). Dimpotrivă, statele membre în care rata de ocupare a lucrătorilor în vârstă este cea mai mare, înregistrează și cele mai scăzute rate ale șomajului în rândul tinerilor. Pe termen lung, numărul locurilor de muncă nu este fix, ci depinde în special de oferta de lucrători calificați, un vector esențial al creșterii economice. O ofertă mai mare de lucrători în vârstă experimentați va stimula potențialul de creștere al Europei și va crea, astfel, oportunități mai numeroase și condiții de viață mai bune pentru tineri și vârstnici. Anul european al îmbătrânirii active și solidarității între generații, 2012, va urmări, în principal, oferirea de oportunități mai bune persoanelor de toate vârstele” (2012: 11).

Elaborarea unor politici sociale ocupaționale structurate, coerente și active, pe termen mediu și lung, pentru toate grupurile de vârstă ar asigura stabilitatea sistemului de asistență socială și ar duce la credibilitatea lui. Acest obiectiv ține însă de voința politică a guvernanților. În fapt, Strategia Lisabona, menționa Anthony Giddens în lucrarea sa „Europa în epoca globală”, cu accent „pe justiția socială și protecția în țările membre UE, urmărește modernizarea modelului social european prin îmbunătățirea capacității colective de a acționa și de a

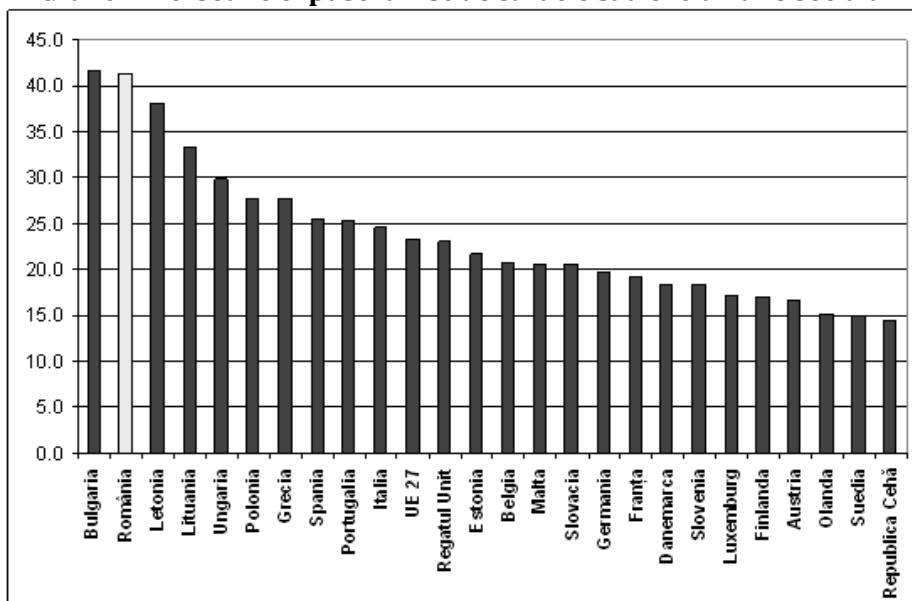
oferi tuturor noi șanse” prin intenția declarată de a promova „munca decentă ca obiectiv global și la toate nivelurile”, de a crește adaptabilitatea muncitorilor și de a „aplica măsuri de incluziune pe piața muncii” (Giddens, 2007: 96). Aceste măsuri sunt legiferate de Carta Socială care susține măsuri precise pentru standardele de calitate privind condițiile de muncă și de securitate socială.

Pornind de la premisa că societatea în care trăim este o societate modernă a riscurilor multiple, aceasta presupune un management inteligent, centrat pe identificarea și gestionarea riscurilor, pe controlul lor, pe soluționare și nu în ultimul rând, pe cât posibil, pe un proces structurat de prevenire a acestora. Așa cum menționa Ulrich Beck, în societatea industrială „producerea socială a avuției este acompaniată de producerea socială a riscului și conflictele legate de distribuția rarității se suprapun cu problemele și conflictul care derivă din producția și din distribuția riscului produs ca urmare a folosirii echipamentului tehnico-științific” (Beck, U. 1992: 14).

Identificarea corectă a noilor segmente de populație care ajung în sărăcie severă, adâncindu-se în situații de disperare, greu de depășit, rămâne ca o datorie constantă a serviciilor sociale personalizate din asistența socială. Evaluarea precisă a dimensiunilor/amplorii sărăciei, care impune tipuri și forme de ajutor social, poate contribui substanțial la acțiuni structurate orientate spre schimbări eficiente în procesul de incluziune socială. În lipsa unei evaluări corecte a situației populației marginalizate, procesul de rezolvare a problemelor lor sociale se amână, iar riscurile devin mai mari, mai greu de controlat și de depășit, ele cumulându-se în timp, exponențial.

Astfel, datele Eurostat, utilizând indicatorii SILC, pe baza unei cercetări comparative a statelor membre UE-27 efectuate în 2010 și lansată în februarie 2012, conform unui indicator agregat pentru identificarea persoanelor expuse la risc de sărăcie sau excluziune socială, situează România, cu o valoare a indicelui agregat de 41%, pe penultimul loc în UE. Singura țară din UE cu o situație mai defavorabilă decât România este Bulgaria, cu 42%.

Dacă pe primele două locuri, cu ponderea cea mai mare de risc de sărăcie sau excluziune socială din UE se situează Bulgaria și România, fiind urmate de Letonia (38%), Lituania (33%), Ungaria (30%), în schimb, Republica Cehă (14%), Suedia și Olanda (15%), Austria, Finlanda și Luxemburg (17%) au ponderile cele mai mici (Eurostat, 2010) (Grafic 1).

Grafic 1. Persoane expuse la risc de sărăcie sau excluziune socială

Sursa: Eurostat, 2010 (folosindu-se indicatorii SILC),
date lansate în februarie 2012.

Explicația modului de calcul al riscului după sursa Eurostat, 2010.

Acest risc este calculat luând în seamă următoarele trei situații: expunerea la risc de sărăcie după transferurile sociale; deprivare materială severă și intensitatea activității de muncă foarte scăzute în gospodărie:

- risc de sărăcie datorat unui venit pe familie sub pragul sărăciei**, stabilit la 60% din venitul echivalent cu cel median după transferurile sociale, echivalentul venitului fiind calculat prin divizarea venitului familiei la mărimea acesteia, numărul de membrii, aplicând următoarele puncte: 1.0 la fiecare prim adult, 0.5 la fiecare alt membru de 14 și peste 14 ani și 0.3 pentru fiecare membru sub 14 ani;
- persoane cu deprivare materială severă** având condiții de viață precare prin lipsa resurselor și experienței pentru a avea cel puțin 4 din cei 9 itemi-indicatori de deprivare menționați mai sus,
- persoane care trăiesc în familii cu posibilități reduse de număr de ore de activitate/muncă.**

Câteva comentarii se impun aici despre cele trei criterii:

Rata sărăciei relative, respectiv primul indicator primar din sistemul de indicatori de excluziune socială reprezintă ponderea

persoanelor din gospodăriile cu un venit total disponibil mai mic decât pragul de 60% din mediana veniturilor disponibile pe adult echivalent în populația totală.

Problema acestui indicator, ca de altfel a tuturor indicatorilor relativi, este că reflectă mai degrabă distribuția veniturilor decât sărăcia.

O altă problemă care poate fi ridicată este scala de echivalență folosită pentru transformarea membrilor gospodăriilor în adulți echivalenți. Este vorba de scala de echivalență elaborată de universitatea Oxford, cunoscută, datorită utilizării ei, sub numele de *scala OCDE modificată* (1994). Aceasta este o scală mult prea lină acordând ponderi mai mici următorilor adulți (0,5) și copiilor (0,3). Dintre deficiențele acestei scale amintesc în primul rând faptul că celui de-al doilea membru al gospodăriei și următorilor membri adulți li se acordă ponderi egale, fără să se țină seama de efectele economiilor de scară. În al doilea rând, una dintre criticile aduse acestei scale este că nu ține cont de vârsta fiecărei persoane din cadrul unei gospodării. În al treilea rând, ponderile mai mici acordate copiilor față de cele acordate adulților și mai ales nivelul acestor ponderi sunt elemente controversate.

Utilizând această scală în calculul sărăciei absolute pentru anul 2005, cu același prag al sărăciei, s-a obținut în România, o rată a sărăciei de 4% față de 16% cât s-a obținut utilizând scala de echivalență construită pe baza formulei propuse de Consiliul Național de Cercetare (National Research Council) al SUA (utilizată de fostul CASPIS).

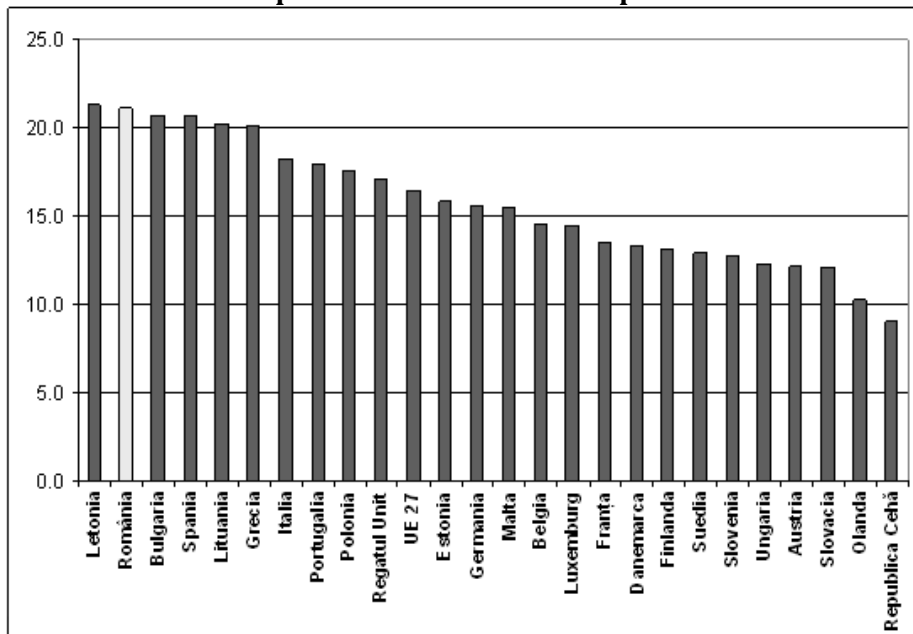
Criteriul de deprivare materială severă se referă la indicele **de deprivare multiplă** (IPM) elaborat de Mack și Lansley (citați în Constance F. Citro and Robert T. Michael, *Poverty, A New Approach*, 1995). Aceștia pleacă de la definiția indicelui de deprivare al lui Townsend, dar includ numai acele elemente pe care cel puțin jumătate dintre cei intervievați într-o anchetă prealabilă, le consideră necesare pentru a atinge un nivel minim de trai. Indicele de deprivare multiplă este utilizat în mod curent în Regatul Unit, ca măsură directă a sărăciei la nivel local. Metodologia de calcul al acestui indice (versiunea IPM 2004) cuprindea 37 de indicatori grupați pe 7 domenii: 1-venituri; 2-ocupare; 3-sănătate și dizabilități; 4-educație, calificare și școlarizare; 5-accesul la locuire și servicii; 6-calitatea locuinței și a mediului; 7-infracționalitate. În ceea ce privește ariile geografice pentru care se calculează, spre deosebire de metodologia IPM 2000, care calcula indicii la nivelul celei mai mici autorități locale (comuna), metodologia IPM 2004 coboară sub aceasta limită, ariile, stabilite prin agregarea sectoarelor folosite la recensământ, având o medie a celei mai mici zone situată în jurul a 1 500 de persoane¹.

Conceptul de **intensitate a muncii** se folosește pentru evaluarea relației dintre muncă și riscul de sărăcie la nivel de gospodărie. Aceasta

surprinde măsura în care membrii gospodăriei cu vârstă de muncă sunt angajați. Indicatorul ia în considerare în mod explicit timpul de lucru, precum și dacă s-a lucrat numai o parte a anului. Prin urmare, se calculează totalul lunilor lucrate în cursul anului de către fiecare membru al gospodăriei cu vârstă aptă de muncă, înmulțit cu numărul de ore lucrate în fiecare lună în care a lucrat. Aceasta oferă o pondere fiecărei persoane pe baza căreia se calculează intensitatea activității gospodăriei. Aceasta variază între 0 atunci când niciun membru al gospodăriei în vârstă aptă de muncă nu a lucrat în cursul anului, până la 1 atunci când toți membrii gospodăriei au lucrat cu program de muncă integral pe tot parcursul anului.

Față de acest indicator, cel inclus în sistemul de date EU-SILC, ține cont doar de numărul de luni lucrate în cursul anului, nu și de numărul de ore lucrate, după cum apreciază unii analiști (vezi calculele făcute de CASPIS).

Grafic 2. Persoane expuse riscului de sărăcie după transferurile sociale



Sursa: Eurostat, 2010.

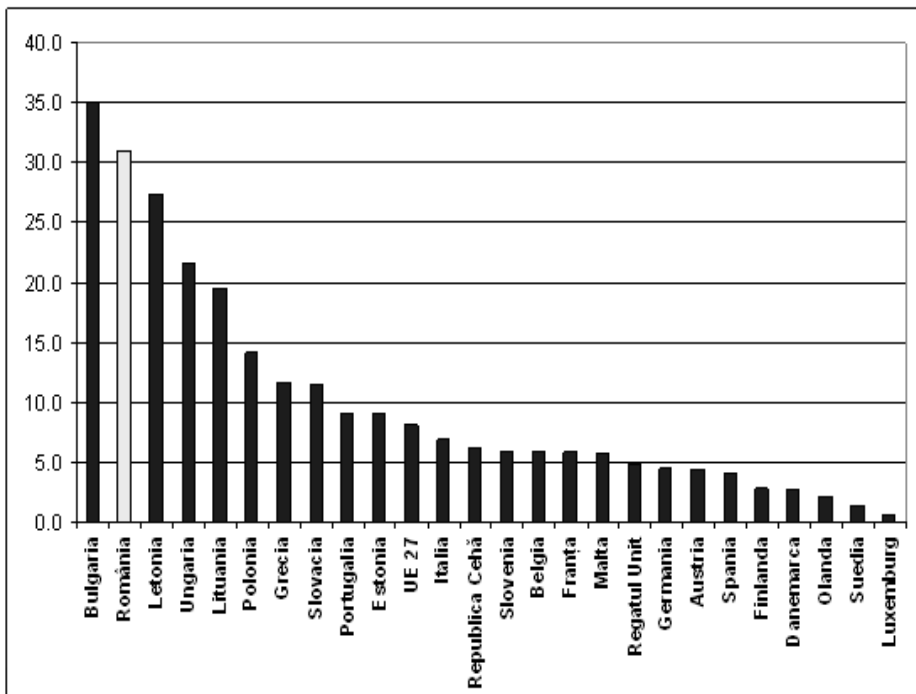
De asemenea, conform aceluiași date Eurostat 2010, expunerea la riscul de sărăcie după transferurile sociale, situează România, cu un procent de 21,1% a acestui indicator, pe penultimul loc în Europa, fiind „devansată”, de data aceasta, doar de Letonia (Grafic 2).

Aceste date îngrijorătoare pun în fața protecției și asistenței sociale din România probleme noi, atât prin conținutul lor (precum pierderea locurilor de muncă a unei părți mari a populației, pensionari forțate pentru persoanele valide, competente și cu experiență profesională mare, consumul de droguri ușoare - etnobotanice la tineri, proxenetism și prostituție în creștere, risc mare de sinucidere la tineri, creșterea delincvenței în școli, abandonul copiilor sau neglijarea lor prin plecarea la muncă a părinților în străinătate etc.) cât și prin dimensiuni necunoscute în trecut (sărăcie severă extinsă, scăderea masivă a standardului de viață la grupuri mari de pensionari, scăderea demografică accentuată, lipsa de participare școlară la comunitățile de romi, violență și agresivitate ridicată etc.).

Referindu-ne la indicele de deprivare materială severă, România, în datele Eurostat, rămâne și aici constantă, pe ultimele locuri în UE, păstrându-și poziția fruntașă în ierarhia riscurilor sociale.

Astfel, valoarea de 31,0% a indicelui de deprivare materială severă situează România tot pe penultimul loc, „devansată”, de această dată, de Bulgaria (Grafic 3).

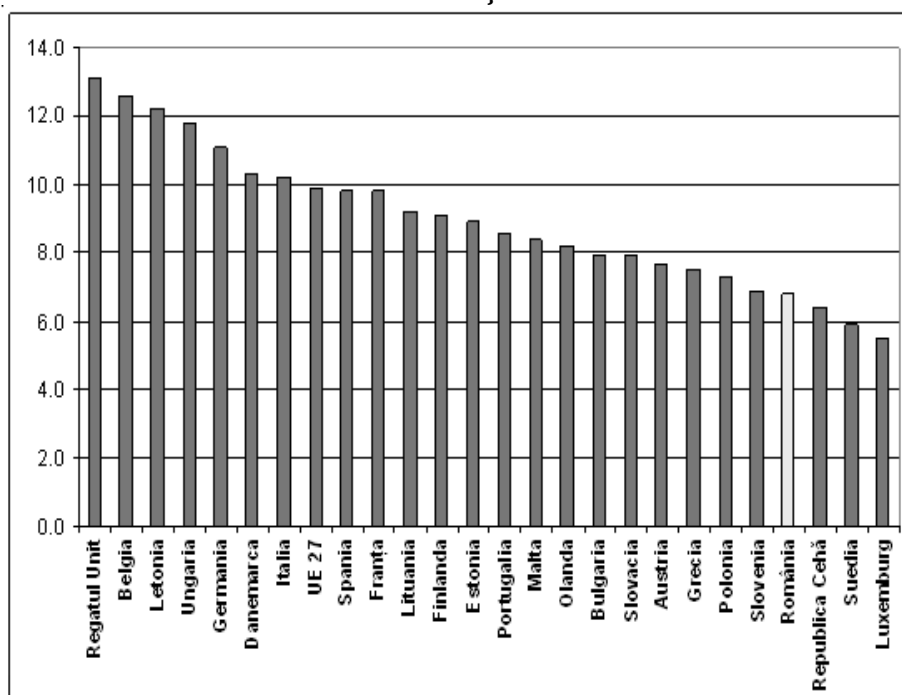
Grafic 3. Persoane deprivare material sever



Sursa: Eurostat, 2010.

Situația României este mai bună din punctul de vedere al persoanelor cu o intensitate a activității foarte scăzute, valoarea de 6,8% a acestui indicator plasând țara noastră pe locul patru în UE. Deși se apreciază că rata activității este mai mare în România, se observă, totuși, că riscul sărăciei sau excluziunii sociale este foarte mare, Romania situându-se în top. Paradoxal, s-ar putea spune că românii, deși au activități mai multe ca număr de luni pe an, ei sunt expuși foarte mult la sărăcie și excluziune socială. În limbaj comun cotidian, se poate spune că în gospodăriile din România, deși se muncește mai mult ca în celelalte țări din UE, românii sunt mai săraci și mai expuși riscurilor sociale de sărăcie sau excluziune socială (Grafic 4).

Grafic 4. Persoane în vârstă de 0-59 ani trăind în gospodării cu o intensitate a activității foarte scăzute



Sursa: Eurostat – 2010, lansare 2012.

Așa cum se procedează însă acum, asistăm în România la o ignorare cvasicompletă a unei politici de suport pentru creșterea economică și pentru redresare socială. Un singur exemplu poate fi relevant, în acest sens: dacă în anul 2010, PIB era de 507 miliarde lei (120,5 mld EURO), înregistrând o scădere cu 1,2% față de 2009, pentru 2011, primele date care vor fi disponibile în 2012 arată, ținând seama că BNR a ținut cursul de schimb

relativ stabil, că ne vom aștepta la o creștere de 1-2%, PIB-ul va fi aproximativ 122-123mld euro. Deci, va fi o creștere economică foarte mică față de 2010, fără modificări importante la nivel general economic și, mai ales, fără semnificație în nivelul de trai al populației.

Astfel, în România, sistemul de asistență socială devine din ce în ce mai vulnerabil, prin lipsa de răspuns la noile situații dramatice ale populației, mai costisitor, prin ambiția de reformare continuă, lipsit de o perspectivă clară de dezvoltare viitoare.

Deficitul mare de sustenabilitate și de claritate al obiectivelor majore din politicile sociale devine un factor agravant pentru starea actuală a asistenței sociale. Mai mult, se ajunge la o neîncredere funciară a populației în posibilitățile de intervenție activă a asistenței sociale în schimbarea stării celor excluși și marginalizați. Se accentuează, astfel, tot mai mult, nerealismul măsurilor planificate de guvernanți.

Sistemul, prin lipsa de credibilitate în creștere, prin pierderea treptată a funcțiilor lui instituționale, datorită subfinanțării componentelor sale structurale, se autodizolvă treptat, cu mici șanse de revenire în viitor.

Îngrijorătoare este și iluzia că obiectivul nostru trebuie să fie integrarea într-o economie globală, care poate fi salvatoare și pentru problemele sociale. Desigur, asta este și va rămâne o condiție a dezvoltării noastre sociale, în contextul actual. Nu ne putem izola și dezvolta singuri, într-o perioadă a globalizării. Dar, ultima jumătate de secol a arătat că dezvoltarea globală nu duce, automat, la o lume mai omogenă și la ieșirea mai rapidă din criză ci, dimpotrivă, la o lume mai polarizată, cu inegalități mai profunde și cu riscuri majore în creșterea economică. Europa socială nu are soluții miraculoase la problemele specifice fiecărei țări membre. Rezolvarea acestor probleme în contextul național impune însă, ca repere definite, standarde de calitate în managementul instituțional. Astfel, respectarea în practica asistenței sociale a standardelor europene apare ca o precondiție a reformelor/restructurărilor sistemului. Desigur, regândirea sistemului de asistență socială nu poate fi făcută decât într-un context mai larg, al modelelor politicilor sociale europene. Experiența internațională utilizată în contextul specificului național ne ajută să măsurăm corect, prin comparație, unde am ajuns și ce mai avem de făcut. Încă din 1998, cercetătorii britanici s-au ocupat de măsurarea riscurilor generate de contextul societății moderne, subliniind semnificația analizei lor din perspectiva unor modele comparative. Au fost delimitate etapele apariției riscurilor, măsurate prin semnale precise de tip avertizoare sociale, pregătind astfel politicile publice de răspuns pentru a le gestiona sau preveni (Lofsted și Frewer, 1998).

Observăm însă că în actualul context al crizei și la nivel european cifrele devin îngrijorătoare. După ultimele date Eurostat din ancheta socială amintită mai sus, EU-SILC, în 2010, 24,3% din populația UE se afla în risc de sărăcie sau excluziune socială, iar sărăcia copilului (vârsta 0-18 ani), de 27%, este mai mare decât a celorlalte grupe de vârstă. Distribuția pe cele trei criterii fiind: risc de a intra în sărăcie - 16%; persoane în deprivare materială severă - 8% și 10% - familii cu rată foarte scăzută a activităților. Firesc, într-o Europă lărgită/unită, soluțiile nu pot fi numai locale. Ele trebuie gândite și la nivel global, prin preluarea recomandărilor făcute sub forma unor strategii de intervenție active capabile să asigure durabilitatea, coerența, claritatea obiectivelor sale și cu posibilități reale de implementare rapidă. O asemenea strategie ar da și șanse de fezabilitate acțiunilor de prevenție și intervenție, pe linia recuperării reale a celor defavorizați.

Asistența socială, din perspectiva noii legi

Asistența socială, ca o componentă non-contributivă de bază a sistemului de protecție socială, se realizează prin beneficii financiare (alocații, indemnizații și facilități=asistență socială de tip financiar) și prin servicii sociale de asistență. Dacă funcția de bază a asistenței de tip financiar este, de regulă, recuperatorie, cea a serviciilor sociale este atât de recuperare cât și de prevenție. Pentru eficiența unui sistem de asistență socială integrat, coerent, cele două componente sunt complementare, se presupun reciproc, dezvoltarea lor realizându-se numai împreună, simultan. De aici și necesitatea de a le corela, în orice intervenție practică de schimbare. De fapt, cele două componente de suport, beneficiile și serviciile de asistență socială, asigură doar împreună, prin funcțiile lor, refacerea graduală a celor marginalizați, dar și prevenția unor viitoare riscuri ce pot să apară.

În fapt, beneficiile financiare în asistență răspund unui deficit economico-monetar, în timp ce serviciile de asistență pot reface și deficitul de capacități individuale.

Sistemul de beneficii, conform legii asistenței sociale nr. 292/2011, se realizează prin transferuri în bani sau în natură, sub formă de gratuități, subvenții, alocații sau credite preferențiale. Beneficiile în actuala lege a asistenței sociale se împart, după modalitățile de eligibilitate, în:

- „selective, cele care se acordă în urma testării mijloacelor familiei sau persoanelor care le solicită;
- categoriale, în condițiile în care eligibilitatea se face prin apartenența la o anumită categorie de beneficiari (copii, mame singure, grup cu dizabilități, săraci etc.).

- universale, sunt date, fără alte condiții, celor propuși de lege; apar ca un drept social (ex.: alocația pentru copil)”.

În sistemul de asistență socială, de regulă, beneficiile ar trebui să reprezinte un instrument important de realizare a unui trai decent, de creare a bunăstării individuale, de maximizare a creșterii capacităților de integrare pentru persoanele în dificultate. Însă modul de administrare și, mai ales, cuantumul lor foarte redus, face ca operaționalizarea obiectivelor să rămână pură ideologie. Ineficiența sistemului de beneficii financiare a fost foarte des subliniată de specialiștii din asistență socială. S-a remarcat, în primul rând, lipsa de monitorizare a beneficiarilor și, în al doilea rând, lipsa de cuplare a formelor de ajutoare bănești cu serviciile sociale de asistență, singurele care pot întregi refacerea capacității persoanelor. Apoi, pentru insuccesul beneficiilor financiare pledează și alte argumente: sumele prea mici de bani alocate pentru beneficii, de regulă, neacoperitoare pentru nevoile de bază; imposibilitatea beneficiarului de a-și gestiona rațional, corect, resursele financiare, conform reprezentării sociale că beneficiarul ar fi pradă unui consum irațional.

În legea nouă a asistenței sociale se prevăd condiționalități dure pentru alocarea beneficiilor, de natură a rigidiza întregul sistem. Precizarea legislativă că beneficiile de asistență socială finanțate din bugetul de stat și, după caz, din bugetele locale se acordă sub rezerva achitării de către beneficiar a obligațiilor de plată față de bugetul local, este un exemplu. În timp ce la noi devin tot mai restrictive condițiile de calificare pentru sistemul de ajutor social, în spațiul UE sunt propuse, prin noul sistem de calcul al riscurilor sociale, tocmai pe timp de criză, standarde cât mai flexibile și generoase, pentru a-i ajuta pe cei marginalizați să nu intre în capcana sărăciei severe.

Deși se presupune că reușita oricărei acțiuni de intervenție sau schimbare în asistența socială se leagă de îmbinarea organică a formelor de ajutor din sfera beneficiilor financiare cu cele ale serviciilor sociale, legea subestimează tocmai această complementaritate, interrelație organică a lor. Astfel, rolul unui sistem structurat public al serviciilor sociale aduse în proximitatea beneficiarilor este aproape absent. Propunerile legii privind funcționarea, furnizarea și evoluția serviciilor accentuează, în principal, externalizarea lor, fără posibilitate de control a distribuției acestora pe arii geografice, pe comunități și pe focalizarea pe nevoi. Retragerea graduală a responsabilității publice din sistemul serviciilor de asistență socială face ca procesul de dezvoltare a lor să fie amânat și să perturbe funcționarea normală a sistemului, în ansamblul său.

Din păcate, noua lege a asistenței sociale nu accentuează dezvoltarea unor instrumente metodologice, tehnici de asigurare a autonomiei beneficiarilor pe baza serviciilor personalizate. În această privință, Legea este încărcată de promisiuni confuze și fără acoperire reală în actualul context. Sistemul își pierde, astfel, funcțiile lui fundamentale de recuperare și prevenție, asigurate de servicii și devine un simplu mijloc de caritate ocazional, consumator ineficient de fonduri.

Mai mult formal, Legea nouă stipulează că serviciile sociale pot să primeze față de beneficiile de asistență (însă cu mențiunea ca ele să aibă costuri și impact similar asupra beneficiarilor, ceea ce este o imposibilitate - sublinierea mea -). În realitate, în practica asistenței sociale nu-și poate găsi locul asemenea precizări, întrucât cele două componente nu sunt nici pe departe similare. Și deci, nici finalitățile lor. Ele se identifică prin obiective distincte, precis delimitate, fiecare cu propriile lor caracteristici și funcții de suport. Și atunci nu se pot echivala costurile unui serviciu cu cel al unui ajutor financiar. Fie și pentru simplu fapt că serviciile au clar o triplă funcție: de diagnoză, de recuperare și de prevenție. Serviciile necesită un proces în timp în a-și atinge scopurile. Pe parcursul funcționării serviciilor, acest proces este obligatoriu dublat de evaluare și monitorizare. Beneficiile însă nu sunt urmate, de regulă, de un control al modului de utilizare a banilor, acestea rămânând pe seama raționalității acțiunilor beneficiarilor. Ca atare, serviciile de asistență socială nu se pot suprapune nicidecum peste beneficiile financiare, fiecare având clar și distinct propria lor identitate. Legea nr. 47/2006 reglementează măsurile propuse de stat pentru ajutorul familiilor cu copii sau persoane cu venituri mici, insuficiente. Aceste ajutoare puteau fi în bani sau în produse, la care se mai adaugă sistemul serviciilor sociale acordate de instituții specializate.

Beneficiile financiare, așa cum apar din perspectiva Legii asistenței sociale, în funcție de scopurile urmărite, se presupun a avea forță de acoperire în prevenirea și combaterea sărăciei și riscului de excludere socială:

- pentru susținerea copilului și a familiei;
- pentru sprijinirea persoanelor cu nevoi speciale;
- pentru situații deosebite, (legea suferă aici prin neclaritate. Care sunt aceste situații deosebite. Sunt cele de urgență.)

În realitate însă, beneficiile financiare, așa cum au fost administrate până acum, și nici Legea nouă nu face excepție, nu au fost însoțite, așa cum ar fi fost normal, de un proces real, responsabil, de diagnoză și monitorizare. Adesea, ele au fost asociate ca răspunsuri la urgențe. Acestea sunt cuplate prin Lege și cu alte forme de prestații de asistență socială, atât țintite cât și

universale, care vin din bugetul Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale, sub forma alocațiilor, indemnizațiilor și ajutoarelor pentru:

- „familiile cu copii: alocația de stat pentru copil, indemnizația și stimulentele pentru creșterea copilului, alocația pentru susținerea familiei;
- persoanele și familiile cu venituri mici: ajutorul social pentru asigurarea venitului minim garantat, ajutoare de încălzire, ajutoare de urgență și financiare, ajutoare rambursabile pentru refugiați;
- persoanele cu handicap: adulți, copiii și familiile care au în întreținere persoane cu handicap”.

Ajutorul social în România a fost impus, încă din 1995, prin Legea nr. 67/1995, fiind abrogat prin Legea nr. 416/2001 privind VMG, intrată în vigoare în ianuarie 2002. Asigurarea VMG a fost considerată mereu ca un mijloc de bază pentru combaterea sărăciei și promovării incluziunii sociale. Dar și Legea VMG a fost modificată și completată prin Legea nr. 276/2010, iar plata drepturilor de ajutor social a trecut în responsabilitatea MMFPS, nivelul lunar garantat fiind pe număr de persoane. Cuantumul stabilit a fost astfel:

- 125 lei pentru o persoană singură,
- 225 lei pentru familiile formate din două persoane,
- 313 lei pentru familiile cu trei persoane, 390 lei pentru cele cu patru,
- 462 lei pentru familiile cu cinci persoane și
- câte 31 lei pentru fiecare altă persoană peste numărul de cinci.

Atât în Legea 416/2001 cât și în cea modificată din 2010, metodologia de calcul este greoaie și restrictivă în raport cu nevoile de bază ce ar putea asigura un trai decent, persoanelor și familiilor în dificultate. Deseori, pe baza acestui sprijin, se observă că cei mai mulți beneficiari de VMG-uri trăiesc la limita supraviețuirii, în sărăcie extremă, sau sub pragul de sărăcie. Să fie oare doar o simplă greșeală de calcul sau o gravă eroare în politicile sociale? Cred că ultima situație este plauzibilă, dacă la aceasta se mai adaugă haosul și corupția din sistem. Să ne amintim că încă din septembrie 2010, președintele țării considera că VMG trebuie diminuat, fără a se argumenta de ce. În fapt, calificările greșite ale persoanelor pentru VMG, care au apărut uneori, nu sunt de natură a le infirma pe cele corecte. După cum, nici beneficiarii nu au de ce să sufere pentru erorile de calificare ce aparțin de fapt sistemului.

În ultimii doi ani, confuzia, incoerența și incompletitudinea schimbărilor (semnalată prin goluri în focalizarea pe nevoi) privind ajutorul în asistență socială au fost caracteristici ale politicilor sociale care au

dominat măsurile de austeritate în România. De aceea, nu se mai pot face încercări de tipul ajustărilor succesive a numărului formelor de ajutor social și a raportării lor la VMG, în timp ce efectele sociale dramatice ale crizei se extind îngrijorător de rapid la comunități și grupuri tot mai largi.

Nu există o evidență clară nici pentru aceste ajutoare sociale provenite din bugetul MMFPS. Intrările în sistem de plată a beneficiarilor s-au făcut la cererea lor, nefiind dublat de un proces permanent de evaluare și monitorizare. Ieșirile din plată sau suspendările multor cereri ale beneficiarilor s-au datorat unor condiții restrictive impuse de noile prevederi legale, sau în urma unor controale legate de aplicarea legii, și nu așa cum ar fi fost normal, prin câștigarea de fapt de către beneficiari a autonomiei economice individuale. Mai mult, datorită lipsei fondurilor din Minister destinate asistenței sociale, în anul 2010 nu s-a putut acoperi numărul mare al cererilor aflate în plată, înregistrându-se un decalaj ridicat, de 58,4%, dintre numărul beneficiarilor și cereri acceptate. Pretextul pentru întârzierea plăților a fost pus pe seama trecerii acestora în sistem informatic.

Ajutoarele sociale fără eficiență pe termen lung, fără durabilitate în viața beneficiarilor nu pot scoate populația din această stare a neputinței și acceptării realității ca o fatalitate. În această formă, ele nu duc, așa cum ar fi normal, la diminuarea riscurilor, ci dimpotrivă, la adâncirea lor în timp, în condițiile în care gestionarea lor este făcută haotic, la întâmplare, fără să aibă ca finalitate dobândirea autonomiei beneficiarilor.

În realitate, nu numărul ajutoarelor contează, de altfel legea vine cu o reducere masivă a lor, ci modul de instrumentare în refacerea treptată a capacităților proprii a beneficiarilor și scoaterea lor, în final, în afara dependenței de ajutorul social. De fapt, bugetul nu este grevat, așa cum lasă să se înțeleagă actualii guvernanți, de numărul formelor de suport din asistența socială ci, mai degrabă, el este grav afectat de lipsa politicilor de calitate în asistența socială, care să asigure sustenabilitatea ajutorului social în timp.

Pornind de la această schemă stufoasă a beneficiilor de asistență socială în România, rata săracilor și a celor marginalizați social nu a scăzut în ultimii doi ani, așa cum ne-am fi așteptat. În realitate, ineficiența și ineficacitatea suportului financiar, așa cum a fost gestionat, pompieristic și iresponsabil, de către decidenții din sistem, s-a dovedit a fi total păgubos în procesul de recuperare și prevenție. Procesul de monitorizare a lipsit în cazul asistenței de tip financiar și, cu mici excepții, în timp numărul beneficiarilor a crescut. Situația copiilor și vârstnicilor dependenți de ajutoare sociale s-a acutizat prin neputința de a-și acoperi nevoile zilnice. Reducerea treptată a asistenței sociale la suportul financiar, și acesta de strictă supraviețuire, acordat cu zgârcenie și cu o mulțime de întreruperi, a

dus, cu timpul, la deprofesionalizarea sistemului, prin ignorarea importanței serviciilor sociale. Subdezvoltarea cronică a serviciilor publice de asistență socială, mai ales a celor comunitare, duce cu siguranță în continuare la distrugerea unui important instrument de suport vital pentru cei marginalizați, mai ales în condiții de criză.

Favorizarea asistenței sociale de tip beneficii financiare, cuplată și cu reducerea numărului de beneficiari, de foarte puține ori justificată, a dus la riscul de rigidizare, lipsă de flexibilitate și de corectitudine în procesul de selecție pentru ajutorul social a persoanelor în dificultate. În fapt, transparență în procesul multiplelor condiționalități și restricții puse pentru accesarea ajutorului social, intenția clară a guvernanților de scădere drastică a finanțării asistenței sociale.

Dezvoltarea prin programe

În prezent, un ajutor consistent în reconstrucția formelor de suport social îl reprezintă programele cu finanțare europeană, care au ca finalitate incluziunea socială. Dezvoltarea de soluții pentru exclușii social prin programe din fonduri europene și interne ar putea fi, în mare parte, un răspuns afirmativ la bugetul de austeritate al asistenței sociale. Numai că deseori, lipsa de coerență, comunicare și transparență a programelor europene centrate pe incluziune, precum și a celor din bugetele locale, diminuează, evident, rolul lor în construcția unui suport specializat articulat și eficient, în final. Fragmentarea politicilor privind obiectivele finale și filozofia acestor programe conduce la rezultate minore, comparativ cu costurile mari investite în derularea lor. În plus, lipsa de transparență a acestora marchează o slabă responsabilitate față de banii publici și adâncește corupția în sistem.

Aceste proiecte au fost preluate de firme, mai mult sau mai puțin specializate în asistență socială. Din păcate, activitățile programelor s-au desfășurat independent unele de altele, cu multe suprapuneri pe parcursul derulării, iar timpul pentru evaluarea și monitorizarea lor, lăsat doar la încheierea activităților, a fost total insuficient.

Există totodată impresia, aproape generalizată, că România, pe ansamblu, este departe de a-și utiliza oportunitățile pe care le are, de dezvoltare prin programe din fonduri structurale europene. În procesul de accesare al programelor europene se păstrează încă diferențe sensibile între domenii/ sectoare socioeconomice și regiuni geografice ale țării. Actual, România nu beneficiază de o analiză-diagnostic pe zone geografice a politicilor sociale cu priorități clare în dezvoltarea socială și umană; nu există o hartă socială a problemelor și direcțiilor de acțiune pentru „modelarea

socială” a comunităților prin programe europene. Lipsește un inventar global al proiectelor, programelor, inițiativelor derulate până acum și în curs de desfășurare pentru construcția socială a zonelor subdezvoltate sau a comunităților românești. Aceste programe, la nivel național, ar trebui să fie complementare, convergente și să se susțină reciproc în procesul unei dezvoltări sustenabile, de durată. Din păcate, după cum menționam în multe analize anterioare, pentru România, sinergia programelor de dezvoltare socială, o idee clar susținută de normele UE, rămâne încă la nivel de deziderat. Competiția pentru resursele financiare ale programelor/proiectelor de dezvoltare comunitară rămâne un scop în sine, iar fragmentarea acestora este puternic accentuată în raport cu o politică socială integrată și coerentă.

O largă varietate de probleme sociale generate de schimbări structurale noi, precum: migrația, scăderea ratei demografice și a populației active, creșterea delincvenței, violenței și terorismului, poluarea ireponsabilă a mediului și lipsa de preocupare pentru formarea unei conștiințe ecologice, deteriorarea relațiilor interumane și a răsturnării valorilor morale și democratice, disoluția familiei și carențele unei educații superficiale etc. au devenit obiectul unor activități de suport în planul politicilor sociale de dezvoltare europeană, cu un profil accentuat calitativ. Alături de instituțiile centralizate de redistribuire financiară, sistemul de politici sociale europene se centrează pe trei direcții distincte:

1. Lărgirea problematicii sociale care devine obiectul politicilor sociale în general, al politicilor de incluziune, în special. Este semnificativă introducerea pe agenda UE a unei largi tematici a excluziunii sociale și promovarea unor strategii corespunzătoare incluziunii sociale, pe de o parte. Pe de altă parte, are loc creșterea indicatorilor privind calitatea vieții individuale și colective, care reprezintă un reper fundamental al strategiilor de dezvoltare socială durabilă.

2. Orientarea tot mai accentuată pe programe, proiecte, strategii de acțiune, în care ponderea serviciilor creative, inovative este în creștere. În planul politicilor sociale, în locul abordării instituționale standardizată național este încurajată inițiativa pluralității unor experimente sustenabile de dezvoltare comunitară, învățarea unor principii eficiente de construcție instituțională, comunitară și familială.

3. Descentralizarea, ca un proces care s-a extins rapid în întreaga Europă, este asumată prin toate consecințele ei, atât pozitive cât și negative. Autoritățile publice locale preiau responsabilitatea unor programe, proiecte de prevenire și soluționare a problemelor sociale, cu toate consecințele psihosocioculturale ce apar în viața cotidiană a fiecăruia din noi. Datorită

acestui proces de deschidere către inovație socială, apare inevitabil o diferențiere de dezvoltare zonală.

Sunt comunități care au asimilat rapid, organic, principiile inovative ale dezvoltării sociale, prin inițiative eficiente de tip constructiv, durabile în timp.

Altele, prin actorii săi sociali, cunosc un ritm mai lent de construcție, luând în calcul, cu precădere, principii „demolatoare” ale structurilor existente, fără soluții de refacere în viitorul apropiat.

Diferențierile sunt determinate de trei factori distincți: **resursele financiare disponibile, voința politică și capacitatea profesională** (poate cea mai importantă în acest proces de schimbare structurală). Aceasta din urmă este susținută de variabile-cheie: inițiativa individuală și colectivă, creativitatea, raționalitatea și sustenabilitatea proiectelor.

Pentru România, ar fi poate utilă o enumerare rapidă a câtorva obiective centrale de dezvoltare locală sau sectorială prin programe europene, cu impact major asupra bunăstării individuale și colective (Zamfir, E în Zamfir, E –coord., 2000):

- Reabilitarea infrastructurii (un spațiu arhitectural armonios și bine structurat, în funcție de mediul social de viață, drumuri „prietenoase”, facilități publice, sisteme de comunicare rapide etc.).

- Amenajări teritoriale, atât cele necesare producției cât și cele legate de prevenirea și eliminarea efectelor poluării și a reabilitării ecosistemului.

- Realizarea unor obiective prioritare de interes public: grădinițe de tip *creșe* pentru vârste mici 0-3 ani, grădinițe cu orar flexibil, școli moderne, spitale dotate, locuri de agrement pentru cei mici și pentru adulți, complexe sportive accesibile pentru toți etc.

- Dezvoltarea unor capacități productive atât de tip individual cât și cooperativ prin stimularea dezvoltării unui management eficient al afacerilor, prin asigurarea unor politici active de creare a locurilor de muncă, prin crearea unor oportunități egale de dezvoltare umană pentru grupuri și indivizi cu risc crescut de marginalizare socială etc.

- Creșterea securității individuale și colective, prin acțiuni comunitare continue, mai ales în unele comunități marginalizate ale unor regiuni, zone, extrem de vulnerabile din punctul de vedere al integrării sociale.

- Dezvoltarea unor rețele de asistență socială de tip structurat, centrate pe nevoi ca suport pentru persoane și grupuri în dificultate, în scopul refacerii capacităților lor proprii de integrare normală în comunitate.

- Dezvoltarea unor servicii eficiente de asistență socială de prevenire a excluziunii și marginalizării sociale focalizate, cu precădere, pe copii și tinerii cu risc.

Alături de activitățile publice comunitare standard (utilități de locuire, drumuri și șosele bune, spații de educație și învățământ moderne și prietenoase, instituții de sănătate și securitate socială centrate pe soluționarea problemelor, apărarea și protejarea spațiilor verzi, eliminarea poluării de orice fel etc.), în România se impun și acele programe sectoriale, inovative pentru **schimbări sociale și umane în comunitate, pe termen lung**.

Noua filozofie, așa cum menționam în repetate rânduri, care stă la baza acestei opțiuni este crearea unui **parteneriat multiplu și activ**, care să implice toți actorii responsabili în comunitate. Autoritățile publice județene, sectoriale/locale vor deveni instrumentul democratic construit al orchestrării eforturilor comune, în diferite forme, prin mobilizarea tuturor actorilor comunitari pentru acțiuni colective. Astfel, tradiționala **alienare a statului de societatea civilă** va fi depășită, aparținând trecutului. Sunt așteptări care pot deveni, în timp, realitate. Ține de înțelepciunea noastră de a gestiona competent resursele de care dispunem și de a da forță programelor de dezvoltare locală/comunitară în a schimba viața noastră de zi cu zi.

Asistență de urgență versus asistență specializată

Pe linia opțiunii antistat social, guvernării noastre, prin legea asistenței sociale, reduc sistematic rolul statului social, înlocuindu-l cu forme marginale de ajutoare ocazionale de urgență, adesea cu iz/parfum electoral.

Guvernarea actuală face o dublă eroare în aprecierea stadiului actual de evoluție a asistenței sociale: în primul rând, reduce, în mod eronat, asistența socială numai la forme de ajutor de urgență de tip *beneficii în bani sau în natură*, care și acestea sunt reduse la maximum pe timp de criză. În al doilea rând, dorește o reformare a sistemului printr-o nouă lege organică-cadru care ar trebui să dea o viziune strategică dezvoltării asistenței sociale, ignorând, paradoxal, tocmai finalitatea funcțiilor ei pentru indivizi și grupuri aflate într-o dificultate fără precedent.

Asistența socială, așa cum este practică acum, în regim de urgență, este asociată mai mult cu forme de tip caritabil de ajutor și nu cu forme active de recuperare și prevenție a marginalizării prin servicii specializate. Astfel, paradoxal, asistența socială este redusă la o politică pasivă, absolut marginală în raport cu posibilitățile de eliminare a excluziunii sociale, deseori împinsă spre simplă cerșetorie. Acest fapt induce adesea dependență față de formele de ajutor social, în special în bani. Nu se prefigurează, așa cum ar fi normal, ca formă de activizare a beneficiarilor, măsuri stimulatorii de creștere a motivației lor pentru ieșirea din sistem. De

fapt, politicile din sistem care ar trebui să asigure coerența și sustenabilitatea formelor de ajutor social prin modalități de intervenție profesioniste (servicii sociale) se transformă într-o simplă ideologie partinică.

A rămâne însă în asistența socială numai la ajutoare de urgență - beneficii financiare, concretizate prin măsuri întâmplătoare, pompieristice, este un lucru profund păgubos, contraproductiv, atât pentru bugetul cheltuielilor sociale cât și pentru normalitatea recuperării sau integrării beneficiarilor în comunitate. Ajutoarele de urgență, de regulă, deși necesare în condiții limită de viață, datorită spontaneității și grabei decizionale prin care apar, sunt dezarticulate și ineficiente. Acestea nu pot fi nici suficiente și nici reprezentative pentru o asistență specializată, reparatorie. Ele nu pot să reprezinte un plus în dezvoltarea unui sistem de asistență socială profesionist. Acestea pot doar să facă față unor necesități de moment. Ele apar mai mult ca forme de generozitate, de milă și mai puțin ca respect pentru un drept universal oferit de asistența socială celor în dificultate pentru a-și redobândi capacitățile de autonomie economică, pe termen lung.

Indistinția, pe care Guvernul nu o face, dintre ajutoarele de urgență nespecializate și cele de asistență socială normală, focalizate pe nevoi, o regăsim și în noua Lege a asistenței sociale. Această confuzie este periculoasă nu numai pentru bugetul asistenței sociale, cheltuit, de cele mai multe ori, la întâmplare, iresponsabil, neplanificat, dar și pentru credibilitatea și sustenabilitatea soluțiilor concrete propuse pentru recuperarea celor marginalizați. Ajutoarele de urgență, de regulă, sunt măsuri care nu pot consolida coerența sistemului de suport și nici predicibilitatea lui viitoare. **Impredictibilitatea, așa cum subliniază A. Giddens, generează riscuri atât la nivel individual cât și colectiv (comunitar) prin apariția unei incertitudini în viață și a pierderii asigurării securității ei.**

În contextul crizei, specialiștii aduc argumente critice serioase referitoare la ineficiența ajutoarelor sociale întâmplătoare, care accentuează lipsa de profesionalism, duc la erori grave în accesarea ajutoarelor, facilitează corupția și iresponsabilitatea factorilor decizionali din sistem. Acest fapt devine vizibil în lipsa de motivare politică a guvernanților în elaborarea unei strategii durabile de dezvoltare a sistemului, mai ales în condițiile vitrege ale crizei. Tocmai acum, într-un context social instabil, nesigur și fluctuant la riscurile noi asociate cu măsurile de austeritate, ar trebui accentuată durabilitatea programelor și acțiunilor de protecție pentru cei în dificultate. Acțiunile de intervenție și schimbare a stării celor marginalizați trebuie să pornească însă de la respectarea dreptului universal al individului la asistență socială, în anumite situații speciale de viață. Acest drept trebuie cuplat cu obligativitatea statului de a-și proteja cetățenii săi în

dobândirea unui trai decent, al respectului total pentru demnitatea și integritatea ființei umane nevoite a cere ajutor social, la un moment dat.

De cele mai multe ori însă, modul de distribuire a ajutoarelor în bunuri, mai ales al alimentelor, ne aduc imagini de coșmar ale sărăciei și mizeriei morale, încălcări grave ale demnității celor care le primesc. Acestea sunt asociate cu cinismul factorilor decidenți care asistă pasiv la astfel de modalități umilitoare de sprijin a celor marginalizați. Ele fac parte din șirul unor măsuri incoerente, dezarticulate, pripite, luate sub presiunea urgențelor străzii sau a celor formulate de mass-media. Astfel, multe propuneri de ajutoare de urgență pentru anumite categorii de grupuri profesionale, impuse prin ordonanțe și hotărâri guvernamentale, fără o testare prealabilă, riscă să excludă formele eficiente de ajutor instituite prin servicii individualizate, specializate. De fapt, tocmai serviciile specializate de asistență socială sunt singurele care pot asigura evitarea riscurilor și ieșirea din marginalizare .

Exemple sunt numeroase. Doar două situații mai speciale aș aminti aici: Primul, în asistența socială a vârstnicilor, sentimentul de inutilitate pe care-l induce ajutorul social, prost gestionat, mai ales pentru cei care au peste 80 de ani. Impresia ce s-a creat legată de o dependență a existenței lor, după această vârstă, de mila publică, îi poate face manipulabili. Această percepție este întreținută și întărită și de confundarea pensionarilor cu asistații social care ar consuma prea mult din bugetul social. Un alt exemplu recent, lipsa salariilor de la primării pe perioade îndelungate pentru asistenții personali ai persoanelor cu dizabilități împing familiile acestora la acte de disperare și acceptarea umilinței de a cere ajutor public, dezvăluindu-și propria identitate etc. Se încalcă astfel cerința confidențialității beneficiarului dependent de ajutorul social. Toate aceste situații total atipice pentru un sistem modern de asistență socială produc, desigur, disfuncții majore, perturbări grave în funcționarea instituțiilor lui, atât la nivelul formelor de suport cât și în cel al gestionării lor.

În prezent, asistența socială, cum apare din formulările noii legi, se prezintă ca un mozaic teoretic de definiții inutile unui text de lege, de programe nestructurate și activități întâmplătoare de ajutoare ocazionale. Acestea nu se convertesc în metodologii de implementare cu finalități în acțiuni sociale privind menținerea unui trai decent de viață pentru cei afectați de sărăcie severă și nevoi multiple. Astfel, s-a conturat o percepție în rândul populației, percepție întărită și mai mult în condiții severe de austeritate: acțiunile de suport social, de tip pompieristic, au o tentă accentuat politică, ele fiind asociate, de cele mai multe ori, cu o propagandă electorală. Cred că o problemă mai profundă apare aici: impunerea prin forță politică a unei strategii de redistribuție a cheltuielilor sociale pentru sistemul

de asistență și mimarea, doar, a discuției publice. Aceasta, real nu există sau chiar dacă apare, nu se ține cont de ea. De aceea, în ciuda bugetului tot mai scăzut atribuit asistenței sociale, costurile financiare ale unor astfel de măsuri sunt, desigur, ridicate, total ineficiente și cu puține șanse de control în planul rezultatelor lor. Ele aduc, totodată, și un prejudiciu de imagine asistenței sociale, prin discreditarea formelor de ajutor profesionalizat; introduc haosul și arbitrariul la nivelul de selecție a beneficiarilor; încurajează corupția în sistem. În plus, din nefericire, asemenea acțiuni, de tip „pompiestic, cu mesaj electoral” pot fi făcute de oricine, fără o pregătire prealabilă, pledând implicit pentru deprofesionalizarea sistemului. Un alt aspect pervers apare aici. Se creează, în timp, o dependență a celor care trăiesc la pragul limită de supraviețuire de puterea guvernamentală, în speranța că ajutoarele acordate pot să-i scoată din sărăcie severă și disperare. O precizare în plus, în România, segmentul de populație în dificultate este foarte mare, comparativ cu alte țări europene. Lipsa de dialog dintre decidenți, beneficiari și actorii comunitari implicați direct în asistență socială, lasă impresia că măsurile de ajutor social propuse de guvern sunt un privilegiu al decidenților politici sau instituționali, a celor care le acordă și nu un drept al beneficiarilor. Confuzia crește și mai mult când ajutoarele sociale sunt asociate subiectiv cu cei care, întâmplător fiind la putere, sunt obligați prin poziția lor guvernamentală să le inițieze, să le distribuie, să propună acțiuni concrete și măsuri în asistență socială. Acestea sunt eronat considerate ca semn al distincției lor personale, asigurându-le astfel creșterea popularității și imaginii lor publice. Ca un exemplu aici: fiecare ministru al muncii a dorit, mai mult sau mai puțin, să-și asocieze imaginea lui cu reforme în sistemul de asistență socială. În România, acest context, deformant pentru mecanismele de organizare și funcționare a formelor de suport social, poate duce la un experiment social scandalos, orientat spre manipularea oamenilor săraci și a grupurilor în dificultate, dependente de asistență socială. Se abuzează de starea lor de neputință de a se descurca singuri și sunt, astfel, transformați într-o masă inertă, manipulabilă politic. Se compromite astfel total nu numai finalitatea asistenței sociale specializate, dar și statutul profesional al asistentului social, dobândit în timp, după Revoluție.

Evaluarea politicilor sociale în sistemul de asistență socială

Două puncte sensibile au fost ignorate în propunerile Guvernului PDL-Boc referitoare la schimbările sistemului de asistență socială pe timp de criză:

Primul, în condiții de limitare severă a resurselor financiare, nu s-a stopat un proces risipitor de bani datorat dezordinii, incompetenței și corupției din sistem. Din acest motiv nu s-a putut gestiona responsabil finanțarea echilibrată a componentelor sistemului. Lipsa de eficiență aici se manifestă în prezent, prin inexistența serviciilor specializate ca forme principale de prevenire a riscurilor și, complementar, de integrare activă a beneficiarilor pe piața muncii și nu numai. Eliminarea treptată a finanțării din buget a dezvoltării serviciilor integrate din sistemul de asistență socială apare în fapt ca un proces păgubos pentru sistem, contraproductiv funcțiilor și finalității lui. Paradoxal, acest proces apare în final ca mare consumator de fonduri, cu enorme costuri suplimentare, datorate numeroaselor ajutoare acordate numai în bani.

Al doilea, gestionarea la întâmplare, fără o testare prealabilă corectă și responsabilă a nevoilor beneficiarilor, a formelor de ajutoare sociale focalizate pe nevoi, fie ele de tip financiar sau în bunuri și servicii, reprezintă în prezent unul dintre punctele cele mai slabe, vulnerabile, ale sistemului de asistență socială. La acest aspect se mai adaugă faptul că modalitatea de administrare, gestionare și mai ales de distribuire a ajutoarelor sociale este total neprofesionistă, dezarticulată, contra-productivă finalității obiectivelor lor.

Mai mult, popularea instituțiilor cu nespecialiști a condus la erori grave în sistem, precum: calificări greșite ale beneficiarilor, incorectitudini în identificarea și evaluarea nevoilor, imposibilitatea de stabilire corectă a priorităților focalizate pe tipuri de beneficiari, neadecvare în fixarea formelor/tipurilor de suport. Acestea au un impact negativ puternic în funcționarea sistemului. Se ajunge la blocaje în sistem, cu efecte dezastruoase asupra stării populației; se induce un sentiment de neputință învățată, care demoralizează și demotivează beneficiarul în confruntarea sa cu lipsurile zilnice majore. În lipsa unor asistenți sociali specializați, care să trateze problemele sociale grave, umiliința bazată pe acceptarea tacită a marginalizării, a pierderii stimei de sine, se extinde tot mai mult la grupuri și chiar comunități largi. Inerția inacțiunii celor mulți aflați în dificultate se transmite sistemului de asistență socială, care se dezagregă treptat, în lipsa unor politici active guvernamentale. De aceea, regândirea întregului sistem de asistență socială de către specialiștii din domeniu, în perspectiva acestor cerințe, este absolut imperioasă, în actualul context. Altfel, se riscă în viitorul apropiat o distorsionare a componentelor lui și chiar o distrugere treptată a instrumentelor de intervenție și schimbare socială. Desigur că acest proces nu poate fi realizat fără să se ia în considerație utilizarea rațională/eficientă a resurselor bugetare pe timp de criză. În același timp, o raționalizare a ajutoarelor din asistență socială nu se poate face decât într-un context mai

larg al politicilor structurate din sfera protecției sociale și cu specialiști în domeniu. Specialiștii vor fi cei care vor conștientiza persoanelor vulnerabile că asistența socială apare ca un drept universal al omului în condiții de dificultate și că acest drept trebuie respectat permanent, chiar și pe timp de criză. Creșterea performanței și calității serviciilor de asistență socială, în condițiile unui buget auster, se poate realiza doar cu resurse umane calificate, de natură a asigura un trai decent beneficiarilor săi.

De aceea, variabila-cheie în reformele din sistemul de asistență socială prezent în multe din țările occidentale se referă la **politici sociale de calitate, politici active în domeniul ocupațional și strategii de suport eficiente la nivel comunitar**. Aceste cerințe solicită rapid popularea instituțiilor de profil cu specialiști pe măsură.

Fragmentarea rețelelor instituționale și comunitare de suport prin presiuni de tot felul, venite sub forme dintre cele mai diferite în perioade de criză, afectează grav atât solidaritatea socială a grupurilor defavorizate cât și siguranța dată de sentimentul de apartenență la o comunitate, situații atât de necesare în perioade limită, ca cele de criză.

Deseori, crearea unui conflict artificial între categoriile defavorizate, eliminarea drepturilor și accesului la ajutoare a unora, prin contrapunere a intereselor lor diferențiate pe categorii de vârstă, de gen, de etnie, de profesii etc. conduce la confuzii grave în sistemul de asistență socială, la dezarticularea formelor de suport, la frică pentru siguranța zilei de mâine și la lipsa de încredere în posibilitățile de intervenție, de tip schimbare a sistemului pe timp de criză.

Lipsa sistematică de interes din partea guvernanților pentru politici sociale active în sfera asistenței sociale, eliminarea graduală a **serviciilor ei specializate**, ignorarea rolului statutului social, **popularea domeniului cu nespecialiști**, a dus, treptat, asistența socială într-o fază de disoluție, de pierdere a identității sale instituționale, până aproape de desființare.

Lipsa interesului de a dezvolta o strategie durabilă și predictibilă, prin consecințele sale în dezvoltarea instituțională a sistemului, a generat accentuarea decalajelor sociale între județe și comunități, între mediul urban și rural, între categorii de beneficiari diferențiați după vârstă, după gen, după etnie, după statut profesional etc. Nu a fost gândită o posibilitate de transfer financiar pentru comunitățile subdezvoltate, sărace, pentru a reduce deficitul de suport social și a stopa sau diminua polarizarea socială care s-a accentuat enorm. Suportul social insuficient pentru activizarea persoanele marginalizate, centrat pe reinsertia lor în muncă, într-o economie competițională de piață, slaba focalizare a sistemului pe acele categorii cu riscul cel mai ridicat de excluziune socială, prin stabilirea corectă a

priorităților din sistem, au fost obiective mult subestimate/minimalizate de politicile guvernamentale. S-a pierdut, astfel, și acea ultimă plasă de siguranță pentru supraviețuirea unei mari părți din populația vulnerabilă.

Unde s-a greșit în evaluarea problemelor sociale și a politicilor sociale? De ce situațiile limită de dependență a beneficiarilor de sistemul de ajutor nu s-au gestionat la timp și eficient? De ce s-au acumulat în sistem atâtea nemulțumiri, dezamăgiri, frustrări și conflicte, ignorate cu cinism de decidenți? Cine a subminat reformele structurale și dezvoltarea coerentă a sistemului de protecție și asistență socială? Acestea sunt doar câteva întrebări care apar în prim plan acum și solicită răspunsuri corecte în timp, la nivelul unor politici sociale constant-eficiente și de calitate.

Perioada tranziției și a crizei actuale a generat pentru România multe provocări sociale la care profesioniștii din domeniul științelor sociale au fost nevoiți să răspundă. Terapiile socio-umane propuse de specialiști și de factorii de decizie, pentru atenuarea șocului tranziției și a măsurilor de austeritate au fost însă mult prea slabe, dovedindu-se în timp ineficiente, în raport cu gravitatea nevoilor și a sacrificiului uman pe care populația l-a acceptat. De aceea, poate și intervenția specialiștilor în schimbarea socială a trebuit să se modifice în timp. Dacă la începutul tranziției, tehnologiile și instrumentele specializate de dezvoltare locală erau necristalizate, palide și apăreau mai mult ca un deziderat, acum proiectele locale/comunitare tind să preia majoritatea fondurilor destinate dezvoltării socio-umane și să reprezinte o alternativă viabilă în procesul schimbărilor structurale de la noi.

Din perspectivă sociologică, o privire de moment asupra configurației politicilor sociale și a celor de asistență socială promovate de guvernarea PDL, precum și a direcțiilor de acțiune pentru implementarea lor, reprezintă încă un punct nevralgic, critic în procesul actual al dezvoltării sociale, la noi. O dezbatere sociologică asupra problematicii sociale pe timp de criză are nevoie de o analiză serioasă de tip diagnostic a situației actuale sociale-economice-morale, culturale și politice, susținută prin studii complexe și cercetări diferențiate pe domenii sociale, capabile să descifreze punctual specificitatea variabilelor strategice ale schimbărilor în plan național, local și regional.

Modul în care sociologia, asistența socială trebuie să-și impună perspectiva de analiză și evaluare continuă a problemelor multiple cu care se confruntă comunitatea românească trebuie să fie una de tip gustian, centrată pe profilul distinct al nevoilor sociale și al direcțiilor-cadru de dezvoltare socială și umană, în condițiile unei societăți moderne. De aceea, din perspectivă sociologică, o modalitate eficientă de dezvoltare, regională, locală sau comunitară, evident, încurajată/susținută și de factorul politic, va trebui, cu necesitate, să fie de **tip cercetare-acțiune-schimbare**. Această

abordare, pentru a fi eficientă și durabilă în schimbările propuse, trebuie necesar dublată de o capacitate constantă de evaluare și monitorizare pe niveluri a construcțiilor socio-umane și a politicilor sociale ce stau la baza lor.

În ultimele decenii, principiul descentralizării a oferit o nouă abordare și soluționare a problemelor sociale și umane din sectorul public, mutând, într-o oarecare măsură, mecanismele publice de acțiune și intervenție de la nivel central la nivel local, în apropierea beneficiarului. Din păcate, acest principiu nu a fost fructificat cu toate oportunitățile lui pentru o schimbare în bine a comunităților. Din această perspectivă, **comunitatea locală, familia, tinde să devină, astfel, subiectul activ al rezolvării unei largi game de probleme cu care se confruntă.** Presupoziția centrală a acestei strategii este că orice comunitate, indiferent de gradul ei de dezvoltare, deține o serie de resurse importante, a căror utilizare rațională poate duce la rezolvarea în timp a nevoilor, în ordinea priorităților lor. Aici principiul fundat pe resurse umane și capacități de solidaritate este unul central. Fiecare persoană este caracterizată, în virtutea apartenenței la o comunitate, de o anumită propensiune pentru acțiuni de susținere colectivă. Resurse personale există și au existat întotdeauna. Actualizarea unei asemenea propensiuni este, de regulă, problematică și adesea inhibată de lipsa unor mecanisme eficiente de orientare activă către realizarea unor obiective de interes comun. Societatea modernă, caracterizată prin orientarea sa pragmatică centrată pe profit, are un deficit sever în sfera mecanismelor de creare și funcționare a unei culturi a solidarității sociale și a învățării „cum să construim împreună”. Acest deficit devine un factor important în limitarea mobilizării acelor resurse potențial orientate colectiv. În orice comunitate există însă și o largă gamă de capacități profesionale care pot fi utilizate în programele de interes comunitar. La acestea se adaugă și capacitățile productive care, în secundar, pot fi și ele folosite.

O altă idee interesantă, care rezultă din cercetările și studiile sociologice și de politici sociale, se referă la urgența depășirii abordării simpliste și adesea contraproductive sistemului de protecție socială, **de reducere a suportului social pentru categoriile defavorizate la beneficii de tip financiar.**

Dezvoltarea serviciilor de asistență socială atât cu rol de **sprijin/suport** pentru cei cu probleme de integrare, dar mai ales cu **funcție de prevenție** a marginalizării sociale, va trebui să ocupe un loc central în sistemul complex al protecției și asistenței sociale. Configurația dezvoltării serviciilor sociale ar necesita luarea în calcul a două direcții distincte:

- diversificarea lor în acord cu noile probleme sociale și cu profilul distinct al nevoilor ce apar și

- plasarea și centrarea lor pe familie și comunitate, în apropierea cerințelor concrete ale acestora.

În acest fel, serviciile de suport social se vor transforma într-un catalizator al parteneriatului local și al susținerii unei rețele comunitare de comunicare pozitivă a principalilor actori sociali implicați în dezvoltarea socială.

În ultimii ani, mediul academic și de cercetare, independent politic, s-a manifestat activ prin analiza noilor probleme sociale, economice și morale aduse de criză, prin formularea unor răspunsuri posibile, a unor sugestii pragmatice pentru reducerea riscurilor sociale, ajutând astfel la clarificarea direcțiilor de politică socială.

Acumulările masive de analize științifice de tip diagnoză socială, sistematic structurate, de cunoștințe și informații teoretice din perspective multiple interdisciplinare referitoare la apariția și consecințele crizei, elaborate în mediul academic independent politic, nu au fost însă fructificate de guvernanți ca posibile surse de elaborare a politicilor sociale în asistență socială și a construcției funcțiilor ei instituționale.

Politicile sociale de asistență socială, așa cum au evoluat până acum și cum se prefigurează în viitor, deși au contribuit la limitarea/stingerea unor fenomene explozive social, sunt departe de a oferi o soluție satisfăcătoare în procesul de incluziune socială a persoanelor și grupurilor defavorizate/marginalizate social. Oricum, relansarea economică ale cărei semne nu sunt încă evident vizibile, nu va fi de natură a absorbi într-un orizont satisfăcător de timp imensul cost social și uman al perioadei de criză de până acum. Va fi necesară dublarea ei de politici sociale active susținute constant de factorii politici de decizie. În acest sens, perspectiva sociologică și cea a asistenței sociale accentuează pe de o parte, nevoia unei strategii coerente de tip integrat, la nivel național, de prevenire și reducere a fenomenelor disruptive social dar și de perfecționare continuă a cadrelor sociale de viață. Pe de altă parte, România are nevoie acum, mai mult ca oricând, de dezvoltarea unor mecanisme locale, eficiente, de integrare și recuperare punctuală a celor în dificultate și de acțiuni comune orientate spre creșterea bunăstării individuale și colective.

Bibliografie

- Bauman, Z., 2001, *Comunitatea. Căutarea siguranței într-o lume nesigură*, Editura Antet, București.
- Beck, U., 1992, *Risk Society. Towards A New Modernity*, Sage Publications, London.
- Giddens, A., 2007, *Europa în epoca globală*, Editura Ziua, București.
- Zamfir, E., 1999, Sistemul serviciilor de asistență socială în România, în Zamfir, C. (coord.), *Politici sociale în România: 1990–1998*, Editura Expert, București.

- Zamfir, E., 2000, (coord.), *Strategii antisărăcie și dezvoltare comunitară*, Editura Expert, București.
- Zamfir, E., 2012, Asistența socială față în față cu societatea riscurilor, din perspectiva politicilor sociale europene, în *Revista Calitatea Vieții*, nr. 2,
- Zamfir, E., Zamfir, C., (coord.), 1995, *Politici sociale. România în context European*, Editura Alternative, București.
- *** Eurostat – Newsrelease 21/2012 – 8 februarie 2012.
- *** 2011, Eurostat, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=815&langId=en>
- *** 2011, Eurostat, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=815&langId=en>, Eurostat 2012,
- *** *Cartea Albă: O agendă pentru pensii adecvate, sigure și viabile*, Comisia Europeană, februarie 2012.
- Legea 292/2011 a asistenței sociale publicat în Monitorul Oficial, partea I nr. 905 din 20 decembrie 2011.
- Legea nr. 416/2001 *privind venitul minim garantat* publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 401 din 20 iulie 2001, modificată prin Legea nr. 115 din 2006, publicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 401 din 2006, prin OUG nr. 124/2011, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 928 din 30 decembrie 2011 și prin Legea nr. 166/2012, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 699 din 11 octombrie 2012.
- Legea 47/2006 *privind sistemul național de asistență socială* publicată în Monitorul Oficial nr. 239 din 16 martie 2006.
- Legea nr. 67/1995 *privind ajutorul social*, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr.131 din 29 iunie 1995.

PARTEA a II-a

STRUCTURA SISTEMULUI DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ

Cadrul normativ al asistenței sociale în România¹

LAVINIA ONICA CHIPEA

Normele cadru – legi generale ale asistenței sociale în sistemul de drept românesc

O analiză succintă a legislației românești adoptate după anul 1990 în domeniul asistenței sociale reliefează, într-o primă etapă, preocuparea legiuitorului pentru conturarea regimului juridic al diverselor beneficii și servicii sociale prin norme speciale adresate cu predilecție diferitelor categorii de persoane în dificultate, precum: Legea 61/1991 privind alocația de stat pentru copii, Legea 53/1992 privind protecția specială a persoanelor cu handicap și Legea 67/1995 privind ajutorul social.

Într-o etapă următoare însă, se constată orientarea firească a legiuitorului pentru conturarea cadrului normativ al asistenței sociale, prin adoptarea de norme generale, de drept comun în materia analizată, a căror menire va fi aceea de a stabili principiile și regulile generale de funcționare a sistemului. Astfel, Legea 705/2001 privind sistemul național de asistență socială stipulează expres că, consiliile județene, respectiv Consiliul General al Municipiului București, precum și consiliile locale ale municipiilor, orașelor și sectoarelor municipiului București, denumite consilii locale, înființează și organizează *serviciul public de asistență socială*. Înființarea urma a se realiza, până la data de 31 martie 2003, prin reorganizarea serviciilor publice cu atribuții în domeniu aflate în subordine, sau după caz a compartimentelor din aparatul propriu și prin redistribuirea personalului existent în cadrul acestora, urmând ca aceste dispoziții să nu fie aplicabile serviciilor publice pentru protecția copilului organizate la nivel județean. Serviciul public de asistență socială de la nivelul județelor, respectiv al municipiului București, avea rolul de a sigura aplicarea la acest nivel a politicilor și strategiilor de asistență socială în domeniul protecției familiei, persoanelor singure, persoanelor vârstnice, persoanelor cu handicap, precum și a oricărei persoane aflate în nevoie. Serviciul public local avea rolul de a identifica și de a soluționa problemele sociale ale comunității din domeniul protecției copilului, familiei, persoanelor singure, persoanelor vârstnice, persoanelor

¹ Unele fragmente au fost publicate în Onica Chipea L., *Dreptul securității sociale*, Editura ProUniversitaria, București, 2014, pp. 217-314.

cu handicap, precum și a oricăror persoane aflate în nevoie. Deci, domeniile în care serviciul public local desfășura activități erau: domeniul protecției copilului, domeniul protecției persoanelor adulte, domeniul instituțiilor de asistență socială publice sau private, domeniul finanțării asistenței sociale.

Adoptarea la 8 martie 2006 a Legii 47/2006 privind sistemul național de asistență socială a determinat abrogarea explicită a vechiului act normativ ce reglementa acest domeniu și anume Legea 705/2001. Noul act normativ pune bazele juridice ale unor noi instituții din domeniul asistenței sociale. Se creează astfel Observatorul Social, instituție publică cu personalitate juridică, ce funcționează ca organ de specialitate în directa coordonare a Ministerului Muncii Solidarității Sociale și Familiei având ca scop eficientizarea procesului de elaborare și implementare a politicilor sociale la nivel național. De asemenea, *Inspekția Socială* este organul de specialitate al administrației publice centrale, cu personalitate juridică, aflat tot în subordonarea Ministerului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei și care are ca scop implementarea legislației în domeniu, precum și inspectarea activității instituțiilor publice și private, responsabile cu furnizarea prestațiilor și serviciilor sociale. S-a înființat și *Agenția Națională pentru Prestații Sociale*, ca organ de specialitate cu personalitate juridică, în subordinea aceluiași minister, cu scopul creării unui sistem unitar privind administrarea procesului de acordare a prestațiilor sociale. Instituția nou creată își va desfășura activitatea prin structuri organizate în fiecare municipiu, reședință de județ, precum și în municipiul București.

Pentru asigurarea politicilor sociale în domeniul protecției copilului și familiei, Legea permite, de asemenea, autorităților administrației publice locale înființarea și organizarea de servicii publice de asistență socială.

În 2011, legiuitorul român adopta Legea 292/2011 a asistenței sociale care stabilește, în prezent, cadrul general de organizare, funcționare și finanțare a sistemului național de asistență socială în România. Actul normativ menționat a abrogat expres Legea 47/2006 privind sistemul național de asistență socială.

Potrivit dispozițiilor art.2 alin.1 din Legea 292/2011, sistemul național de asistență socială reprezintă „ansamblul de instituții, măsuri și acțiuni prin care statul, reprezentat de autoritățile administrației publice centrale și locale, precum și societatea civilă intervin pentru prevenirea, limitarea sau înlăturarea efectelor temporare ori permanente ale situațiilor care pot genera marginalizarea sau excluderea socială a persoanei, familiei, grupurilor ori comunităților”.

Sistemul național de asistență socială intervine subsidiar sau, după caz, complementar sistemelor de asigurări sociale și se compune din sistemul de beneficii de asistență socială și sistemul de servicii sociale.

Scopul asistenței sociale constă în dezvoltarea capacităților individuale, de grup sau colective pentru asigurarea nevoilor sociale, creșterea calității vieții și promovarea principiilor de coeziune și incluziune socială (art.2 alin.3 din Legea 292/2011). Dispozițiile legale instituie o serie de reguli care stau la baza măsurilor și acțiunilor de asistență socială și anume:

a) beneficiile de asistență socială și serviciile sociale să constituie un pachet unitar de măsuri corelate și complementare;

b) serviciile sociale trebuie să primeze față de beneficiile de asistență socială, în cazul în care costul acestora și impactul asupra beneficiarilor este similar;

c) să fie evaluate periodic din punctul de vedere al eficacității și eficienței lor pentru a fi permanent adaptate și ajustate la nevoile reale ale beneficiarilor;

d) să contribuie la inserția pe piața muncii a beneficiarilor;

e) să prevină și să limiteze orice formă de dependență față de ajutorul acordat de stat sau de comunitate.

Atât scopul asistenței sociale cât și regulile care stau la baza măsurilor și acțiunilor reglementate expres de dispozițiile Legii 292/2011 sunt în acord deplin cu dezideratul asistenței sociale, respectiv acela „de a nu transforma beneficiarii sistemului în asistați pe viață ci ai ajuta să se ajute singuri”, adică să-și dezvolte propriile capacități, care să le permită ulterior să se integreze în societate.

Potrivit dispozițiilor art. 4 alin.1 din Legea 292/2011, sunt beneficiari ai asistenței sociale, având deci dreptul la asistență socială care se acordă la cerere sau din oficiu, după caz, în conformitate cu prevederile legii (art.4 alin.3), următoarele categorii de persoane:

- cetățenii români care se află pe teritoriul României, au domiciliul sau reședința în România;
- cetățenii statelor membre ale UE, ai Spațiului Economic European și cetățenii Confederației Elvețiene;
- cetățenii străini și apatrizii care au domiciliul sau reședința în România, în condițiile legislației române, precum și ale reglementărilor UE și ale acordurilor și tratatelor la care România este parte.

Sistemul național de asistență socială se compune, așa cum am menționat anterior, din sistemul de beneficii de asistență socială și sistemul de servicii sociale.

Astfel, potrivit dispozițiilor art. 7 din lege, beneficiile de asistență socială reprezintă o formă de suplimentare sau de substituie a veniturilor individuale/familiale obținute din muncă, în vederea asigurării unui nivel de

traei minimal, precum și o formă de sprijin în scopul promovării incluziunii sociale și creșterii calității vieții anumitor categorii de persoane ale căror drepturi sociale sunt prevăzute expres de lege.

Legea 292/2011 identifică următoarele *categorii de beneficii de asistență socială* și anume:

- *beneficiile de asistență socială pentru prevenirea și combaterea sărăciei și riscului de excluziune socială*, categorie în care se includ:

- a) *ajutoare sociale* susținute din bugetul de stat, acordate focalizat, pentru categoriile de populație aflate în risc de sărăcie;

- b) *ajutoare sociale comunitare* susținute din bugetele locale, acordate focalizat, ca măsuri individuale de suport pentru depășirea unor situații de dificultate temporară;

- c) *ajutoare de urgență* susținute din bugetul de stat și/sau din bugetele locale, acordate pentru situații datorate calamităților naturale, incendiilor, accidentelor etc.;

- d) *burse sociale și ajutoare financiare* pentru facilitarea accesului la educație, susținute din bugetul de stat și/sau din bugetele locale;

- e) *ajutoare în natură*, alimentare și materiale, inclusiv cele acordate în cadrul programelor de sprijin educațional pentru copiii și tinerii proveniți din familii defavorizate, susținute din bugetul de stat și/sau bugetele locale, cum ar fi programe pentru suplimente alimentare (programul „Cornul și laptele”), rechizite (programul „Bani de liceu”) și alte materiale necesare în procesul de educație;

- f) *ajutorul acordat din bugetul de stat pentru refugiați*, precum și *persoanelor care au obținut protecție subsidiară în România*, în condițiile prevăzute de lege;

- g) *facilități* privind utilizarea mijloacelor de transport în comun, accesul la comunicare și informare, precum și alte facilități prevăzute de lege.

- *beneficiile pentru susținerea copilului și a familiei au în vedere nașterea, educația și întreținerea copiilor:*

- a) alocații pentru copii;

- b) alocații pentru copiii lipsiți, temporar sau permanent, de ocrotirea părinților;

- c) indemnizații pentru creșterea copiilor;

- d) facilități, în condițiile legii.

- *beneficii de asistență socială pentru sprijinirea persoanelor cu nevoi speciale*, acordate pentru asigurarea nevoilor de bază ale vieții și în scopul promovării și garantării exercitării de către acestea a drepturilor și libertăților fundamentale și participării depline la viața societății:

- a) alocații pentru persoanele cu dizabilități;

- b) indemnizații de îngrijire;

c) facilități, în condițiile legii.

Legea 292/2011, în art.14, instituie o modalitate nouă de stabilire a nivelurilor și cuantumurilor beneficiilor de asistență socială, în raport cu *indicatorul social de referință*, prin aplicarea unui *indice social de inserție*.

Indicele social de inserție (ISI) este coeficientul de multiplicare aplicabil indicatorului social de referință și se stabilește în raport cu tipul de familie, precum și cu scopul beneficiului de asistență socială.

Indicatorul social de referință (ISR) reprezintă unitatea exprimată în lei la nivelul căreia se raportează beneficiile de asistența socială, suportate din bugetul de stat, acordate atât în vederea asigurării protecției persoanelor în cadrul sistemului de asistența socială, cât și în vederea stimulării persoanelor beneficiare ale sistemului de asistența socială, pentru a se încadra în muncă. Valoarea ISR este cea prevăzută de Legea 76/2002 privind sistemul asigurărilor pentru șomaj și stimularea ocupării forței de muncă.

Nivelul beneficiilor de asistență socială cumulate de o persoană singură sau, după caz, de o familie nu poate depăși un coeficient raportat la valoarea indicatorului social de referință. Coeficientul se stabilește anual prin hotărâre a Guvernului.

Serviciile de asistență socială, cealaltă componentă a sistemului național de asistență socială, reprezintă activitatea sau ansamblul de activități realizate pentru a răspunde nevoilor sociale, precum și celor speciale, individuale, familiale sau de grup, în vederea depășirii situațiilor de dificultate, prevenirii și combaterii riscului de excluziune socială, promovării incluziunii sociale și creșterii calității vieții (art.27 alin.1).

Potrivit dispozițiilor art.28 din lege serviciile sociale au următoarele *trăsături*:

- sunt servicii de interes general;
- se organizează în forme sau structuri diverse, în funcție de specificul activității sau activităților derulate și de nevoile particulare ale fiecărei categorii de beneficiari;
- au caracter proactiv;
- presupun o abordare integrată a nevoilor persoanei, în relație cu situația socioeconomică, starea de sănătate, nivelul de educație și mediul social de viață al acesteia;
- pot avea o adresabilitate mai largă, la nivel de grup sau comunitate;
- se pot organiza și acorda în sistem integrat cu serviciile de ocupare, de sănătate, de educație, precum și cu alte servicii sociale de interes general, după caz.

Pot beneficia de servicii sociale (art.35):

- persoanele și familiile aflate în situații de dificultate, cu respectarea condițiilor prevăzute la art. 4;

- grupurile și comunitățile aflate în situații de dificultate beneficiază de servicii sociale, în cadrul programelor de acțiune comunitară destinate prevenirii și combaterii riscului de marginalizare și excluziune socială, aprobate prin hotărâri ale consiliilor județene sau locale.

Furnizorii de servicii sociale sunt persoane fizice sau juridice, de drept public ori privat (art.37).

Furnizori publici de servicii sociale pot fi:

a) structurile specializate din cadrul/subordinea autorităților administrației publice locale și autoritățile executive din unitățile administrativ-teritoriale organizate la nivel de comună, oraș, municipiu și sectoare ale municipiului București;

b) autoritățile administrației publice centrale ori alte instituții aflate în subordinea sau coordonarea acestora care au stabilite prin lege atribuții privind acordarea de servicii sociale pentru anumite categorii de beneficiari;

c) unitățile sanitare, unitățile de învățământ și alte instituții publice care dezvoltă, la nivel comunitar, servicii sociale integrate.

Furnizori privați de servicii sociale pot fi:

a) organizațiile neguvernamentale, respectiv asociațiile și fundațiile;

b) cultele recunoscute de lege;

c) persoanele fizice autorizate în condițiile legii;

d) filialele și sucursalele asociațiilor și fundațiilor internaționale recunoscute în conformitate cu legislația în vigoare;

e) operatorii economici, în condiții speciale, prevăzute de lege.

Pentru a acorda servicii sociale pe teritoriul României, *furnizorii de servicii sociale*, indiferent de forma lor juridică, trebuie *acreditați* în condițiile legii. De asemenea, *serviciile sociale* pot funcționa pe teritoriul României numai dacă sunt *acreditate*, în condițiile legii (art.38). Acreditarea furnizorilor, precum și a serviciilor sociale acordate de aceștia se reglementează prin lege specială. Serviciile sociale înființate de furnizorii de servicii sociale, publici sau privați, se organizează la nivel teritorial cu respectarea prevederilor Nomenclatorului serviciilor sociale, precum și a standardelor de calitate, regulilor generale de normare minimă de personal care stau la baza stabilirii standardelor de cost, reglementate de legislația specială.

Potrivit dispozițiilor Legii 292/2011 a asistenței sociale, art.104-120, *sistemul național de asistență socială este structurat, din punct de vedere instituțional, la două nivele și anume:*

- *la nivel central*, respectiv al administrației publice centrale prin *Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, Agenția Națională pentru Plăți, Inspekția Socială, Observatorul Social*

Național, Institutul Național de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă;

- *la nivel local, respectiv al administrației publice locale prin servicii publice de asistență socială.*

Legislația specială în domeniul asistenței sociale

Considerăm oportun a prezenta legislația specială din domeniul asistenței sociale, în dinamica ei, din anul 1990 și până în prezent, grupând actele normative adoptate de legiuitorul român pe următoarele dimensiuni:

- legislația din domeniul asistenței sociale care instituie beneficii și servicii de asistență socială destinate *prevenirii și combaterea sărăciei și riscului de excluziune socială;*
- legislația din domeniul asistenței sociale care instituie beneficii și servicii de asistență socială destinate *susținerii copilului și familiei;*
- legislația din domeniul asistenței sociale care instituie beneficii și servicii de asistență socială destinate *sprijinirii persoanelor cu nevoi speciale*, incluzând aici persoanele cu handicap și persoanele vârstnice.

A. În categoria beneficiilor de asistență socială destinate prevenirii și combaterii sărăciei și riscului de excluziune socială se includ și *ajutoare sociale* susținute din bugetul de stat, acordate focalizat, pentru categoriile de populație aflate în risc de sărăcie.

Primul act normativ destinat să stabilească regimul juridic al acestui beneficiu de asistență socială după anul 1990 a fost Legea 67/1995 *privind ajutorul social*. Adoptarea sa a constituit momentul în care s-a realizat o redistribuire a fondurilor destinate sprijinirii unor categorii mari de persoane (ajutoare pentru mamele cu mai mulți copii care în trecut se acordau pe viață tuturor femeilor care avuseseră în întreținere 3 sau mai mulți copii, indiferent de situația lor socio-economică) către persoanele sau familiile aflate într-o situație deosebit de gravă. De asemenea, în momentul respectiv, s-a hotărât indexarea celorlalte ajutoare acordate încă din 1980, dar devenite nesemnificative în timp din cauza inflației (ajutoarele pentru soțiile gravide ale militarilor în termen și ele beneficii destinate prevenirii și combaterii riscului de excluziune socială, ca beneficii materiale, indemnizațiile de naștere). Măsurile actului normativ au constituit un sprijin real pentru familiile cu un număr mare de copii – reprezentând de fapt prima măsură de ajutor care ținea cont de mărimea familiei. Act normativ menționat a avut însă și o serie de puncte slabe datorită modalităților concrete de acoperire a întregului segment al celor aflați în situații extrem de dificile, a metodologiei de control și evaluare a resurselor celui care solicita

ajutorul social, a numărului scăzut al personalului care urma să pună în aplicare legea (Zamfir, E. coord. 1997, p. 108).

În anul 2001, norma anterior menționată a fost abrogată prin dispozițiile *Legii 416/2001 a venitului minim garantat*, cu modificările și completările ulterioare, care instituie *venitul minim garantat* ca formă de asistență socială, un beneficiu non-contributiv selectiv, care se întemeiază pe *principiul solidarității sociale*, în cadrul unei politici naționale de asistență socială (art.1). El se acordă persoanelor sau familiilor cu venituri mici sau fără venituri, în situațiile și pe perioadele în care acestea nu pot să-și asigure, prin propriile eforturi, condițiile minime de trai.

În literatura juridică, ajutorul social a fost definit ca fiind „o formă de asistență socială ce se întemeiază pe principiul solidarității sociale și care se concretizează în acordarea unor sume de bani diferențiate familiei, în raport cu numărul de persoane care o compun, precum și persoanelor singure, cu venituri scăzute, sub un prag considerat ca minim garantat, finanțate de la bugetele locale și din venituri ale bugetului de stat” (Ticlea, Al., Georgescu, L., 2013, p.246).

Din definiția menționată rezultă următoarele *trăsături caracteristice ale ajutorului social*:

- este o formă de asistență socială, în speță un beneficiu de asistență socială selectiv, întemeiat pe principiul solidarității sociale;
- constă în plata lunară a unei sume de bani, care se suportă din bugetele locale și din sume primite de la bugetul de stat;
- beneficiarii săi sunt familiile și persoanele singure, fără venituri sau cu venituri insuficiente unui trai decent;
- scopul pentru care se acordă este acela de a asigura beneficiarilor un nivel minim garantat care să susțină existența persoanelor respective (Onica-Chipea L., 2014, pp.277-285).

B. În categoria beneficiilor destinate *susținerii copilului și familiei* se includ alocația de stat pentru copii precum și alocația pentru susținerea familiei.

Legislația din această sferă a asistenței sociale se completează în prezent cu dispozițiile speciale cuprinse în *Legea 272/2004* privind protecția și promovarea drepturilor copilului care conține dispoziții exprese care consacră o serie de măsuri și servicii speciale de protecție a drepturilor copilului precum și *HG 679/2003* privind condițiile de obținere a atestatului, procedurile de atestare și statutul asistentului maternal profesionist, măsură specială de protecție a drepturilor copilului.

I. Din perspectivă istorică, se constată faptul că suportul statului pentru familie și copil s-a diminuat treptat după 1970 dar a cunoscut o

scădere mai accentuată după 1980. În anul 1985, statul a încercat o reînnoire a politicii pro-nataliste și a emis Decretul Lege 410/1985 care acorda o serie de drepturi financiare de suport pentru familie și copil. *Alocația de stat pentru copil* era acordată unei categorii mai mari de beneficiari dar era inaccesibilă copiilor a căror părinți nu erau angajați ai întreprinderilor de stat, astfel încât nu primeau alocații de stat pentru copii părinții care erau angajați ai întreprinderilor meșteșugărești sau ai cooperativelor agricole de producție. De asemenea, au fost acordate *alocații financiare pentru soțiile militarilor în termen, gravide după luna a V-a de sarcină* și erau atribuite *alocații pentru mamele cu mulți copii*, respectiv alocații viagere pentru mamele care au avut în întreținere de la un număr de 3 copii în sus.

În calitatea sa de beneficiu necesar pentru susținerea copilului și a familiei în vedere nașterii, educației și întreținerii copiilor, alocația de stat pentru copii a fost instituită, după anul 1990, prin Legea 61/1993 *privind alocația de stat pentru copii*. Actul normativ menționat *consacră principiul universalității prestațiilor familiale*, această alocație acordându-se tuturor copiilor, în același cuantum pentru fiecare și fără a se ține cont de veniturile familiei (Țiclea, Al., Georgescu, L., 2013, p.303). Alocația de stat pentru copii este deci un beneficiu de asistență socială universal, acordat fără testarea mijloacelor de trai ale beneficiarului.

Astfel, potrivit legii, alocația de stat *este una dintre principalele prestații de asistență socială ce constă într-o sumă de bani pe care statul o acordă tuturor copiilor, fără nici o discriminare, în scopul acoperirii nevoilor de creștere și educarea ale acestora* (Țiclea, Al., Georgescu, L., 2013, p.303).

Trăsăturile caracteristice ale alocației de stat pentru copii:

- este un ajutor, o prestație în bani, a cărei semnificație este aceea de sprijin, de participare;
- este acordată de stat, plata făcându-se din bugetul de stat;
- se acordă familiilor cu copii, titularul acestui drept fiind copilul;
- are scopul de a acoperi nevoile de creștere și educare ale copiilor.
Potrivit dispozițiilor Legii 61/1993 beneficiază de alocație de stat:
- copiii cetățenilor străini și ai persoanelor fără cetățenie rezidenți, în condițiile legii, în România, dacă locuiesc împreună cu părinții (art.2);
- toți copiii în vârstă de până la 18 ani;
- tinerii care au împlinit vârsta de 18 ani și care urmează cursurile învățământului liceal sau postliceal, organizate în condițiile legii, până la terminarea acestora. Dacă aceștia repetă anul școlar, nu beneficiază de alocație de stat, cu excepția celor care repetă, din motive de sănătate, dovedite cu certificat medical (art.1 alin.2,3,4).

Cuantumul alocației de stat pentru copii se stabilește în raport cu indicatorul social de referință (ISR) astfel:

a) 0,4 ISR pentru copiii cu vârsta de până la 2 ani (sau de până la 3 ani, în cazul copilului cu handicap), respectiv 200 lei;

b) 0,084 ISR pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 2 ani și 18 ani, precum și pentru tinerii care au împlinit vârsta de 18 ani și care urmează cursurile învățământului liceal sau postliceal, până la terminarea acestora, respectiv 42 de lei;

c) 0,168 ISR pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 3 ani și 18 ani, în cazul copilului cu handicap, conform prevederilor art. 58 alin. (1) din Legea 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, respectiv 84 de lei.

Alocația de stat pentru copiii până la 2 respectiv 3 ani se cumulează cu indemnizația lunară, stimulentele lunare sau stimulentele de inserție. Alocația de stat pentru copii nu este impozabilă și nu poate fi urmărită silit, decât în vederea recuperării sumelor plătite necuvenit cu acest titlu (art.8).

Fondurile pentru plata alocației de stat pentru copii, precum și pentru cheltuielile cu administrarea și transmiterea drepturilor se asigură de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Muncii Familiei Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice (art.10 alin.1).

Titularul alocației de stat pentru copii este, potrivit legii, *copilul sau tânărul*, după caz, iar *beneficiarul* său este cel care încasează efectiv suma.

Astfel, *plata alocației* de stat pentru copii se face diferit, fie unui *reprezentant legal al copilului*, în situația în care acesta este lipsit de capacitate de exercițiu, *fie direct acestuia*, cu încuviințarea părintelui sau altui reprezentant legal ori fără încuviințare (în situația majorului) după cum urmează:

- *unuia dintre părinți* pe baza acordului acestora sau, în caz, de neînțelegere, pe baza deciziei autorității tutelare ori a hotărârii judecătorești, părintelui căruia i s-a încredințat copilul spre creștere și educare (art.4 alin.1 din Legea 61/1993);
- *tutorelui, curatorului, persoanei căreia i-a fost dat în plasament familial copilul*, inclusiv asistentului maternal sau persoanei căreia i-a fost încredințat copilul în vederea adopției, în condițiile legii (art.4 alin.2 din Legea 61/1993);
- după împlinirea vârstei de 14 ani, plata alocației de stat se poate face direct *titularului*, cu încuviințarea reprezentantului său legal (art.4 alin.4);
- pentru tinerii care au împlinit vârsta de 18 ani, plata alocației de stat se face *direct acestora*, pe baza de cerere (art.4 alin.5);

- pentru copiii pentru care s-a stabilit măsura de protecție specială, alocația de stat pentru copii se plătește numai *în cont personal* (art.4 alin.3). În cazul decesului, sumele cu titlu de alocație de stat se fac venit la bugetul de stat (art.4 alin.8).

Stabilirea dreptului de alocație de stat pentru copii se face pe baza *cererii și a actelor* din care rezultă îndeplinirea condițiilor de acordare a acestui drept.

Cererea se face în numele copilului, de către reprezentantul său legal, dacă copilul este lipsit de capacitate de exercițiu. Însă, după împlinirea de către copil a vârstei de 14 ani, cererea se poate face și de către copil, cu încuviințarea reprezentantului său legal.

Dreptul la alocația de stat pentru copii se stabilește începând cu luna următoare celei în care s-a născut copilul, iar plata drepturilor se face începând cu luna următoare depunerii cererii. Dacă însă cererea este înregistrată ulterior lunii în care s-a născut copilul, plata alocației de stat pentru copii se poate face și pentru perioadele anterioare, dar nu mai mult de 12 luni.

Dreptul la alocația de stat pentru copii încetează începând cu luna următoare celei în care nu mai sunt îndeplinite condițiile de acordare.

În cazul în care achitarea drepturilor de alocație de stat pentru copii se face prin mandat poștal, *plata acesteia se suspendă* dacă timp de 3 luni reprezentantul legal al copilului nu a încasat drepturile cu titlu de alocație de stat. Reluarea în plată, inclusiv cu plata drepturilor restante, se face pe baza de cerere scrisă întocmită de reprezentantul legal al copilului, care se înregistrează la agenția teritorială.

Plata alocației de stat pentru copii *se realizează prin mandat poștal, cont curent personal sau cont de card*. În cazul achitării drepturilor de alocație de stat în cont curent personal sau cont de card, agențiile teritoriale efectuează plata prin unitățile bancare, pe baza de borderou, cu plata unui comision bancar, care nu poate fi mai mare de 0,1% din drepturile achitate și va fi stabilit prin negociere, la nivel teritorial, între agențiile teritoriale și unitățile bancare (art.10 alin.2,3,4).

Persoanele cărora li se face plata alocației de stat pentru copii *sunt obligate să comunice orice schimbare în privința componenței familiei sau a domiciliului/reședinței* care poate determina încetarea sau modificarea acordării drepturilor de alocație pentru copii, în termen de cel mult 15 zile de la apariția acesteia, inclusiv situația în care cetățenii români își stabilesc rezidența în altă țară împreună cu copiii lor (art.7 alin.1).

Sumele plătite necuvenit cu titlu de alocație de stat pentru copii se recuperează pe baza deciziei emise de persoana juridică care a efectuat plata alocației de stat pentru copii sau prin angajamentul de plată scris al

persoanei care le-a încasat în mod necuvenit. Decizia prin care se recuperează sumele încasate necuvenit se comunică celui obligat la plată în termen de 15 zile de la emitere. Decizia de recuperare și angajamentul de plată constituie titlu executoriu de la data comunicării, respectiv de la data semnării (art.7 alin.3,4).

II. Literatura sociologică (Roth, M., 2000, pp. 69-82) definește sistemul de protecție a copilului ca reprezentând „acordarea de servicii acelor copii care nu pot atinge sau este puțin probabil să atingă, în lipsa unor servicii specializate, standardele acceptabile de sănătate, de calitate a vieții și de dezvoltare”.

Sistemul de protecție a copilului se adresează cu predilecție următoarelor categorii de copii: copii supuși abuzului; copii abandonati temporar sau definitive în instituții de protecție socială; copii aflați în adopție, plasament familial sau plasament într-o familie substitutivă; copii care necesită ocrotire specială din cauza unor boli cronice sau care prezintă diferite deficiențe: fizice, senzoriale, de intelect; copii care provin din familii cu situație materială precară; copii aparținând unor comunități sau minorități marginalizate; copii orfani de unul sau ambii părinți; copii victime ale calamităților natural, războaielor, etc.; copii ai căror părinți sunt plecați la muncă în străinătate.

În acest moment, serviciile sociale oferite copilului în România sunt guvernate de accepțiunea (filosofia) prevenirii instituționalizării și înlocuirea ei cu îngrijirea de tip alternativ (Zanca, R., 2010, p. 85).

Astfel, dispozițiilor Legii 292/2011 *privind asistența socială* prevăd că orice copil lipsit temporar sau definitiv de ocrotirea părinților săi are *dreptul la protecție alternativă*, care constă în instituirea tutelei, măsuri de protecție specială (respectiv plasamentul, plasamentul în regim de urgență și supravegherea specializată) și adopție (Romoșan, I., 2012, pp. 365-410; pp. 433-445; Mihăilă, O. 2010), reglementate de dispozițiile Legii 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului, respectiv de cele ale Legii 273/2004 privind regimul juridic al adopției.

Considerăm oportun a analiza în acest context *asistența maternală, ca măsură de protecție*, reglementată expres de dispozițiile HG 679/2003 *privind condițiile de obținere a atestatului, procedurile de atestare și statutul asistentului maternal profesionist* precum și *serviciile de protecție specială și măsurile de protecție specială a copilului*, reglementate de Legea 272/2004.

Profesia de asistent maternal profesionist este cea mai nouă din domeniul protecției copilului. În contextul dezinstituționalizării, ca direcție prioritară de acțiune, accentul pus pe extinderea rețelei de asistenți

maternali se înscrie în tendința actuală de dezvoltare a serviciilor sociale în România.

Potrivit dispozițiilor art.58 din Legea 272/2004, *plasamentul copilului este o măsură de protecție specială*, cu caracter temporar, care poate fi dispusă la o persoană sau familie, la un asistent maternal sau într-un serviciu de tip rezidențial.

Pornind de la regula potrivit căreia, la stabilirea măsurii plasamentului se va urmări plasarea copilului, cu prioritate, la familia extinsă sau la familia substitutivă, rezultă că plasamentul copilului la un asistent maternal profesionist poate fi instituit numai dacă se face dovada că au fost verificate toate posibilitățile de aplicare a regulii menționate iar acest lucru nu a fost posibil. Cu alte cuvinte, nici în familia extinsă și nici în cea substitutivă nu au fost identificate persoane care să poată exercita ocrotirea părintească, cu efecte benefice față de persoana minorului.

Pentru ca măsura plasamentului la un asistent maternal profesionist să devină viabilă, a fost adoptată HG 679/2003, care stabilește condițiile de obținere a atestatului, procedurile de atestare și statutul asistentului maternal profesionist.

În forma inițială, profesia de asistent maternal profesionist a fost reglementată prin OUG 26/1997 *privind protecția copilului în dificultate și prin că HG 218 din 1998 cu privire la condițiile de obținere a atestatului de asistent maternal profesionist abrogată ulterior prin HG 679 din 12 iunie 2003*, după modelul francez al asistenței maternale temporare. În comparație cu măsurile de protecție a copilului existente anterior acestui moment, respectiv instituțiile mari, de tip vechi, asistența maternală reprezenta un instrument valoros, permițând copiilor, care nu puteau fi reintegrați în familia naturală să se bucure de beneficiile unei vieți într-o familie (Moarcăș, Costea, C., A., 2013, p.233). Reforma în sistemul instituțional de protecție a copilului a început din anul 1990 iar adoptarea OUG 26/1997 a reprezentat un moment de referință. A urmat apoi anul 2004, când legiuitorul român a adoptat cele două acte normative importante pentru domeniu, respectiv Legea nr. 272 și Legea nr. 273 din anul menționat; treptat, casele de copii, instituții mamut în care se realiza protecția unui număr foarte mare de copii, în condiții inadecvate pentru o dezvoltare fizică și psihică normală, au fost transformate de centre de plasament, de dimensiuni mai mici, cu un număr rezonabil de copii, reorganizate după modelul caselor de tip familial.

Astfel, se poate constata că cele două acte normative coroborate pun bazele juridice ale noii alternative de protecție a copilului într-un cadru familial. Profesia este asimilată cu cea de „foster care” sau „*famille d'accueil*” (Alexiu, M. Clive, S. (coord.), 2000, p. 25) care este foarte răspândită în țări cu

experiență în protecția copilului și a fost introdusă în Nomenclatorul Funcțiilor și Ocupațiilor din România prin Ordinul comun al Ministerului Muncii și Protecției Sociale și Ministerul Educației Naționale, publicat în Monitorul Oficial al României nr.374 din 23.12.1997.

Plasamentul la un asistent maternal profesionist reprezintă deci o măsură alternativă de protecție a copilului, care preia avantajele ocrotirii în familie și a costurilor mai mici decât ale celor generate de îngrijirea într-o instituție (Onica-Chipea, L., 2007, pp.184-186).

Asistentul maternal profesionist *este persoana fizică, atestată în condițiile HG 679/2003, care asigură prin activitatea pe care o desfășoară la domiciliul său creșterea, îngrijirea și educarea, necesare dezvoltării armonioase a copiilor pe care îi primește în plasament sau în încredințare* (art.1).

Astfel, potrivit dispozițiilor art.2 alin.1 din HG 679/2003, pot fi atestate ca asistent maternal profesionist, numai persoanele care îndeplinesc următoarele condiții:

- a) au capacitate deplină de exercițiu;
- b) prin comportamentul lor în societate, starea sănătății și profilul lor psihologic, prezintă garanții pentru îndeplinirea corectă a obligațiilor care revin unui părinte, referitoare la creșterea, îngrijirea și educarea copiilor săi;
- c) au în folosință o locuință care acoperă necesitățile de preparare a hranei, igienă, educație și odihnă ale utilizatorilor săi, inclusiv cele ale copiilor care urmează a fi primiți în plasament sau în încredințare;
- d) au urmat cursurile de formare profesională organizate de serviciul public specializat pentru protecția copilului sau organismul privat autorizat, care efectuează evaluarea pentru acordarea atestatului de asistent maternal profesionist.

Nu poate fi asistent maternal profesionist (art.2 alin.2):

- a) persoana care a suferit o condamnare prin hotărâre judecătorească rămasă definitivă, pentru săvârșirea cu intenție a unei infracțiuni;
- b) părintele decăzut din drepturile părintești sau cel al cărui copil a fost declarat abandonat prin hotărâre judecătorească rămasă definitivă;
- c) persoana care suferă de boli cronice transmisibile.

Persoana care desfășoară o activitate salarizată, alta decât analizată, poate deveni asistent maternal profesionist numai cu condiția încetării contractului individual de muncă pe baza căruia își desfășoară respectiva activitate salarizată (art.2 alin.3).

Persoanele care solicită să devină asistent maternal profesionist vor adresa o cerere de evaluare a capacității lor serviciului public specializat

pentru protecția copilului din județul, respectiv sectorul municipiului București, pe teritoriul căruia își au domiciliul sau unui organism privat, autorizat să desfășoare activități de protecție a copilului.

Cererea va menționa în mod obligatoriu numărul de copii pentru care solicitantul consideră că poate asigura simultan condiții optime de îngrijire, grupa de vârstă și sexul acestora, disponibilitatea de a îngriji copii cu handicap/dizabilități, infecții HIV sau bolnavi SIDA. Cererea va cuprinde, de asemenea, și curriculum vitae al solicitantului, precum și motivele pentru care dorește să devină asistent maternal profesionist (art.3). Potrivit dispozițiilor legale, *cererea va fi evaluată de serviciul public specializat pentru protecția copilului sau de organismul privat autorizat*, în termen de 90 de zile de la data înregistrării. *Evaluarea cuprinde elementele sociale, psihologice și medicale ale capacității solicitantului*, care vor fi determinate prin (art.4 alin.2):

a) interviuri luate solicitantului și persoanelor cu care acesta locuiește de către un asistent social și de către un psiholog, prin care se determină profilul psihologic al solicitantului, motivația acestuia de a deveni asistent maternal profesionist și poziția persoanelor cu care acesta locuiește față de implicațiile desfășurării acestei activități;

b) vizite la domiciliul solicitantului, în scopul verificării îndeplinirii condiției prevăzute la art. 2 alin. (1) lit. c), respectiv aceea că au în folosință o locuință care acoperă necesitățile de preparare a hranei, igienă, educație și odihnă ale utilizatorilor săi, inclusiv cele ale copiilor care urmează a fi primiți în plasament sau în încredințare;

c) recomandări ale vecinilor, cunoscuților, rudelor solicitantului, precum și ale reprezentanților autorității publice locale de la domiciliul acestuia cu privire la comportamentul social al solicitantului;

d) orice investigații suplimentare care sunt considerate utile de evaluator.

Pe perioada evaluării solicitantului, serviciul public specializat pentru protecția copilului sau organismul privat, autorizat este obligat să organizeze pentru acesta cursuri de formare profesională ca asistent maternal profesionist, al căror cost va fi suportat de instituțiile menționate (art.4 alin.3, art.5 alin.2).

După efectuarea evaluării, solicitantul adresează comisiei pentru protecția copilului de la domiciliul său *o cerere de eliberare a atestatului* de asistent maternal profesionist care se va soluționa în termen de 15 zile de la data înregistrării ei.

Atestatul de asistent maternal profesionist se *eliberează pentru o perioadă de 3 ani*. Acesta va menționa datele de identitate ale titularului, durata de valabilitate a atestatului, numărul maxim de copii care pot fi

primiți simultan în plasament sau în încredințare, grupa de vârstă și sexul acestora, precum și capacitatea titularului de a îngriji copii cu handicap/dizabilități, infecțați HIV sau bolnavi SIDA (art.7 alin.1,2).

Plasamentul sau încredințarea unui număr de copii mai mare decât cel prevăzut în atestat este interzisă, cu excepția cazului în care copiii dați în plasament sau încredințați sunt frați (art.7 alin.3).

Atestatul poate fi reînnoit, suspendat sau retras de comisia pentru protecția copilului, la propunerea temeinic motivată a serviciului public specializat pentru protecția copilului sau a organismului privat autorizat care supraveghează activitatea asistentului maternal profesionist (art.7 alin.4).

Activitatea persoanelor atestate ca asistent maternal profesionist se desfășoară în baza unui *contract individual de muncă (art.8)*, care are un caracter special, specific protecției copilului, încheiat cu un serviciu public specializat pentru protecția copilului sau cu un organism privat autorizat, care are obligația supravegherii și sprijinirii activității desfășurate de asistenții maternali profesioniști.

Contractul individual de muncă se încheie pe perioada de valabilitate a atestatului. Executarea contractului individual de muncă începe pe data primei hotărâri de încredințare sau de plasament al unui copil asistentului maternal profesionist. Contractul individual de muncă se suspendă ori încetează în cazurile prevăzute de legislația muncii, precum și în cazul suspendării, retragerii sau încetării atestatului de asistent maternal profesionist.

Persoanele pensionate pentru limită de vârstă și care sunt atestate ca asistent maternal profesionist, își desfășoară activitatea pe baza unui contract individual de muncă încheiat, cumulând pensia cu venituri obținute din activitate profesională.

Pentru fiecare copil primit în plasament sau în încredințare, asistentul maternal profesionist încheie o convenție, cu angajatorul, care constituie anexă la contractul individual de muncă. Convenția se încheie cu acordul scris al soțului sau, după caz, al soției asistentului maternal profesionist și se notifică comisiei pentru protecția copilului care a hotărât plasamentul sau încredințarea copilului.

Convenția cuprinde următoarele *elemente (art.9)*:

a) informații referitoare la copil: identitatea, originea etnică și religioasă, situația sa personală, familială, socială și medicală, nevoile sale speciale;

b) motivele hotărârii de plasament sau de încredințare;

c) planul de aplicare și obiectivele plasamentului sau ale încredințării;

d) modalitățile de menținere a contactului între copil și părinții săi biologici și modul de pregătire a reintegrării copilului în familia sa naturală, în cazul plasamentului;

e) modul de pregătire a integrării copilului într-o familie adoptivă, în cazul încredințării;

f) modalitățile de supraveghere a activității asistentului maternal profesionist și de evaluare periodică a evoluției copilului primit în plasament sau încredințat;

g) drepturile și obligațiile specifice ale părinților.

Asistentul maternal profesionist are următoarele obligații privind copiii primiți în plasament sau încredințați (art.10 alin.1):

a) să asigure creșterea, îngrijirea și educarea copiilor, în vederea asigurării unei dezvoltări armonioase fizice, psihice, intelectuale și afective a acestora;

b) să asigure integrarea copiilor în familia sa, aplicându-le un tratament egal cu al celorlalți membri ai familiei;

c) să asigure integrarea copiilor în viața socială;

d) să contribuie la pregătirea reintegrării copiilor în familia lor naturală sau la integrarea acestora în familia adoptivă, după caz;

e) să permită specialiștilor serviciului public specializat pentru protecția copilului sau organismului privat autorizat, supravegherea activității sale profesionale și evaluarea evoluției copiilor;

f) să asigure continuitatea activității desfășurate și în perioada efectuării concediului legal de odihnă, cu excepția cazului în care separarea de copiii plasați sau încredințați pentru această perioadă este autorizată de către angajator;

g) să păstreze confidențialitatea informațiilor pe care le primește cu privire la copii.

Alte obligații legale ale asistenților maternali profesioniști sunt reglementate prin dispozițiile art.10 alin.2,3,4 ale actului normativ menționat, astfel:

- Asistenții maternali profesioniști au obligația să informeze de îndată serviciul public specializat pentru protecția copilului sau organismul privat autorizat care le supraveghează activitatea cu privire la orice schimbare survenită în situația lor personală, familială sau socială care ar putea să influențeze activitatea lor profesională;
- Asistenții maternali profesioniști au obligația să participe la cursurile de perfecționare organizate de angajatori;
- Asistentul maternal profesionist și persoanele cu care acesta locuiește au obligația să prezinte anual comisiei pentru protecția copilului, un certificat medical din care să rezulte că starea sănătății

lor permite continuarea desfășurării activității, cheltuielile legate de efectuarea analizelor medicale și de eliberarea certificatului medical, urmând a fi suportate de către angajator.

Comisia pentru protecția copilului poate decide suspendarea sau retragerea atestatului de asistent maternal profesionist, dacă nu mai sunt îndeplinite condițiile care au stat la baza eliberării acestuia sau dacă asistentul maternal profesionist nu respectă vreuna dintre obligațiile prevăzute de lege. Suspendarea sau retragerea atestatului de asistent maternal profesionist duce la suspendarea sau încetarea contractului individual de muncă și a convenției încheiate (art.11 alin.4,5).

Legea 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului reglementează, într-un capitol distinct, protecția specială a copilului lipsit, temporar sau definitiv, de ocrotirea părinților săi. Înainte de abrogare sa prin Legea 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului, OUG 26/1997 privind protecția copilului în dificultate stabilea măsuri de protecție a acestuia și asigură aplicarea lor corespunzătoare prin serviciul public pentru protecția copilului sau printr-un organism privat autorizat să desfășoare activități de protecție a acestuia: încredințarea copilului unei familii, unei persoane sau unui organism privat autorizat; încredințarea copilului în vederea adopției; încredințarea provizorie a copilului către serviciul public specializat; plasamentul copilului la o familie sau la o persoană; plasamentul copilului la un serviciu public specializat sau organism privat autorizat; plasamentul copilului în regim de urgență; plasamentul copilului la o familie asistată.

Astfel, *protecția specială a copilului* reprezintă ansamblul măsurilor, prestațiilor și serviciilor, destinate îngrijirii și dezvoltării copilului lipsit, temporar sau definitiv, de ocrotirea părinților săi sau a celui care, în vederea protejării intereselor sale, nu poate fi lăsat în grija acestora (art.50).

Momentul până la care copilul beneficiază de protecția specială este acela al *dobândirii capacității depline de exercițiu*. La cererea tânărului, exprimată după dobândirea capacității depline de exercițiu, dacă își continuă studiile într-o formă de învățământ de zi, protecția specială se acordă, în condițiile legii, pe toată durata continuării studiilor, dar fără a se depăși vârsta de 26 de ani.

Tânărul care a dobândit capacitate deplină de exercițiu și a beneficiat de o măsură de protecție specială, dar care nu își continuă studiile și nu are posibilitatea revenirii în propria familie, fiind confruntat cu riscul excluderii sociale, beneficiază, la cerere, pe o perioadă de până la 2 ani, de protecție specială, în scopul facilitării integrării sale sociale.

Dacă însă se face dovada că tânărului i s-au oferit un loc de muncă și/sau locuință, iar acesta le-a refuzat ori le-a pierdut din motive imputabile lui, în mod succesiv, cel în cauză nu mai beneficiază de dispozițiile

menționate (art.51, alin.3). Această prevedere este în acord cu dispozițiile art. 9 alin.7 din Legea 292/2011 a cărei menire este aceea de a stimula inserția beneficiarilor de măsuri de asistență socială pe piața muncii.

Dispozițiile Legii 272/2004 fac distincția între *servicii de protecție specială și măsuri de protecție specială a copilului*.

Astfel, pentru prevenirea separării copilului de părinții săi, precum și pentru realizarea protecției speciale a copilului separat, temporar sau definitiv, de părinții săi, se organizează și funcționează următoarele *tipuri de servicii* (art.107 alin.1):

- a) *servicii de zi;*
- b) *servicii de tip familial;*
- c) *servicii de tip rezidențial*

Prin *servicii de zi* se înțelege acele servicii prin care se asigură menținerea, reafacerea și dezvoltarea capacităților copilului și ale părinților săi, pentru depășirea situațiilor care ar putea determina separarea copilului de familia sa.

Accesul la aceste servicii se realizează în baza *planului de servicii* (conform prevederilor art. 4 lit. e, *planul de servicii* este documentul prin care se realizează planificarea acordării serviciilor și a prestațiilor, pe baza evaluării psihosociale a copilului și a familiei, în vederea prevenirii separării copilului de familia sa) sau, după caz, a *planului individualizat de protecție* (conform prevederilor art.4 lit.f, *planul individualizat de protecție* reprezintă documentul prin care se realizează planificarea serviciilor, prestațiilor și a măsurilor de protecție specială a copilului, pe baza evaluării psihosociale a acestuia și a familiei sale, în vederea integrării copilului care a fost separat de familia sa într-un mediu familial stabil permanent, în cel mai scurt timp posibil), reglementate de lege.

Serviciile de tip familial sunt acele servicii prin care se asigură, la domiciliul unei persoane fizice sau familii, creșterea și îngrijirea copilului separat, temporar sau definitiv, de părinții săi, ca urmare a stabilirii în condițiile legii a măsurii plasamentului.

Serviciile de tip rezidențial sunt acele servicii prin care se asigură protecția, creșterea și îngrijirea copilului separat, temporar sau definitiv, de părinții săi, ca urmare a stabilirii în condițiile legii, a măsurii plasamentului.

Din categoria serviciilor de tip rezidențial fac parte: *centrele de plasament, centrele de primire a copilului în regim de urgență, precum și centrele maternale*.

Articolul 55 din Legea 272/2004 stipulează expres că *măsurile de protecție specială a copilului* sunt:

- a) *plasamentul;*
- b) *plasamentul în regim de urgență;*

c) supravegherea specializată.

De măsurile de protecție specială *beneficiază* (art.56):

a) copilul ai cărui părinți sunt decedați, necunoscuți, decăzuți din exercițiul drepturilor părintești sau cărora li s-a aplicat pedeapsa interzicerii drepturilor părintești, puși sub interdicție, declarați judecătorește morți sau dispăruți, când nu a putut fi instituită tutela;

b) copilul care, în vederea protejării intereselor sale, nu poate fi lăsat în grija părinților din motive neimputabile acestora;

c) copilul abuzat sau neglijat;

d) copilul găsit sau copilul abandonat de către mamă în unități sanitare;

e) copilul care a săvârșit o faptă prevăzută de legea penală și care nu răspunde penal.

Măsurile de protecție specială a copilului se stabilesc și se aplică în baza planului individualizat de protecție (art.53 alin.1).

Plasamentul copilului constituie o măsură de protecție specială, având caracter temporar, care poate fi dispusă la (art.58 alin.1):

a) o persoană sau familie;

b) un asistent maternal;

c) un serviciu de tip rezidențial.

Sintagma „familiar foster”, prelate după modelul Marii Britanii și cel din alte țări occidentale, reprezintă în România familia de plasament, adică „familia atestată de autoritățile competente și pregătită să ofere protecție copilului în dificultate, plasat sau încredințat pe o durată determinată de timp” (Petre, N., 2002, p.332).

Persoana sau familia care primește un copil în plasament trebuie să *aibă domiciliul în România și să fie evaluată de către direcția generală de asistența socială și protecția copilului.*

De asemenea, familia care va lua un copil în plasament trebuie să *prezinte o serie de garanții* pentru dezvoltarea adecvată a copilului respectiv: garanții materiale și financiare, garanții educaționale și pedagogice, garanții legate de comunicare și aspectul relațional, garanții privind starea de sănătate. De asemenea, este necesară crearea unei atmosfere de transparență din partea familiei substitutive, prin acceptarea controlului și a monitorizării din partea serviciilor specializate (Zanca, R., 2010, p.85). Pe toată durata plasamentului, domiciliul copilului se află, după caz, la persoana, familia, asistentul maternal sau la serviciul de tip rezidențial care îl are în îngrijire.

Plasamentul copilului care nu a împlinit *vârsta de 2 ani poate fi dispus numai la familia extinsă sau substitutivă*, plasamentul acestuia într-un

serviciu de tip rezidențial fiind interzis. Prin excepție de la prevederile menționate, se poate dispune plasamentul într-un serviciu de tip rezidențial al copilului mai mic de 2 ani, în situația în care acesta prezintă handicapuri grave, cu dependență de îngrijiri în servicii de tip rezidențial specializate.

La stabilirea măsurii de plasament se vor avea în vedere următoarele *principii* (art.60 alin.3):

a) plasarea copilului, cu prioritate, la familia extinsă sau la familia substitutivă;

b) menținerea fraților împreună;

c) facilitarea exercitării de către părinți a dreptului de a vizita copilul și de a menține legătura cu acesta.

Măsura plasamentului se stabilește de către comisia pentru protecția copilului, în situația în care există acordul părinților, respectiv de către instanța judecătorească, la cererea direcției generale de asistență socială și protecția copilului, în alte situații (art.61).

Plasamentul copilului în regim de urgență este o măsură de protecție specială, cu caracter temporar, care se stabilește în situația copilului abuzat sau neglijat, precum și în situația copilului găsit sau a celui abandonat în unități sanitare (art.64 alin.1).

Măsura plasamentului în regim de urgență se stabilește de către directorul direcției generale de asistență socială și protecția copilului din unitatea administrativ-teritorială în care se găsește copilul găsit sau cel abandonat de către mamă în unități sanitare ori copilul abuzat sau neglijat, în situația în care nu se întâmpină opoziție din partea reprezentanților persoanelor juridice, precum și a persoanelor fizice care au în îngrijire sau asigură protecția copilului, respectiv de către instanța judecătorească, în celelalte situații.

Măsura de supraveghere specializată se dispune în condițiile legii față de copilul care a săvârșit o faptă penală și care nu răspunde penal. În cazul în care există acordul părinților sau al reprezentantului legal, măsura supravegherii specializate se dispune de către comisia pentru protecția copilului, iar, în lipsa acestui acord, de către instanța judecătorească. (art.67)

În categoria beneficiilor destinate susținerii familiei și copilului se include și *alocația pentru susținerea familiei*, reglementată de Legea 277/2010 care a abrogat vechea reglementare, respectiv OUG 105/2003 privind alocația familială complementară și alocația de susținere pentru familia monoparentală

Potrivit dispozițiilor legale menționate (art.1 din Legea 277/2010) alocația pentru susținerea familiei este o formă de sprijin pentru familiile cu venituri reduse care au în creștere și îngrijire copii în vârstă de până la 18 ani și are drept scop atât completarea veniturilor familiilor în vederea asigurării

unor condiții mai bune pentru creșterea, îngrijirea și educarea copiilor, cât și stimularea frecventării de către copiii de vârstă școlară, aflați în îngrijirea familiilor cu venituri reduse, a cursurilor unei forme de învățământ, organizate potrivit legii.

Deci, alocația pentru susținerea familiei reprezintă un beneficiu de asistență socială, non-contributiv, selectiv, bazat pe testarea mijloacelor de trai ale persoanei singure sau familiei, având caracter familial și urmărind sprijinirea familiilor cu copii.

Beneficiază de alocație pentru susținerea familiei:

- *familia* formată din soț, soție și copiii aflați în întreținerea acestora, care locuiesc împreună;

Termenul familie înseamnă, în accepțiunea dispozițiilor art.2 alin.3, bărbatul și femeia necăsătoriți, cu copiii lor și ai fiecăruia dintre ei, care locuiesc și gospodăresc împreună, dacă aceasta se consemnează în ancheta socială.

- *familia monoparentală* formată din persoana singură și copiii aflați în întreținerea acesteia și care locuiesc împreună cu aceasta.

Prin persoană singură se înțelege persoana care se află în una dintre următoarele situații (art.3):

a) este necăsătorită;

b) este văduvă;

c) este divorțată;

d) are soțul/soția declarat/declarată dispărut/dispărută prin hotărâre judecătorească;

e) are soțul/soția arestat/arestată preventiv pe o perioadă mai mare de 30 de zile sau execută o pedeapsă privativă de libertate și nu participă la întreținerea copiilor;

f) nu a împlinit vârsta de 18 ani și se află în una dintre situațiile prevăzute la lit. a) – e);

g) a fost numită tutore sau i s-au încredințat ori i s-au dat în plasament unul sau mai mulți copii și se află în una dintre situațiile prevăzute la lit. a) – c).

Sunt considerați ca făcând parte din familie, beneficiară de alocație familială, și copiii încredințați în vederea adopției, cei aflați în plasament la o persoană sau familie ori pentru care s-a instituit tutela, potrivit legii (art.4 alin.1).

De asemenea, *asistentul maternal profesionist beneficiază* de alocație doar pentru copiii săi, luându-se în considerare la stabilirea dreptului toate veniturile realizate de membrii familiei, cu excepția celor provenite din alocațiile de plasament și alte sume acordate asistentului maternal pentru acoperirea cheltuielilor lunare, în condițiile legii (art.4 alin.2).

Alocația pentru susținerea familiei *se acordă* (art.7):

- familiilor ai căror membri sunt cetățeni români care au domiciliul sau reședința în România, precum și cetățeni ai altor state ori apatrizi care au domiciliul sau, după caz, reședința în România, în condițiile legislației române;
- persoanele fără domiciliu sau reședință și fără locuință, pe baza declarației pe propria răspundere că nu au solicitat alocația de la alte primării.

Legea 277/2010 instituie expres *două condiții* pentru obținerea acestui beneficiu, condiții care decurg din scopul său, respectiv:

- *venitul net mediu lunar pe membru de familie* (inclusiv în cazul familiei monoparentale) să se situeze peste 0,40 ISR și până la 0,740 ISR inclusiv;
- *frecventarea cursurilor* de către copiii care fac parte din familiile beneficiare de alocație familială.

În acest sens prevederile art. 8 din Legea 277/2010 stipulează expres că, familiile care au în întreținere copii de vârstă școlară, beneficiază de alocație în condițiile în care copiii *frecventează fără întrerupere* cursurile unei forme de învățământ organizate potrivit legii, cu excepția celor care le întrerup din motive medicale, și nu înregistrează absențe nemotivate în cursul unui semestru care să conducă la scăderea sub 8 a notei la purtare.

Pentru familiile care au în întreținere copii de vârstă școlară cu handicap grav sau accentuat și care nu frecventează o formă de învățământ, organizată în condițiile legii, alocația se acordă cu condiția prezentării certificatului de încadrare într-un grad de handicap și a dovezii, eliberate de către secretariatele comisiilor pentru protecția copilului din cadrul direcțiilor generale de asistență socială pentru protecția copilului județene, respectiv ale sectoarelor municipiului București sau de către Serviciul de evaluare complexă din cadrul direcțiilor de asistență socială, prin care se atestă faptul că respectivul copil nu poate fi înscris în nicio formă de învățământ, prevăzută de lege.

Dacă există în familie cel puțin un copil pentru care nu se poate face dovada frecventării cursurilor școlare, va deveni imposibilă acordarea alocației pentru toți membrii familiei (Ene, Șt., Enache, S., 2012, p.150).

Cuantumul alocației pentru susținerea familiei se acordă *în funcție de veniturile familiei și de numărul copiilor din familie* și prin raportare la indicatorul social de referință.

- *Situația familiilor formate din soț, soție și copii aflați în întreținerea acestora, care locuiesc împreună* (art.5):

Pentru familiile care au un venit net mediu lunar pe membru de familie *de până la 0,40 ISR inclusiv*, legea stabilește cuantumul alocației astfel:

- a. 0,06 ISR pentru familia cu un copil;
- b. 0,12 ISR pentru familia cu 2 copii;
- c. 0,18 ISR pentru familia cu 3 copii;
- d. 0,24 ISR pentru familia cu 4 sau mai mulți copii.

Pentru familiile care au un venit net mediu lunar pe membru de familie *peste 0,40 ISR și până la 0,740 ISR inclusiv*, legea stabilește un cuantum al alocației astfel:

- a. 0,05 ISR pentru familia cu un copil;
- b. 0,1 ISR pentru familia cu 2 copii;
- c. 0,15 ISR pentru familia cu 3 copii;
- d. 0,2 ISR pentru familia cu 4 sau mai mulți copii.

- *Situația familiilor monoparentale (art.6):*

Pentru familiile care au un venit net mediu lunar pe membru de familie *de până la 0,40 ISR inclusiv*, legea stabilește cuantumul alocației astfel:

- a. 0,1 ISR pentru familia cu un copil;
- b. 0,2 ISR pentru familia cu 2 copii;
- c. 0,3 ISR pentru familia cu 3 copii;
- d. 0,4 ISR pentru familia cu 4 sau mai mulți copii.

Pentru familiile care au un venit net mediu lunar pe membru de familie *peste 0,40 ISR și până la 0,740 ISR inclusiv*, legea stabilește un cuantum al alocației astfel:

- a. 0,09 ISR pentru familia cu un copil;
- b. 0,18 ISR pentru familia cu 2 copii;
- c. 0,27 ISR pentru familia cu 3 copii;
- d. 0,36 ISR pentru familia cu 4 sau mai mulți copii.

Pentru copiii de vârstă școlară din familiile beneficiare de alocație pentru susținerea familiei, inspectoratul școlar are obligația să transmită agenției teritoriale, în luna următoare încheierii semestrului școlar, situația privind frecventarea cursurilor de către acești copii. Situația se transmite electronic în formatul convenit cu agențiile teritoriale și va conține, în mod obligatoriu, numele, prenumele, codul numeric personal ale copiilor și reprezentanților familiei, adresa de domiciliu sau reședință și numărul de absențe înregistrate.

În cazul în care se constată absențe nemotivate pe parcursul unui semestru școlar, cuantumul alocației se diminuează proporțional cu numărul absențelor, după cum urmează:

- a. cu câte 20% pentru fiecare copil care înregistrează un număr de maximum 10 absențe;
- b. cu câte 50% pentru fiecare copil care înregistrează un număr de maximum 20 de absențe. (art.28 alin.1 și 2 din Legea 277/2010)

În situația în care unul dintre copii finalizează cursurile învățământului general obligatoriu și nu a împlinit vârsta de 18 ani sau unul dintre copii repetă anul școlar din alte motive decât cele medicale, acesta este luat în calcul la stabilirea venitului mediu net lunar al familiei, dar este exclus din numărul de copii ai familiei avut în vedere la acordarea dreptului, iar alocația se va acorda corespunzător numărului de copii din familie care îndeplinesc condițiile prevăzute de lege (art.28 alin.3). Deci alocația tânărului care repetă anul școlar din motive medicale sau venitul pe care îl realizează acesta (dacă realizează venituri) vor fi luate în calcul la stabilirea venitului mediu lunar pe membru de familie în vederea stabilirii dreptului la alocație familială (Ene, Șt., Enache, S., 2012, p.145).

Titularul dreptului la alocație pentru susținerea familiei este reprezentantul familiei iar beneficiarul său este familia cu copii.

Alocația se acordă pe bază de *cerere și declarație pe propria răspundere* însoțită de *actele doveditoare* privind componența familiei, veniturile acesteia și, după caz, privind frecventarea cursurilor școlare de către copiii aflați în întreținere.

Cererile pentru stabilirea și acordarea alocației se întocmesc de reprezentantul familiei și se înregistrează, împreună cu documentele menționate anterior, la (art.11):

- primăria comunei, orașului, municipiului sau, după caz, a sectorului municipiului București în a cărei rază teritorială își are domiciliul sau reședința familia, inclusiv în cazul cetățenilor străini și a apatrizilor;
- primăria comunei, orașului, municipiului sau, după caz, a sectorului municipiului București în a cărei rază teritorială trăiesc familiile care nu au locuință de domiciliu sau reședință stabilită ori sunt fără locuință (adică fără o locuință principală sau secundară, în condițiile legii).

Reprezentantul familiei este:

- *persoana cu capacitate de exercițiu deplină din cadrul familiei, care se stabilește de comun acord de cei doi soți sau în caz de neînțelegere de autoritatea tutelară sau persoana singură, în cazul familiei monoparentale;*
- *un reprezentant sau ocrotitor legal al persoanei lipsite de capacitate de exercițiu.*

Declarația pe proprie răspundere trebuie însoțită, așa cum am menționat anterior, de acte doveditoare privind componența familiei, veniturile acesteia și, după caz, privind frecventarea cursurilor școlare de către copiii aflați în întreținere.

Componența familiei, filiația copiilor și situația lor juridică față de reprezentanții legali se dovedesc cu livretul de familie iar pentru situațiile în

care nu este eliberat livretul de familie sau pentru cele care nu sunt evidențiate în livretul de familie, reprezentantul familiei prezintă, în mod obligatoriu, actele doveditoare necesare (art.13).

La stabilirea veniturilor pe baza cărora se acordă alocația se iau în considerare toate veniturile pe care membrii familiei le realizează sau, după caz, le-au realizat în ultima lună înainte de solicitarea dreptului, așa cum acestea sunt prevăzute de Legea 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare. În situația în care familia locuiește și gospodărește împreună cu alte familii sau persoane, la stabilirea dreptului la alocație se iau în considerare numai partea ce revine de drept din veniturile lunare nete, realizate în comun de persoanele din gospodărie, precum și sumele reprezentând obligații legale de întreținere față de copiii pentru care se solicită dreptul și/sau, după caz, față de părinții acestora (art.14).

În vederea stabilirii dreptului la alocație familială, actul normativ stabilește obligația *primarului de a dispune evaluarea socio-economică a familiei, prin anchetă socială*, în termen de 15 zile de la data înregistrării cererii (art.16 alin.1).

Ancheta socială se efectuează de către personalul serviciului public de asistență socială din subordinea consiliului local sau, după caz, de către personalul din compartimentul cu atribuții în domeniul asistenței sociale din aparatul de specialitate al primarului. Răspunderea asupra conținutului anchetei sociale revine atât persoanelor care au efectuat ancheta socială cât și primarului.

În cazul în care solicitantul refuză să furnizeze informațiile necesare pentru întocmirea anchetei sociale, se consideră că familia acestuia nu îndeplinește condițiile de acordare a alocației (art.16 alin.4). Primarii dispun efectuarea de anchete sociale la interval de 6 luni sau ori de câte ori este nevoie, pentru a se verifica respectarea condițiilor de acordare a alocației. (art.26 alin.1)

Stabilirea dreptului la alocație și a cuantumului acesteia se face *prin dispoziție scrisă* a primarului. În termen de 5 zile de la efectuarea anchetei sociale, primarul are obligația să comunice solicitanților dispoziția de acordare a dreptului sau respingerea cererii (art.17).

Dreptul la alocație se acordă începând cu luna următoare înregistrării cererii (art.18). *Plata alocației se realizează lunar* de către agențiile teritoriale pe bază de mandat poștal sau, după caz, în cont curent personal sau în cont de card, începând cu luna următoare celei pentru care s-a stabilit dreptul, prin decizie a directorului, ce are la bază dispoziția primarului, privind acordarea dreptului la alocație. (art.20, 21).

Titularul/beneficiarii alocației pentru susținerea familiei au, potrivit legii, următoarele *obligații*:

- În cazul în care intervin modificări cu privire la componența familiei și/sau a veniturilor realizate de membrii acesteia, *titularul alocației are obligația ca, în termen de maximum 10 zile, să comunice în scris primarului modificările intervenite* (art.24 alin.1).
- Titularul alocației depune la primăria comunei, orașului, municipiului ori, după caz, a sectorului municipiului București în a cărei rază teritorială își are domiciliul sau reședința familia, *din 3 în 3 luni după stabilirea dreptului la alocație, o declarație pe propria răspundere privind componența familiei și veniturile realizate de membrii acesteia*, al cărei model este stabilit prin normele metodologice de aplicare a legii. Neîndeplinirea acestei obligații determină suspendarea plății alocației (art.25 alin.2).
- Începând cu anul 2012, pentru menținerea dreptului la *alocație familiile beneficiare cu drepturi stabilite de cel puțin 6 luni, trebuie să își achite obligațiile legale față de bugetul local pentru bunurile pe care le dețin în proprietate*, conform prevederilor Legii 571/2003 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare (art.29¹). Autoritățile administrației publice pot să aprobe scutiri, reduceri, eșalonări sau amânări la obligațiile de plată față de bugetele locale pentru beneficiarii drepturilor prevăzute de lege.

Conform prevederilor art.29 din Legea 277/2010, plata alocației se suspendă în luna următoare celei în care se constată una dintre următoarele situații:

a) pe perioada plasamentului sau plasamentului în regim de urgență într-un serviciu de tip rezidențial, pentru a se evita acordarea mai multor beneficii din partea statului pentru același risc social;

b) agenția teritorială constată că dreptul la alocație a fost stabilit pe baza unor date eronate privind componența familiei ori veniturile realizate sau pe parcursul acordării au intervenit modificări ale acestora;

c) pe o perioadă de 3 luni consecutive se înregistrează mandate poștale returnate pentru titularul alocației;

d) absențele înregistrate și nemotivate de un copil din familia beneficiară depășesc numărul de 20.

e) familiile beneficiare nu au îndeplinit obligația prevăzută la art. 24 alin. (1);

f) familiile beneficiare nu au îndeplinit obligația prevăzută la art. 29¹;

g) în urma controlului efectuat de inspectorii sociali sau de reprezentanți ai Curții de Conturi a României s-au constatat date eronate cu privire la componența familiei sau a veniturilor beneficiarilor.

Dreptul la alocație încetează în luna următoare celei în care beneficiarul nu mai îndeplinește condițiile prevăzute de lege (art.30).

Alocația este o formă de sprijin cu destinație specială, acordată din bugetul de stat, și nu se ia în considerare la stabilirea obligațiilor legale de plată și se supune executării silită, în condițiile dispozițiilor privind executarea silită a creanțelor bugetare, numai pentru recuperarea sumelor plătite necuvenit cu acest titlu (art.36).

Fondurile pentru plata alocației, precum și pentru cheltuielile cu transmiterea dreptului la alocație se asigură de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale. Cheltuielile administrative pentru verificarea îndeplinirii condițiilor și stabilirea drepturilor la alocație se suportă din bugetul local al unităților administrativ-teritoriale (art.37).

I. Legislația din domeniul asistenței sociale care instituie beneficii și servicii destinate *sprijinirii persoanelor cu nevoi speciale* include normele de drept referitoare la asistența socială a persoanelor cu handicap și a persoanelor vârstnice.

În perioada 1990-1997 statul acordă o atenție deosebită protecției speciale a persoanelor cu handicap. Astfel, în 1990 a fost înființat *Secretariatul de Stat pentru Handicapați*, ca organism central în subordinea Guvernului cu atribuții în elaborarea strategiei Guvernului în domeniul protecției persoanelor cu handicap, iar în anul 1992 a fost aprobată *Legea 53 privind protecția specială a acestei categorii de persoane*. Pe lângă o serie de facilități de natură financiară (gratuități sau reduceri la transport, telefon, cuantum dublu al alocației pentru copii, bilete de tratament, etc.) se acordă o atenție specială sprijinirii familiilor pentru îngrijirea copilului cu handicap prin acordarea, de exemplu pentru mame, a unui concediu medical pentru îngrijirea copilului bolnav, cu handicap, până la 18 ani (Zamfir, E. (coord.), 1997, p.109). Din păcate, atât noul organism creat cât și drepturile stipulate de noul act normativ adoptat pentru protecția specială a persoanelor cu handicap nu au putut să satisfacă nevoia în acest domeniu, deși era prevăzută inițierea unui fond de „risc și accident” prin reținerea unui procent de 1% din fondul de salarii. Situația economică precum și ambiguitățile legislative au făcut ca în fondul respectiv să se colecteze anual sume insuficiente pentru susținerea sistemului. Inclusiv prevederea privind plata alocației de stat pentru copii cu handicap în cuantum dublu nu a putut fi susținută financiar.

Actul normativ menționat a fost în vigoare până în anul 1999, când a fost adoptată OUG 102/1999 privind protecția specială și încadrarea în muncă a persoanelor cu handicap, la rândul său abrogată în anul 2006, când

legiuitorul român adoptă Legea 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, în vigoare și azi.

Articolul 3 din Legea 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap actualizată, instituie următoarele *principii*, care stau la baza întregii reglementări:

- *principiul respectării drepturilor și a libertăților fundamentale ale omului*, instituit expres de textul Declarației universale a drepturilor omului (art.1), care proclamă că toate ființele umane se nasc libere și egale în demnitate și în drepturi, că sunt înzestrate cu rațiune și cu conștiință și trebuie să se comporte unele față de altele în spiritul fraternității;
- *principiul prevenirii și combaterii discriminării*, conform căruia fiecărei persoane îi este recunoscut accesul liber la drepturi și libertăți, fără nici un fel de deosebire ca, de pildă, deosebirea de rasă, culoare, sex, limbă, religie, opinie politică sau orice altă opinie, de origine națională sau socială, avere, naștere sau orice alte împrejurări (art.2);
- *principiul egalizării șanselor* exprimă ideea conform căreia persoanele cu handicap sunt membri ai societății și, ca urmare, trebuie să primească tot sprijinul de care au nevoie în cadrul structurilor obișnuite din educație, sănătate, angajare în muncă, acces la servicii sociale, etc. (Țiclea, Al., Georgescu, L., 2012, p.356);
- *principiul egalității de tratament în ceea ce privește încadrarea în muncă și ocuparea forței de muncă*, exprimă ideea eliminării oricărei discriminării directe sau indirecte, bazate pe motive de apartenență religioasă sau convingeri, handicap, vârstă sau orientare sexuală, în acord deplin cu prevederile Directivei Consiliului Europei 2000/78/CE, din 27 noiembrie 2000;
- *principiul solidarității sociale*, principiu propriu dreptului securității sociale, în general și asistenței sociale, în special, care exprimă ideea conform căreia întreaga comunitate participă la sprijinirea persoanelor aflate în stare de nevoie socială; persoanele cu handicap, membri ai societății, pot obține beneficii și servicii sociale, finanțate în principal de la bugetul de stat, dacă fac dovada stării de nevoie socială în care se află.
- *principiul responsabilizării comunității*, conform căruia comunitatea intervine activ în promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, în procesul de creare, dezvoltare, diversificare și garantare a susținerii serviciilor sociale necesare acestei categorii sociale defavorizate; acest sprijin este în acord deplin cu modelul social european de solidaritate, model care recunoaște solidaritatea tuturor indivizilor, unii față de alții și, cu precădere, față de cei aflați în stare de nevoie socială.

- *subsidiaritatea*, principiul potrivit căruia, pentru sprijinirea persoanelor sau a familiilor care nu-și pot asigura integral nevoile sociale, intervine comunitatea locală și structurile ei asociative și doar complementar statul;
- *principiul adaptării societății la persoana cu handicap*, principiu propriu protecției și promovării drepturilor persoanelor cu handicap, exprimă ideea conform căreia societatea, în ansamblul ei, trebuie să intervină în întâmpinarea eforturilor de integrare a persoanelor cu handicap în sensul „de a se transforma” pentru a face față cerințelor tuturor indivizilor, inclusiv a celor cu handicap;
- *interesul persoanei cu handicap* este un principiu care exprimă ideea că protecția și promovarea drepturilor persoanei cu handicap trebuie să vizeze, cu prioritate, asigurarea interesului superior al acesteia;
- *abordarea integrată*, principiu conform căruia, pornind de la realitatea complexității nevoilor sociale ale persoanei cu handicap și ale familiei acesteia, măsurile sociale, de tipul beneficiilor și a serviciilor sociale, adresate pentru sprijinirea lor trebuie completate cu măsuri educaționale, de ocupare a forței de muncă, de petrecere a timpului liber, de acces la informație, etc.
- *parteneriatul* în acordarea măsurilor necesare depășirii stării de nevoie socială în care se află persoana cu handicap, semnifică implicarea structurilor publice, alături de structuri ale societății civile, în speță organizațiile neguvernamentale, specializate în acest domeniu.
- *libertatea opțiunii și controlul sau decizia asupra propriei vieți, a serviciilor și formelor de suport de care beneficiază*, care exprimă ideea dreptului la autodeterminare a persoanelor cu handicap.
- *abordarea centrată pe persoană în furnizarea de servicii*, conform căreia elementul care fundamentează deciziile referitoare la persoanele cu handicap trebuie să fie persoana în cauză și nevoile sale.
- *protecția împotriva neglijării și abuzului*, care exprimă necesitatea ca persoana cu handicap să fie protejată atât de dezinteresul manifestat din partea grupului sau a comunității cât și de forme de exploatarea și abuz.
- *alegerea alternativei celei mai puțin restrictive în determinarea sprijinului și a asistenței necesare* exprimă ideea focalizării măsurilor pentru sprijinirea persoanei cu handicap pe cele care urmăresc asigurarea libertății de acțiune și mișcare a beneficiarului, în acest sens, măsurile de instituționalizare să fie o ultimă soluție.
- *integrarea și incluziunea socială a persoanelor cu handicap, cu drepturi și obligații egale cu toți ceilalți membri ai societății*, susține necesitatea

unei abordări inclusive în privința persoanelor cu handicap, pornind de la egalitatea în drepturi și obligații cu ceilalți membri ai societății.

Persoanele cu handicap vor beneficia de drepturile prevăzute de actul normativ analizat, pe baza încadrării în grad de handicap, în raport cu gradul de handicap.

Astfel, încadrarea în grad și tip de handicap *a copiilor cu handicap* se face de *comisia pentru protecția copilului* iar *a adulților cu handicap* de *comisia de evaluare a persoanelor adulte cu handicap*.

Gradele de handicap sunt: ușor, mediu, accentuat și grav iar *tipurile de handicap* sunt: fizic, vizual, auditiv, surdocecitate, somatic, mintal, psihic, HIV/SIDA, asociat, boli rare (art.86).

O dată cu *emiterea certificatului de încadrare în grad și tip de handicap*, comisia de evaluare, prin intermediul serviciului de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap, din cadrul direcțiilor generale de asistență socială și protecția copilului județene, respectiv locale, ale sectoarelor municipiului București, are obligația de a *elabora programul individual de reabilitare și integrare socială a adultului cu handicap*, în acest scop urmând să colaboreze cu persoana cu handicap sau cu reprezentantul legal al acesteia. Încadrarea sau respingerea încadrării în grad și tip de handicap *se atestă prin certificat emis de către comisiile de evaluare*, a cărui eliberare este scutită de taxă de timbru. Certificatele emise potrivit prevederilor menționate pot fi contestate de titularii lor, în termen de 30 de zile calendaristice de la comunicare, la Comisia superioară de evaluare a persoanelor adulte cu handicap, a cărei activitate este coordonată metodologic de Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice (art.87 alin.4,5,6).

Persoanele cu handicap *beneficiază de servicii sociale acordate* (art.32 alin.1): a) la domiciliu; b) în comunitate; c) în centre de zi și centre rezidențiale, publice sau private.

Atunci când îngrijirea persoanei cu handicap nu se poate realiza la domiciliul său sau în comunitate, legea prevede posibilitatea ca aceste persoane să beneficieze de servicii sociale *în centre de zi și centre rezidențiale publice, public-private sau private*. Îngrijirea în centre rezidențiale reprezintă soluția de ultimă instanță și la care se poate apela întotdeauna în cazul în care persoana cu handicap necesită îngrijire de specialitate.

Centrele de zi și centrele rezidențiale reprezintă *locații în care serviciile sociale sunt acordate de personal calificat și care dispun de infrastructura adecvată furnizării acestora, în centrele rezidențiale persoana cu handicap fiind găzduită cel puțin 24 de ore.* (art.51 alin.1)

De asemenea, potrivit dispozițiilor legale, persoana cu handicap grav are dreptul, în baza evaluării socio-psiho-medicale, la un *asistent personal*.

Poate fi încadrată cu contract individual de muncă în funcția de asistent personal, persoana care îndeplinește următoarele condiții (art.36 alin.1):

- a) are vârsta minimă de 18 ani împliniți;
- b) nu a fost condamnată pentru săvârșirea unei infracțiuni care ar face-o incompatibilă cu exercitarea ocupației de asistent personal;
- c) are capacitate deplină de exercițiu;
- d) are o stare de sănătate corespunzătoare, atestată de medicul de familie sau pe baza unui examen medical de specialitate;
- e) a absolvit cel puțin cursurile învățământului general obligatoriu, cu excepția rudelor și afinilor până la gradul al IV-lea, inclusiv, ale persoanei cu handicap grav, precum și cu excepția soțului sau soției, după caz;

Nu pot deține calitatea de asistent personal persoanele care beneficiază de concediu pentru creșterea copilului în vârstă de până la 2 ani sau, în cazul copilului cu handicap, de până la 7 ani (art. 36 alin.2).

Contractul individual de muncă al asistentului personal *se încheie cu primăria localității de domiciliu sau reședință a persoanei cu handicap grav*, după caz, în termen de maximum 30 de zile de la data înregistrării cererii.

De asemenea, adultul cu handicap grav sau accentuat care nu dispune de spațiu de locuit, nu realizează venituri ori realizează venituri de până la nivelul salariului mediu pe economie, poate beneficia de îngrijirea și protecția unui *asistent personal profesionist*, pe baza deciziei comisiilor de evaluare a persoanelor adulte cu handicap județene, respectiv locale, ale sectoarelor municipiului București (art.45 alin.1,2).

Contractul de muncă al asistentului personal profesionist se încheie de către direcțiile generale de asistență socială și protecția copilului județene, respectiv locale, ale sectoarelor municipiului București, sau de către furnizorii de servicii sociale privați, acreditați în condițiile legii.

Asistentul maternal care îngrijește copilul cu handicap grav sau accentuat până la vârsta majoratului poate opta să devină asistent personal profesionist (art.45 alin.6).

Potrivit dispozițiilor art.46 din Legea 448/2006, pentru fiecare adult cu handicap grav sau accentuat, aflat în îngrijirea și protecția asistentului personal profesionist se acordă sumele necesare acoperirii cheltuielilor lunare de hrană, echipament, cazarmament, materiale igienica-sanitare, precum și sumele aferente acoperirii cheltuielilor de locuit, sume care se suportă din bugetul propriu al județului, respectiv al sectorului municipiului București, pe a cărui rază teritorială își are domiciliul sau reședința asistentul personal profesionist.

Pentru desfășurarea în condiții legale a activității în temeiul contractului individual de muncă, asistentul maternal profesionist trebuie să obțină un atestat.

Condițiile de obținere a atestatului, procedurile de atestare și statutul asistentului personal profesionist se reglementează prin hotărâre a Guvernului, la propunerea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap. Standardele minime obligatorii pentru asigurarea îngrijirii și protecției adulților cu handicap grav sau accentuat la asistentul personal profesionist se elaborează de Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap și se aprobă prin ordin al președintelui acesteia (art.48).

În privința beneficiilor sociale, acordate de lege persoanelor cu handicap, menționăm că copiii cu handicap, inclusiv copiii cu handicap de tip HIV/SIDA, beneficiază de *alocație de stat* în condițiile și în cuantumul prevăzut de lege, majorat cu 100%. Fac excepție, copiii cu handicap care se află în internate sau centre de plasament, aferente unităților ori instituțiilor de învățământ special sau în alte tipuri de instituții publice cu caracter social, mai puțin a centrului de tip respiro, în care se asigură întreținere completă din partea autorității administrației publice.

De asemenea, copiii cu handicap de tip HIV/SIDA beneficiază de o alocație lunară de hrană, calculată pe baza alocației zilnice de hrană, stabilite pentru consumurile colective din unitățile sanitare publice, dar numai pe perioada în care este îngrijit în familie.

Articolul 58 alin. 4 din Legea 448/2006 prevede că *adultul cu handicap are dreptul la următoarele beneficii de asistență socială:*

a. indemnizație lunară, indiferent de venituri;

La această indemnizație se adaugă ca beneficiu pentru adultul cu handicap vizual grav și o indemnizație echivalentă cu salariul net al asistentului social debutant, cu studii medii din unitățile de asistență socială din sectorul bugetar, altele decât cele cu paturi.

b. buget personal complementar lunar, indiferent de venituri.

Pornind de la realitatea potrivit căreia persoanele vârstnice sunt o categorie de populație vulnerabilă, defavorizată, supusă unor riscuri sociale multiple, prioritatea numărul unu a *politicilor sociale privind îmbătrânirea* este *protecția socială sau securitatea socială*, care include un evantai larg de măsuri de ordin social și economic. *Ea include: asigurările sociale de bătrânețe*, ca un prim nivel de protecție, care își propune să asigure pensionarilor un nivel de trai decent și de care pot beneficia cei care și-au pierdut sau diminuat capacitatea de muncă ca urmare a bătrâneții, invalidității sau decesului; *asigurările sociale de sănătate*; sistemul de asistență socială, care intervine doar ca o ultimă plasă de susținere, în situațiile în care vârstnicii nu obțin suficient suport de la nivelurile de

protecție socială, menționate anterior și care are rolul „de a asigura celor mai săraci dintre săraci un venit minim menit a le garanta subzistența” (Zamfir, E., 1995, p. 25).

Cele două segmente ale sistemului de securitate socială a persoanei vârstnice, respectiv asigurările sociale și asistența socială, *se află într-un raport de complementaritate*, astfel încât o persoană aflată în dificultate poate beneficia deopotrivă de acestea.

Problematica persoanelor vârstnice a constituit o preocupare atât pentru Organizația Națiunilor Unite (în acest sens Declarația Universală a Drepturilor Omului consacră, în art.22, dreptul oricărei persoane la securitate socială, precum și dreptul la asigurare în caz de boală, de invaliditate, văduvie și bătrânețe, art.25), cât și pentru Organizația Internațională a Muncii, Organizația Mondială a Sănătății precum și pentru alte instituții specializate.

În calitate de semnatară a Cartei Sociale Europene Revizuite, adoptată la Strasbourg în 1996 și ratificată de România în 1999, România s-a angajat să promoveze măsuri care să permită persoanelor vârstnice „să rămână membri deplin ai societății cât mai mult timp posibil”, dispunând de resurse suficiente pentru o existență decentă și pentru o participare activă la viața publică, socială și culturală, „să-și aleagă liber propriul stil de viață și să ducă o existență independentă în mediul lor social obișnuit atât timp cât doresc și cât acest lucru este posibil” și să beneficieze de o asistență corespunzătoare în cazul instituționalizării lor (Abraham, P., 2000, pp. 298-299).

În ultimii ani, la nivelul Uniunii Europene a fost 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 promovare a incluziunii sociale vizând și populația vârstnică (Bodogai, S., 2009, p.97).

Astfel, se constată că, în plan internațional se urmărește dezvoltarea și diversificarea mijloacelor de susținere la domiciliu, încurajarea solidarității familiale, ameliorarea calității vieții vârstnicilor în centre rezidențiale și îmbunătățirea asistenței sociale, destinate acestei categorii defavorizate. În același timp, se pune accent atât pe folosirea potențialului de activitate al pensionarilor prin promovarea celei mai bune practici privind forța de muncă vârstnică, cât și pe concepția modernă a prevenirii instituționalizării în favoarea prevenirii și păstrării integrării sociale și familiale a acestora (Bodogai, S., 2009, p.125).

În sistemul de drept românesc, principalul act normativ care reglementează asistența socială a acestei categorii sociale este Legea 17 din 6 martie 2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice.

Potrivit dispozițiilor Legii 17/2000, asistența socială pentru persoanele vârstnice se realizează prin servicii și beneficii sociale, în raport cu situația socio-medicală și cu resursele economice de care dispun.

Măsurile de asistență socială prevăzute de lege sunt complementare celor reglementate prin sistemul asigurărilor sociale. De asemenea, persoanele vârstnice care beneficiază de asistență socială au dreptul și la alte forme de protecție socială, în condițiile legii (art.1 alin.3).

Pentru a putea beneficia de dispozițiile legii, *persoana vârstnică trebuie să se regăsească în una dintre următoarele situații (art.3):*

a) nu are familie sau nu se află în întreținerea unei sau unor persoane obligate la aceasta, potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

b) nu are locuință și nici posibilitatea de a-și asigura condițiile de locuit pe baza resurselor proprii;

c) nu realizează venituri proprii sau acestea nu sunt suficiente pentru asigurarea îngrijirii necesare;

d) nu se poate gospodări singură sau necesită îngrijire specializată;

e) se află în imposibilitatea de a-și asigura nevoile socio-medicale, datorită bolii ori stării fizice sau psihice.

Nevoile persoanelor vârstnice se evaluează prin *anchetă socială* care se elaborează pe baza datelor cu privire la afecțiunile ce necesită îngrijire specială, capacitatea de a se gospodări și de a îndeplini cerințele firești ale vieții cotidiene, condițiile de locuit, precum și veniturile efective sau potențiale, considerate minime pentru asigurarea satisfacerii nevoilor curente ale vieții.

Nevoile persoanelor vârstnice aflate în situația de pierdere totală sau parțială a autonomiei, care pot fi de natură medicală, socio-medicală, psiho-afectivă, *se stabilesc pe baza grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice, care prevede criteriile de încadrare în grade de dependență* (art.5). Dependența se definește ca fiind necesitatea de a fi îngrijit de către o altă persoană; este un rezultat al pierderii autonomiei din cauze fizice sau psihice și impune un ajutor semnificativ și/sau îngrijire pentru realizarea activităților de bază ale vieții de zi cu zi (Bogdan, C., 2002, pp.132-133).

Serviciile comunitare pentru persoanele vârstnice care se găsesc în situațiile prevăzute la art. 3 se realizează *cu consimțământul acestora* și au în vedere:

a) îngrijirea temporară sau permanentă la domiciliu; în acest sens doctrina susține ideea că acordarea îngrijirii la domiciliu a persoanelor vârstnice, reduce la jumătate costurile pe care le presupune îngrijirea într-un centru rezidențial (Miftode, V. (coord.), 2002, p.80)

b) îngrijirea temporară sau permanentă într-un cămin pentru persoane vârstnice;

c) îngrijirea în centre de zi, cluburi pentru vârstnici, case de îngrijire temporară, apartamente și locuințe sociale, precum și altele asemenea.

Notă: Această lucrare este elaborată și publicată sub auspiciile Institutului de Cercetare a Calității Vieții, Academia Română ca parte din proiectul co-finanțat de Uniunea Europeană prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 în cadrul proiectului Pluri și interdisciplinaritate în programe doctorale și postdoctorale Cod Proiect POSDRU/159/1.5/S/141086

Bibliografie

- Abraham, P., *Legislație în asistență socială, Vol. I – Reglementări internaționale*, Editura Național, București, 2000;
- Alexiu, M., Clive, S., (coord.), *Asistența socială în Marea Britanie și România – studiu comparativ*, UNICEF, București, 2000;
- Bodogai, S., *Protecția socială a persoanelor vârstnice*, Editura Universității din Oradea, Oradea, 2009;
- Bogdan, C., „Asistența socială a persoanelor vârstnice” în Pop, L., M., (coord.), *Dicționar de politici sociale*, Editura Expert, București, 2002;
- Ene, Șt., Enache, S., *Pensii, prestații sociale și asigurări. Teorie și practică*, Editura Monitorul Oficial, București, 2012;
- Gîrleanu, D., „Vulnerabilitatea vârstei a treia. Aspecte teoretice și practice” în Miftode, V., (coord.), *Populații vulnerabile și fenomene de automarginalizare. Strategii de intervenție și efecte perverse*, Editura Lumen, Iași, 2002;
- Mihăilă, O., *Adopția. Drept roman și drept comparat*, Editura Universul Juridic, București, 2010;
- Moarcăș, Costea, C., A., *Dreptul securității sociale*, Editura C.H. Beck, București, 2013;
- Onica, Chișea, L., *Aspecte socio-juridice privind protecția drepturilor copilului. Studiu de caz în județul Bihor*, Editura Expert, București, 2007;
- Onica-Chișea L., *Dreptul securității sociale. Curs universitar*, Editura Pro Universitaria, București, 2014;
- Petre, N., „Familie de încredințare/plasament (familia foster)”, în Pop, L. (coord.), *Dicționar de politici sociale*, Editura Expert, București, 2002;
- Romoșan, I. D., *Dreptul familiei*, Editura Universul Juridic, București, 2012;
- Roth, M., „Condiția copilului în familie. Amploarea fenomenului de abuz și neglijare”, în Alexiu, M., Clive, S., (coord.), *Asistența socială în Marea Britanie și România – studiu comparativ*, UNICEF, București, 2000;
- Țiclea, Al., Georgescu, L., *Dreptul securității sociale. Curs universitar*, Editura Universul Juridic, București, 2013;
- Zamfir, E., „Statul bunăstării. Mecanismele producerii bunăstării în economia de piață, Modele ale statului bunăstării, Sărăcia: teorii și factori, Serviciile de

asistență socială”, în Zamfir, E., Zamfir, C. (coord.), *Politici sociale. România în context european*, Editura Alternative, București, 1995;
 Zamfir, E.(coord.), *Situația copilului și a familiei în România*, UNICEF, București, 1997.

Legislație

- Legea 53/1992 *privind protecția specială a persoanelor cu handicap* publicată în Monitorul Oficial nr. 119 din 4 iunie 1992;
- Legea 61/1993 *privind alocația de stat pentru copii*, publicată în Monitorul Oficial Partea I. nr. 233 din 28 septembrie 1993, republicată în Monitorul Oficial nr. 767 din 14 noiembrie 2012;
- OUG 105/2003 *privind alocația familia complementară și alocația de susținere pentru familia monoparentală*, publicată în Monitorul Oficial nr. 747 din 26 octombrie 2003;
- Legea 67/1995 *privind ajutorul social*, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr.131 din 29 iunie 1995;
- OUG 26/1997 *privind protecția copilului în dificultate*, publicată în Monitorul Oficial nr. 267 din 24 iulie 1998;
- OUG 102/1999 *privind protecția specială și încadrarea în muncă a persoanelor cu handicap*, publicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 310 din 30.06.1999;
- Legea 705/2001 *privind sistemul național de asistență socială*, publicată în Monitorul Oficial nr. 814 din 18 decembrie 2001;
- Legea 416/2001 *privind venitul minim garantat* publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 401 din 20 iulie 2001, modificată prin Legea 115 din 2006, publicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 401 din 2006, prin OUG 124/2011, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 928 din 30 decembrie 2011 și prin Legea 166/2012, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 699 din 11 octombrie 2012;
- Legea 272/2004 *privind protecția și promovarea drepturilor copilului*, publicată în Monitorul Oficial nr. 557 din 23 iunie 2004;
- Legea 273/2004 *privind regimul juridic al adopției*, republicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 259 din 19 aprilie 2012;
- OUG 148/2005 *privind susținerea familiei în vederea creșterii copilului*, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1.008 din 14 noiembrie 2005, aprobată cu modificări și completări prin Legea 7/2007, cu modificările și completările ulterioare, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, până în 31 decembrie 2008;
- Legea 47/ 2006 *privind sistemul național de asistență socială*, publicată în Monitorul Oficial nr. 239 din 16 martie 2006;
- Legea 448/2006 *privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap*, republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1 din 3 ianuarie 2008, modificată și completată ulterior, inclusiv prin OUG 68/2012, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr.778 din 19 noiembrie 2012;

- Legea 277/2010 *privind alocația pentru susținerea familiei*, publicată în Monitorul Oficial nr. 889 din 30 decembrie 2010;
- OUG 111/2010 *privind concediul și indemnizația lunară pentru creșterea copiilor*, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 830 din 10 decembrie 2010, modificată ulterior prin Legea 166/2012, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr.699 din 11 noiembrie 2012, pentru aprobarea OUG 124/2011, pentru modificarea și completarea unor acte normative care reglementează beneficii de asistență socială;
- Legea 292/2011 *a asistenței sociale*, publicată în Monitorul Oficial al României. Nr.905 din 20 decembrie 2011;
- HG 1024/2004 *pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor OUG 68/2003 privind serviciile sociale*, precum și a *Metodologiei de acreditare a furnizorilor de servicii sociale*, precum și ale Ordinului 383 din 6 iunie 2005, al ministrului muncii, solidarității sociale și familiei, pentru aprobarea standardelor generale de calitate privind serviciile sociale și a modalității de evaluare a îndeplinirii acestora de către furnizori;
- HG 679/2003 *privind condițiile de obținere a atestatului, procedurile de atestare și statutul asistentului maternal profesionist*, publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 443 din 23/06/2003;
- Regulamentul – cadru de organizare și funcționare a serviciului public de asistență socială*, publicat în Monitorul Oficial, Partea I, nr.81/7.02.2003.

Legea asistenței sociale și riscurile dependenței populației de ajutorul social¹

ELENA ZAMFIR

Ce aduce nou Legea cadru a asistenței sociale: Pretenția de reformă

În noul context de austeritate apare o nevoie acută de regândire a sistemului de asistență socială. Răspunsul la această nevoie nu este unul simplu. Nu orice decizie de schimbare, act politic, aduce și o reformă. Dimpotrivă, în multe situații, apar propuneri de schimbare, de dragul schimbării. Impresia generală, confirmată și de noul val de proteste de stradă, este că, pe agenda guvernului PDL- Boc, formulată probabil și la cerința instituțiilor internaționale, a fost inclusă și noua lege a asistenței sociale.

Legea asistenței sociale nr. 292/2011, publicată în Monitorul Oficial nr. 905 din 20 decembrie 2011, își propune să reglementeze un nou cadru general de organizare, funcționare și finanțare a sistemului național, după cum se stipulează în Capitolul I, art. 1. Acest act normativ propune modificări în: categorii de beneficii și modul de administrare; tipuri de beneficiari și furnizori de beneficii; acordarea, administrarea și contractarea serviciilor sociale; instituții în asistență socială la nivel central și local; personalul din sistem; măsuri de prevenire și combaterea sărăciei etc.

În anul 2008, Unitatea Centrală de Audit Public Intern de la nivelul M.F.P. a realizat o misiune de evaluare a sistemului de evidență și control a **drepturilor de natură socială** acordate de la bugetul de stat, bugetul asigurărilor sociale de stat, bugetul fondului național unic de asigurări de sănătate și de la bugetele locale.

Prin acest raport au fost identificate un număr de 202 drepturi de natură socială cuprinzând:

„Prestații sociale: **alocații familiale, ajutoare sociale, indemnizații și facilități așa cum sunt definite prin Legea nr.47/2006 privind sistemul național de asistență socială.**

Drepturi reparatorii pentru IOVR, eroii Revoluției, persoane persecutate politic de regimul comunist: **definite ca indemnizații cu caracter reparatoriu în Legea nr.47/2006.**

¹ Studiul a apărut în *Revista de Sociologie Românească*, nr.1/2012

Drepturi de asigurări sociale (pensii și alte drepturi aferente).

Drepturi de asigurări de șomaj (indemnizații, ajutoare).

Drepturi de asigurări de sănătate.

Drepturi auxiliare celor salariale pentru susținerea categoriilor socio-profesionale din minerit, apărare, ordine publică și securitate națională, precum și pentru magistrați.”

Punând împreună formele de ajutor din asistență socială cu toate celelalte de natură socială, numărul acestora a crescut foarte mult. În realitate, ele sunt diferite, au bugete diferite și nu pot fi evaluate decât separat. Fiind prea multe ca număr, apare un argument în plus pentru cerința unei schimbări de tip reformă în sfera sistemului de asistență socială. Justificarea procesului de schimbare este făcută însă prin argumente deloc convingătoare:

„Actualele presiuni interne și externe asupra sistemului de asistență socială, respectiv evoluția demografică, schimbările în structura familiei, dinamica negativă a pieței muncii, precum și presiunile legate de reducerea cheltuielilor publice și lipsa personalului de specialitate din sistemul de asistență socială conduc la necesitatea revizuirii sistemului”.

Se observă clar că și aici, din dorința de reformă a domeniului, legea se impune ca răspuns la o comandă birocratică de tip politico-administrativ.

În primul rând, dacă vorbim de o schimbare de tip reformă, Legea ar fi trebuit să identifice cu precădere golurile tematice privind ajutoarele sociale din sistem, dar și golurile teritoriale. La aceasta ar fi trebuit să se adauge și eficiența componentelor sistemului de asistență și formele de ajutor specifice, precum și resursele financiare și umane disponibile dar și necesare. Mai precis, se impunea o analiză multidimensională a sistemului instituțional din perspectiva acțională a recuperării și prevenției sărăciei și excluziunii sociale. Legea actuală, din păcate, nu se bazează pe astfel de informații privind situații și modele de acțiune/intervenție socială.

În mod neuzual pentru o lege, textul acesteia este plin de afirmații vagi, generale, intenții demagogice fără acoperire în posibile reglementări în condiția de viață a unei mari părți a populației sărăcitate rapid. Lipsesc componenta pragmatică de implementare, cu instrumente de acțiune precise. Textul legii nu este unul clar și coerent logic. El apare ca o suită de decupări artisanale din alte texte anterioare, scrise în cu totul alt context decât cel actual și cu alte obiective – strategii care, acum, nu-și găsesc locul potrivit într-o lege. Lipsesc principiile de articulare a unui nou sistem de ajutoare sociale pe care Legea trebuia să se bazeze. Stilul este saltul de la fraze pompoase și abstracte la propuneri hazardate, fără justificări raționale.

Există o filozofie în subteranul legii pe care aș rezuma-o astfel:

Gravele probleme sociale sunt tratate mai mult ca vinovății individuale, iar nu ca rateuri ale funcționării ineficiente a sistemului instituțional datorită unor mecanisme decizionale confuze, incompetente (în noua viziune guvernamentală, săracii sau exclușii social trebuie mai degrabă muștrați, pedepsiți, decât ajutați să-și rezolve problemele).

Problemele sociale sunt tratate ca ceva deranjant pentru perioada de criză, ca o sarcină sâcâitoare, neplăcută pentru guvernanți. În opinia lor, aceste probleme mai degrabă ar trebui ignorate, sau chiar tratate cu dispreț. Mai mult, acordarea ajutoarelor se face cu enervare și zgârcenie. Un exemplu curios pentru sistemul de asistență socială: o nouă condiționare, cel puțin bizară pentru asistența celor săraci, a apărut ca hotărâre de Guvern. Vor fi eliminați din sistemul de ajutor social 73.000 de persoane care au datorii-impozite, restante către stat. Întrebarea firească care se ridică este: dacă săracii ar avea cu ce-și plăti datoriile, de ce ar mai avea nevoie de ajutoare sociale.

În al doilea rând, Legea asistenței sociale, în forma actuală, nu lasă loc pentru legislații secundare cu deschideri către un set clar de indicatori sociali relevanți pentru sărăcie sau excluziune socială. Aceasta ar fi impus o imagine corectă și precisă asupra dimensiunii, amplitudinii problemelor sociale, precum și a proporției segmentului real aflat în dificultate. Or, din Lege lipsesc total propuneri pentru inițierea unor mecanisme de punere în practică a măsurilor recuperatorii și de prevenție prin servicii specializate pe profilul distinct al nevoilor.

Pretenția de reformă a legii nu se justifică, deoarece nu are nici o viziune asupra sistemului specializat de servicii de asistență și așa deficitar și în proces de dezagregare. Și în acest domeniu este ușor de recunoscut politica de privatizare a asistenței sociale care se realizează în forme subtile: a) continuarea procesului de fragmentare a serviciilor de asistență socială prin finanțarea bugetară a unor ONG-uri/instituții cu profit, în lipsa completă a unei viziuni integrative bazate pe priorități; b) plasarea finanțării serviciilor non-publice în sarcina comunității sau a unei mile întâmplătoare; c) plasarea responsabilității financiare în zona instituțiilor publice locale care vor externaliza, de regulă, serviciile, neavând specialiști sau fonduri suficiente.

Baza științifică și factuală a legii asistenței sociale

Rapoartele Comisiilor prezidențiale pe problemele de învățământ, de sănătate, de legislație a muncii și Codul Muncii și cu o mare pondere, desigur, **cel legat de riscuri și inechități sociale în România** au constituit materiale pregătitoare în elaborarea noii strategii legislative în asistență socială.

În septembrie 2009, un grup de consilieri prezidențiali au produs în grabă un text incoerent și neadaptat cerințelor actuale de protecție socială, considerându-l ca reformator: **Raportul Comisiei Prezidențiale pentru Analiza Riscurilor Sociale și Demografice – Riscuri și inechități sociale în România**. S-a mai raportat o așa-zisă nouă reformă, adăugată cu calm și cinism de guvernarea Boc la celelalte legi, anterior adoptate, din domeniul învățământului, cercetării, pensiilor, codului muncii etc. Și pentru legea asistenței sociale, ca și în cazul legii învățământului, a pensiilor, a codului muncii, trecerea prin parlament s-a făcut în regim de urgență, cu asumare guvernamentală.

Lansarea așa-numitului raport al Comisiei prezidențiale de combatere a riscurilor sociale (care ar fi trebuit să pregătească esența legii) este un exemplu evident aici: un text de tip carte, excesiv de lung, cu un stil confuz, orientat mai mult pe analize teoretice facile decât pe principii importante de acțiune și schimbare socială care o transformă într-un text rigid, impropriu de a fi discutat public. În loc să furnizeze o bază de pornire în schimbarea sistemului, raportul este o improvizație teoretico-explicativă prin adunarea unor texte preluate întâmplător, mai mult sau mai puțin legate de probleme sociale cheie. Dintr-un asemenea text nici măcar nu transpar orientări de strategii pentru politici sociale active, dar mai ales măsuri concrete de implementare rapidă. În locul unei comunicări deschise cu specialiștii din domeniu, cu beneficiarii sistemului de protecție și asistență socială, autorii Raportului Comisiei prezidențiale privind riscurile sociale ne-au adus o carte nereușită intelectual, publicată apoi într-o prestigioasă editură. Mai degrabă, raportul este o culegere de studii preluate din alte cărți, nici măcar menționate la bibliografie, lipsit de viziune unitară, cu ignorarea totală a unor puncte importante pentru direcțiile de acțiune viitoare. Nu e de mirare că Raportul nu a stârnit interesul scontat, iar reacțiile publice s-au concentrat doar pe unele afirmații șocante, extremiste pentru asistență socială. În fapt, Raportul promovează o listă de așa-zise priorități, de o absurditate uluitoare, de-a dreptul șocante pentru misiunea asistenței sociale moderne: dezincriminarea drogurilor ușoare, legalizarea prostituției, îngrădirea drepturilor pensionarilor etc. Lipsește aici o bază serios argumentată, sistematică, de analiză necesară oricărei propuneri de schimbare care s-ar dori reușită. Mai degrabă, noul conținut propus de raport introduce posibilitatea unor schimbări involutive, generatoare de confuzie și de desființare treptată a sistemului de protecție și asistență. În loc să dea soluții la problemele sociale dramatice existente, raportul a adus altele noi (vezi consumul de droguri ușoare – etnobotanice – la tineri care au produs numeroase tragedii, crearea artificială a unui conflict între generații etc.). De aceea, baza teoretică și de acțiune practică a noii Legi, care ar fi

trebuie și ar fi putut fi pregătită prin Raportul Prezidențial privind riscurile sociale, este fragilă și vulnerabilă atât teoretic, cât și din perspectiva acțiunii sociale și mai ales a schimbărilor dorite în sistem.

Din păcate, măsurile dure de austeritate în România nu au fost luate în urma unei analize clare a riscurilor sociale multiple de sărăcie și excluziune socială a celor vulnerabili, în contextul actual al crizei. Acel Raport prezidențial de prevenire și combatere a riscurilor sociale nu a creat, așa cum ne-am fi așteptat, un cadru teoretic fundamental de diagnoză și analiză corectă a problemelor sociale, capabil să fundamenteze măsuri active de suport social printr-o nouă Lege.

Legea a fost adoptată fără o analiză prealabilă a diagnozei riscurilor sociale multiple cu care se confruntă populația marginalizată și sărăcită în prezent. Din acest punct de vedere Raportul Comisiei Prezidențiale privind riscurile sociale care ar fi trebuit să stea la baza Legii ca deschidere strategică fundamentală, nici nu poate fi luat în seamă aici.

Procesul de schimbare propus de noile acte normative ale legii cadru a asistenței sociale este, în primul rând, lipsit de o claritate elementară a obiectivelor și de măsuri concrete pentru operaționalizarea lor. În al doilea rând, nu are o viziune strategică pornind de la contextul socio-economic prezent, cu predictibilitatea și sustenabilitatea necesare ce s-ar impune prin măsuri concrete recuperatorii și de prevenție. În al treilea rând, nu se diferențiază prea mult de cadrul legislativ anterior, și el confuz și incoerent. Întrebarea imediată ce se poate pune: de ce atâtea schimbări legislative, de ce atâtea demersuri costisitoare numite pompos reforme, în condițiile în care sistemul menține aceleași puncte vulnerabile, aceleași neclarități, care împing, de fapt, sistemul la subdezvoltare și deprofesionalizare.

O primă concluzie se impune aici. Neaducând modificări însemnate față de Legea anterioară, noua Lege nu justifică nicidecum investiția resurselor umane prin energia consumată în procesul elaborării și adoptării ei. După cum ea nu poate deconta nici valoarea mare a noilor costuri financiare și nici pierderea de timp în căutarea mecanismelor viitoarei implementări. Mai mult, confruntările de stradă, uneori marcate și de sacrificii umane, au fost poate un semnal, de tip avertizare, pentru măsurile aberante, nerealiste propuse de Lege. În final, deși Legea a fost adoptată în Parlament, se poate reține că aceasta s-a impus zgomotos, cu scandal și nemulțumiri, cu frustrări și speranțe înăbușite a celor care ar fi trebuit să beneficieze de ea.

În fapt, o lege care are ambiția de a reforma un sistem trebuie să se bazeze pe o solidă analiză preliminară. În primul rând, o diagnoză clară a problemelor pe care vrea să le rezolve, de tipul:

- dimensiunile sărăciei;
- profunzimea, tipurile și pragul sărăciei;

- indicatori de deprivare materială severă care duc la sărăcie;
- oportunități și acces pe piața muncii a persoanelor din familii cu risc de marginalizare;
- număr de ore de muncă înregistrate real în raport de potențialul de lucru al persoanelor cu acces limitat pe piața muncii;
- indicatori clari ai excluziunii;
- forme, tipuri, modele și procese ale excluziunii și marginalizării sociale.

Abandonarea responsabilităților publice

La situația obținută pe baza indicatorilor privind condițiile de viață și calitatea vieții a celor în dificultate, legea ar fi trebuit să prezinte și date semnificative despre ce se dorește a se rezolva și prin ce mecanisme concrete. E nevoie și de o predictibilitate a sistemului în timp prin identificarea unei prognoze referitoare la efectele legii asupra populației țintă și impactul ei asupra rezolvării problemelor familiei și a comunităților. Or, sistemul public de asistență socială abandonează tocmai responsabilitățile lui din sfera serviciilor sociale, plasându-le fie la nivel de unități externe, a unor ONG-uri a căror finanțare devine impredictibilă în viitorul apropiat, fie pe „umerii” familiilor care sunt și ele în mare dificultate. În plus, în România nu se poate vorbi încă de suficiente servicii specializate de suport aparținând unor ONG-uri sau persoane fizice autorizate care să poată acoperi necesarul de nevoi la nivel național. Se va produce un mare dezechilibru între regiuni și comunități, multe dintre ele neputând fi acoperite de potențialul existent al serviciilor de asistență specializate/personalizate. Actuala lege a asistenței sociale, dincolo de textul împânzit de fraze frumoase preluate din cărți, prezintă un deficit absolut de viziune în ceea ce privește organizarea și evaluarea serviciilor de asistență. Ignorarea lor în sistemul public este de fapt cea mai evidentă modalitate de a le distruge.

Sistemul de servicii de asistență comunitară, în fapt fundamentul unui suport sănătos și sigur, este aproape inexistent în actuala lege. Acest tip de servicii figurează doar la acordarea unui suport financiar focalizat pe servicii comunitare, în ultima perioadă, și acest lucru tot mai redus și fluctuant, administrat birocratic. De fapt, serviciile sociale specializate sunt subdezvoltate cronic prin abandonul progresiv al responsabilității publice.

Au apărut în timp neconcordanțe mari între noile responsabilități la nivel județean/local și resursele financiare disponibile pentru dezvoltarea serviciilor comunitare. Acest fapt s-a simțit și printr-un deficit sever în elaborarea și de politici sociale active pentru servicii comunitare.

Subfinanțarea gravă a sistemului de suport financiar pentru segmentul de populație aflat în condiții severe de sărăcie a însemnat reducerea abruptă a cheltuielilor sociale ca procent din PIB care s-a situat la mare distanță de nivelul celorlalte țări europene.

Ignorarea serviciilor publice de asistență socială

Așa cum menționam încă din 1995, în lucrarea *Politici sociale: România în context european*, „Există în prezent o variație mare în definirea serviciilor sociale în general, a celor de asistență socială în special. Această diversitate gravitează însă în jurul unui nucleu comun referitor la finalitatea acestora: de a ajuta indivizii, grupurile sau comunitățile să depășească perioadele de dificultate, adaptându-se la o viață normală. Serviciile de asistență socială pot fi definite ca programe specializate, activități organizate, tehnici de intervenție socială, metode de identificare a necesităților și tipurilor specifice de disfuncționalități ale persoanelor cu probleme. Cu ajutorul acestora, cei în dificultate pot obține condiții minime, necesare unei vieți decente autosuficiente și pot să-și dezvolte sau să-și refacă propriile capacități competente pentru o integrare normală în comunitate (Boehm, 1958). Unii analiști compară finalitatea umană a serviciilor sociale cu „arta” de a ajuta individul să folosească mediul lui de viață în satisfacerea propriilor necesități (Gilbert, Miller și Spencht, 1980).

H. Goldstein apreciază că obiectivul central al oricărui serviciu social este cunoașterea, „învățarea socială”, proces care se realizează pe baza unei relații directe între „client” și asistentul social (Goldstein, 1973). Serviciile de asistență socială se adresează doar acelor indivizi sau grupuri aflate temporar în dificultate. Sistemul serviciilor de asistență socială cuprinde atât serviciile sociale oferite de instituțiile de stat, cât și de organizațiile private nonguvernamentale sau voluntare. Protejarea acelor categorii defavorizate natural (persoane cu handicap, orfani, văduve, bătrâni, copiii, săraci etc.) apare ca obiectiv central al serviciilor și prestațiilor de asistență socială, ea orientând activitatea statului la nivel central și local prin instituții special constituite, investite cu autoritate de funcționare în această direcție.

În sens larg, sistemul serviciilor de asistență socială se referă atât la sistemul instituțional, cât și la activitățile profesionalizate, cunoștințe teoretice specializate, îndemânări practice, programe de acțiune, tehnici de intervenție care sunt capabile să asigure aplicarea măsurilor cerute de politica socială.

Configurația sistemului serviciilor de asistență socială este structural dependentă atât de profilul organizării social-economice, de opțiunile de

politică socială, cât și de modelele culturale prezente în comunitate” (Zamfir, 1995, 103).

Făcând apel la o scurtă sinteză din anii anteriori care punctează rolul serviciilor de asistență socială se poate înțelege clar că vechea Lege Cadru a asistenței sociale din 2001 era mult mai focalizată pe dezvoltarea unor servicii punctuale centrate pe profilul nevoilor încercând să le aducă cât mai aproape de beneficiar, în familie și comunitate. În acest context, se deschidea atunci cel puțin o perspectivă optimistă privind necesitatea unui sistem public național structurat de servicii specializate în asistență care să acopere întreaga gamă de activități orientată către prevenirea și soluționarea multiplelor probleme individuale. „Legea cadru din 2001 sublinia cerința desfășurării multiplelor activități de prevenire și combatere a marginalizării sociale, precum și a recuperării celor în dificultate prin acțiuni sistematice orientate spre formarea și dezvoltarea unui spirit de solidaritate umană la nivel comunitar. E drept că aceste noi oportunități create prin apariția noului Minister al familiei și solidarității sociale nu au dus, așa cum ne-am fi așteptat automat, și la soluții miraculoase pentru nenumăratele probleme sociale și umane. Era necesară o politică constantă de implementare a obiectivelor concrete ce țin de dezvoltarea unor servicii sociale specializate pe termen mediu și lung care să prevină riscurile sociale și umane și/sau să le diminueze în timp. Toate aceste activități trebuiau să fie dublate nu numai de forme instituționalizate corespunzătoare, dar și de reglementări legislative adecvate, precum și de resurse umane calificate în domeniu”. Cel puțin în vechea Lege Cadru a asistenței sociale, serviciile de asistență socială promovau aceste cerințe care puteau stabiliza în timp un sistem public structurat, specializat de protecție a celor marginalizați dacă era susținut de voință politică.

„Mai mult, în România, tradiția sistemului de asistență socială între cele două războaie apare ca una de rezonanță în peisajul mondial. O simplă incursiune în istoria serviciilor de asistență socială din România evidențiază că acestea au apărut într-o formă incipientă încă din anul 1775 prin promulgarea legii pentru protecția copilului și prin înființarea unor instituții specializate pentru ocrotirea persoanelor aflate în nevoie. În 1831 se pun bazele unui sistem de asistență socială gândit după principii moderne prin adoptarea Regulamentului organic. După 1859 apar primele acte normative care vizează atribuțiile și responsabilitățile serviciilor de asistență socială la nivel local. În 1930 apare prima lege a asistenței sociale care a avut un impact crescut în epocă. În 1931, în cadrul școlii sociologice de la București, se lansează legea serviciului social către comunitate cu implicații majore în practica dezvoltării programelor comunitare.

În procesul complex de apariție și dezvoltare a unor servicii specializate de asistență socială s-a pornit, de regulă, de la structura concretă a nevoii individuale și de grup, care conturează de fapt tipuri de activități bine definite de prevenire a riscurilor sociale sau de sprijin pentru acele persoane sau grupuri care nu reușesc la un moment dat, datorită unor condiții speciale, prin mijloace și eforturi proprii, integrarea lor într-un mod normal, decent de viață.

Pentru stabilirea modalităților de prevenție, terapie și recuperare a persoanelor/ grupurilor, în funcție de cerințele lor concrete, se pornește de la definirea tipului concret de necesitate, de la identificarea cauzelor care au generat nevoia, de la ponderea pe care aceasta o are pentru fiecare individ în parte.

Pentru desfășurarea unor activități specializate care să susțină refacerea capacității proprii de integrare socială a persoanelor/grupurilor cu risc crescut se pleacă de la factorii de risc care pot să apară datorită următoarelor circumstanțe: economice (venituri insuficiente, sărăcie, șomaj cronic, deficit de formare școlară și profesională, dependență de drog, alcool); socio-culturale (zone defavorizate, modele culturale fundate pe prejudecăți, mentalități discriminatorii etc.); biologice; psihologice/morale.

Inexistența în timp a unei diagnoze clare a nevoii de asistență socială a avut drept consecință incapacitatea stabilirii explicite a **priorităților de acțiune**, fapt care a dăunat apariției și dezvoltării unui sistem structurat de servicii specializate în condițiile de limitare severă a resurselor disponibile” (Zamfir, 2003, 8-9). În contextul actual, zonele cu problemele sociale cele mai mari, evident, sunt și rămân cele lipsite de resurse bugetare necesare nevoilor, ele nefiind acoperite de noua lege din 2011. În general, este o lipsă completă de viziune integrativă a sistemului de servicii de asistență socială la nivel național. Se prefigurează încă o dată și prin această lege ignorarea unei structuri de bază, a unui sistem eficient de suport social: **serviciile publice de asistență comunitară**. În acest sens, deși există evidența unor mari probleme legate de ineficiența serviciilor de asistență socială, autorii legii parcă preferă să le ignore mai degrabă decât să le îmbunătățească.

Sunt astfel zone geografice marcate de probleme generale de o gravitate deosebită la care nu există nici un răspuns prin propunerile legii. Acestea se referă: la abandonul școlar în creștere, la aruncarea în stradă a tinerilor la 18 ani ce ies din sistemul de protecție (din instituții sau plasament), la copii din comunitatea romă împinși în sărăcie datorită lipsei de educație școlară corespunzătoare, la familii evacuate din locuințe, la vârstnici singuri lipsiți de ajutor social, la tot mai mulți tineri dependenți de droguri – etnobotanice, la trafic de persoane, la depresii și demoralizare însoțite de acte suicidale sau la acte de o violență neîntâlnită în trecut, la

noua generație de copii infectați cu virusul HIV etc. Toate aceste probleme ridică semne de întrebare cu privire la însăși reorientarea obiectivelor majore ale asistenței sociale și a găsirii unor mecanisme noi de soluționare a lor. Până și tipurile de propuneri generatoare de soluții ar trebui readaptate la cerințele riscurilor noi și la contextul actual al restricțiilor bugetare.

Un factor important care a întreținut actuala situație în nesoluționarea unor probleme grave ale asistenței sociale este cel legat de menținerea și chiar accentuarea fragmentării instituțional-administrative, dar și a intervenției, uneori exagerată, a instituțiilor financiare mondiale și a factorului mediatic occidental. Incoerența măsurilor guvernamentale datorată și unor condiționalități multiple, venite din exteriorul sistemului de asistență socială au accentuat în fapt, problemele critice ale crizei sistemului bugetar generând dezechilibre în protecția și asistența socială a familiei și copilului. Procesul de elaborare a unei strategii naționale proprii de reformă a sistemului de asistență socială a fost frânat și distorsionat de asumarea unor cerințe venite și din exterior referitoare la tipurile și formele de ajutor social, atât ca număr, cât și ca valoare reală, la disponibilizări în masă din sistemul bugetar, la scăderea pensiilor și salariilor, la reducerea rolului statului social tocmai pe timp de criză.

Externalizarea serviciilor de asistență socială

Poate, cel mai grav aspect, indirect rezultat din noua Lege propusă, se referă la lipsa metodelor proprii de stimulare a serviciilor de asistență socială ca sistem public fundamental în asistență socială, alături de serviciile educaționale, de sănătate și securitate socială. Serviciile sociale de asistență, așa cum sunt acum conturate, după 25 de ani de funcționare a sistemului, sunt fragmentate și fără finanțarea necesară de la buget. Multe sunt monopolizate de ONG-uri, adesea susținute prin finanțare externă, sau preluate de pseudospecialiști pentru a fi dezvoltate prin programe și proiecte din fonduri europene. În această perspectivă ele nu se conturează ca sistem unitar de servicii, coerent structurat, bine gândit, armonios integrat la nivel de management de caz, cu o acoperire uniformă la nivelul ariilor geografice, a comunităților și a familiilor cu probleme. Dimpotrivă, sistemul apare ca o sumă de servicii sociale de asistență, dezvoltate haotic, la întâmplare ca presiuni/impuls la urgențe, fără o focalizare clară pe dificultățile generate de noul context al crizei actuale și fără o distribuție uniformă la nivel de țară. În realitate, sistemul public de servicii sociale de asistență este unul confuz conceput, cu goluri geografice grave și total ineficient în țintirea pe nevoi. În mare parte, reducerea serviciilor sociale de asistență s-a petrecut datorită unui proces iresponsabil de externalizare a lor

către prestatori de servicii necalificați, incompetenți sau lipsiți de fonduri suficiente pentru a le asigura o continuitate și o calitate corespunzătoare desfășurării lor în timp. Din păcate, acest proces este întărit și prin actuala lege. Nu identificăm aici o preocupare constantă pentru cristalizarea unor servicii structurate la nivel comunitar care să asigure o protecție reală a membrilor ei în fața riscurilor moderne: consumul de droguri, de alcool, prostituție și trafic de persoane, abuzuri de tot felul, descompunere morală a normelor de viață în familie, copii abandonati, lipsă de participare școlară în creștere etc. La acestea se adaugă și dezastrele naturale care nici ele nu ne-au protejat deloc pe timp de criză. Efectele distructive ale fenomenelor naturale, din nefericire, au fost suportate tot de familii sărace, persoane neajutate cu probleme de sănătate sau de cei în vârstă. În perioadele dramatice de luptă cu furia naturii, nu s-a simțit nici empatia guvernanților pentru cei în dificultate și nici acele ajutoare de asistență socială, din bugetul MMFPS, destinate pentru situații extreme/limită, deosebite ca urgență.

Dacă luăm în calcul politica guvernării actuale (atunci, Guvernul Boc) se produce o excludere iresponsabilă, dar și ilegală a tot mai multor persoane în dificultate, precum vârstnicii de peste 80 de ani, copii cu forme severe de dizabilități, romii fără identitate și adăpost, persoane cu boli rare, tinerii dezinstituționalizați etc. Apare un fenomen nou pentru o Românie modernă: oameni care nu au ce mânca și cu ce se încălzi pe timp de iarnă. Prin neglijență birocratică și o politică ostilă statului social, aceștia sunt eliminați de la orice forme instituționalizate de sprijin. De fapt, **reducerea până la excludere a tuturor formelor de suport social a celor în dificultate gravă apare ca urmare directă a externalizării serviciilor de asistență.**

Mai mult, **legea plasează la nivelul persoanelor vulnerabile, responsabilitatea pentru propria lor recuperare și integrare, eliminându-se astfel orice** perspectivă în refacerea viitorului lor etc. Un exemplu doar aș dori să menționez aici. Este cunoscut faptul că principala cale de a ieși din dependența ajutorului social este dată de asigurarea unui loc de muncă decent, stabil și potrivit calificării, și aspirațiilor profesionale. Persoanele cu risc de excludere de pe piața muncii, așa cum sunt de regulă beneficiarii de ajutor social, cu greu pot să-și asigure un loc de muncă adecvat datorită situației lor de marginalizare economică. Or, legea, fără a observa și efectele perverse ale unei asemenea motivări de angajare a beneficiarilor pe piața muncii, propune pentru persoanele beneficiare de asistență socială care își găsesc singure un loc de muncă sau se reîncadrează în muncă, sau încep o activitate pe cont propriu, să li se acorde facilități de genul: majorări ale beneficiului de asistență socială, prelungiri ale perioadei de acordare a beneficiului de asistență socială cu maximum trei luni,

stimulente pentru suplinirea unor servicii sociale, alte drepturi prevăzute de lege... În lipsa unor măsuri active de creare de locuri de muncă demne și potrivite calificărilor beneficiarilor, legea propune o situație care poate să aibă efecte perverse, nedorite în timp: căutarea de formă, în grabă a unui loc de muncă de către beneficiarul motivat mai mult de stimulentele venite în plus din partea asistenței sociale decât de dorința reală, sinceră de a munci.

Lipsa unei consilieri prealabile în stimularea motivației intrinseci pentru muncă a beneficiarului va duce la aruncarea lui pe piața muncii, dominată de competiție, fără siguranța reușitei de integrare pe termen mediu sau lung a celui mai puțin calificat/competent.

În fapt, se ignoră faptul că procesul de pregătire pentru un job sigur, adecvat și de durată este absolut necesar oricărei integrări sau reintegrări pe piața muncii. Acesta, în timp, este mult mai puternic pentru dobândirea autonomiei economice decât orice stimulente de ajutoare bănești.

Se ignoră prin lege faptul că scopul oricărui suport social este ieșirea totală a beneficiarului din dependența oricărei forme de ajutor și crearea în timp a unei autonomii economice. Or, este absurd să se propună beneficiarului, prin lege, ieșirea din dependența sistemului de ajutor de asistență socială prin alte stimulente/forme de dependență de asistență, fie ele chiar temporare. Beneficiarul, de regulă, cu o viziune prezenteistă, va accepta pe moment acele stimulente în plus, în fapt tot forme de asistență socială, oferite de Lege. Recompensa imediată de a mai beneficia încă trei luni de ajutorul social și de alte ajutoare complementare este dominantă la cei săraci, devenind obsesivă pentru beneficiar. Această recompensă susținută de norme ale culturii sărăciei și dependenței va presa, de regulă, asupra comportamentului beneficiarului pentru a fi obținută. Este vorba aici de o reîntărire a comportamentului lui dependent de asistență. Oricum, în lipsa unei conștientizări a necesității de angajare în muncă și a unui comportament centrat pe o cultură a muncii, este greu de presupus că angajarea, făcută numai prin eforturile proprii ale beneficiarului de asistență socială, este cea mai potrivită și devine constantă în timp. Cu rare excepții, acest gen de motivare a beneficiarului este una adăugată formal, fără nici o perspectivă de refacere a propriilor capacități normale de muncă. Nu sunt propuse prin lege forme de orientare a beneficiarilor către o cultură a muncii, cultură creată prin asimilarea la nivel de comportament a unor norme, principii și valori centrate pe respect pentru activități de muncă. În acest context, Legea stimulează mult prea puțin, și cu măsuri prea vagi, angajatorul în inovarea unor noi activități pentru absorbția pe piața muncii a unor persoane profund defavorizate economic. Este un fapt constatat că sărăcia și excluziunea socială se reflectă clar în rata scăzută de ocupare tocmai a populației marginalizate. În realitate, așa cum menționam mai sus,

un ajutor eficient pentru angajarea beneficiarilor, sau pentru găsirea unor locuri de muncă potrivite și stabile pentru ei, îl oferă procesul de formare responsabilă și cu mult profesionalism a unor deprinderi serioase de muncă. Aș exclude de aici acele calificări grăbite, aiurite ca denumire (vezi noile propuneri de profesii pentru nomenclatorul profesiilor – exemplu evaluator de evaluatori, gemalog – guvernare online, numărător de bani etc.) sau reconversii fără finalitate, certificate profesionale făcute fără legătură cu cerințele pieții muncii etc. Acest proces foarte costisitor de formare și reconversie, mai ales a beneficiarilor de asistență socială, rămâne la noi, în actualele condiții, un obiectiv fără rezultate vizibile în starea beneficiarilor și impact în politici de ocupare. Este făcut sub presiunea cerințelor moderne, de dragul programului și mai ales a câștigurilor aduse formatorilor. Oricum cineva câștigă. Nu cei cărora programul le este destinat, ci cei care l-au obținut nemeritat. De aceea, orice proces de calificare ar trebui automat dublat și de găsirea, inovarea, crearea unor locuri de muncă corespunzătoare celor formați. Altfel, procesul foarte costisitor de formare, calificare sau reconversie profesională, se transformă într-un avantaj de tip business al formatorilor. Deseori, el este profund păgubos pentru grupul format, pentru persoanele marginalizate. Acestora li se mai dă o speranță de angajare fără a li se deschide însă vreo oportunitate reală. Acest fapt devine frustrant, mai ales pentru cei marginalizați și induce în timp o neputință învățată. Astfel, lipsa de orizont și de predictibilitate a unui viitor privind ieșirea din dependența de ajutorul social a beneficiarilor, conduce la o demoralizare, cu risc de extindere a marginalizării/excluziunii sociale la familia lor, provocând situații dramatice și traume individuale și colective fără precedent. Așa se explică faptul că, prezenteismul, ca o caracteristică de bază a culturii sărăciei și disperării, devine o constantă majoră în viața cotidiană a celor marginalizați.

Procedura vicioasă de adoptare a legii

În primul rând, legea actuală, așa cum a fost adoptată urgent, doar mimează forme ale dialogului cu actorii sociali implicați.

Legea asistenței sociale, ca opțiune a Guvernului Boc, a devenit mai mult un subiect al disputelor politice, un instrument politic de propagandă, decât o propunere de dezvoltare viitoare a sistemului de asistență socială pe coordonatele lui cheie. Aceasta și datorită traseului neobișnuit de lansare a ei în parlament prin asumare guvernamentală. Normal, o lege cadru a asistenței sociale, ținând seama de semnificația ei majoră în contextul crizei sociale, ar fi necesitat o dezbatere serioasă, din perspective

multiple, cu actori comunitari, cu forțe instituționale de profil, cu specialiști în domeniu, cu partidele politice din opoziție, cu beneficiarii sistemului etc. Acest fapt ar fi fost de natură poate a asigura coerența măsurilor sociale propuse, chiar și pentru situațiile de excepție ale crizei. În realitate, trecerea legii, ca măsură de urgență prin parlament, a grăbit și chiar eliminat dialogul cu specialiștii. În primul rând, legea a sărit peste aprofundarea înțelegerii tuturor acelor situații sociale total neobișnuite, nemiîntâlnite în trecut, cu efecte extrem de grave pentru echilibrul uman. În al doilea rând, legea nu a luat în calcul aspectele nedorite ale măsurilor de austeritate care au agravat starea de marginalizare și sărăcie. Astfel, efectele explicite și implicite ale perioadei de austeritate nu sunt deloc surprinse și nici predictibile la nivelul unor schimbări favorabile active în viitorul beneficiarilor. Mai degrabă, legea este plină de promisiuni fără consistența unui suport real de realizare a acestora. Ea preia fragmente din teorii sociale ce se rezumă la simpla constatare generală, pasivă, a situației beneficiarilor și la posibile schimbări palide ale stării lor prezente, cu un impact minor în asigurarea autonomiei personale.

Evitarea discuțiilor proiectului de lege și în mediile academice, profesionale a blocat posibilitatea acesteia de corecție. În fapt, însuși textul legii, așa cum este formulat, descurajează discuțiile serioase bazate pe argumente. Se practică, tot mai mult, ca de altfel și în alte domenii, o nouă formă de dialog unidirecționat. Până la urmă asistăm la o nouă formă a unei dictaturi care mimează democrația instituțională. Se afișează un text pe site-ul instituției, de regulă, cu mare întârziere. Se cer într-un timp extrem de scurt reacții individuale și instituționale. În fapt, nimeni nu știe ce atitudine au ceilalți și dacă vreo critică/sugestie a fost luată în considerare. Autorul legii se plasează pe poziția de coordonator surd și moderator al unor discuții metodologice, paradoxal inexistente sau prost concepute.

Actuala Lege nu este numai confuză, dar, mai mult, distructivă pentru un sistem modern de asistență socială.

E greu de formulat concluzii vizavi de actuala lege. E o mimare demagogică a unei reforme, iar conținutul ei este împingerea sistemului de asistență socială, și așa subdezvoltat, la limitele unei supraviețuiri precare. Prin procedura de trecere prin parlament a acestei legi ca asumare guvernamentală, ca și în cazul altora amintite mai sus (legea educației, a pensiilor), se încalcă dreptul la discuții asupra unor probleme de importanță vitală pentru solidaritatea și securitatea comunitară. Și această pseudo reformă este un exercițiu de putere a guvernării chiar și asupra propriului ei parlament pe care cu mijloace de corupție și de șantaj și le-a creat.

Un exemplu poate fi adus aici doar cu două extrase din comentariile numeroase care au urmat adoptării Legii:

„Aplicarea acestei legi implică alocarea de resurse de la bugetul de stat (resurse umane și materiale), că de sponsorizări și donații nici nu poate fi vorba (apă de ploaie). Iar Guvernul a anunțat că în 2012 va mai disponibiliza încă 300.000-400.000 de funcționari astfel că rămân în sistem 1.000.000 de funcționari. Legi avem, însă bani nu avem. Ce, legea veche nu era bună?” ...

„Am citit de la cap la coadă legea respectivă. Este stufoasă, plină de ..blaa, bla, bla, cred că a conceput-o un vechi și demn activist comunist. Domnilor, chiar nu puteți să faceți o lege concisă, practic să înțeleagă omul ce trebuie să facă, fără atâta filozofie de prisos. Cred că intenționat faceți asta, să nu mai înțeleagă omul nimic. Deja în sistemul de asistență socială este un balamuc de nedescris. Privesc din afara acestui sistem și mă minunez cum unii primesc ajutor social fără să-l merite, iar alții ,bătrâni și orbi mor de foame. Sunteți mulți în sistem pe banii oamenilor și în multe cazuri nu lucrați obiectiv și cinstit. În perspectivă tot mai mulți oameni loviți de boli vor fi în atenția acestei legi pentru că sărăcia și sănătatea în special a atins cote maxime. **Vor fi oare atâția bani pentru acești oameni loviți de soartă? Nu cred”.**

Deprofesionalizarea sistemului. Confuzie sau intoleranță

Un proces îngrijorător de deprofesionalizare a sistemului este întărit și prin această lege. Mulți specialiști sunt folosiți fie în locuri de muncă fără viziune profesională, cu activități strict birocratice, fie sunt forțați să se recalifice datorită restrângerii serviciilor de asistență socială. Rolul acestora care ar trebui să fie în creștere, ținând seama de dificultățile mari ale perioadei de austeritate, este limitat de condiționările aberante ale angajării lor în sistem, cât și de un management organizațional defectuos. Pe linia unei strategii de politizare a punctelor strategice/de conducere din sistemul asistenței sociale, specialiștii sunt înlocuiți de neprofesioniști, numiți politic sau din rațiuni personale. Continuitatea și prestigiul profesiei sunt pe cale de a fi și ele marginalizate.

În loc ca funcțiile profesionale de asistență socială să fie difuzate în toate domeniile socialului și ale instituțiilor partenere lui, spiritul legii le blochează sau le restrânge. Prin Lege nu s-a luat deschis poziție față de impostura unui așa-zis COLEGIU PROFESIONAL al asistenților sociali care stopează de ani de zile, fără nici o rațiune, intrarea în sistem a tinerilor absolvenți de asistență socială, condiționând-o de înscrierea lor obligatorie în Colegiu. Deși se încalcă o lege organică a învățământului care dă validitate diplomelor obținute în sistemul universitar acreditat, și chiar Constituția țării

care dă libertatea de a te înscrie sau nu în asociații profesionale, noua Lege nu a observat eroarea prin care s-au impus regulamente colaterale restrictive practicării profesiei de asistent social prin admiterea unui Colegiu Profesional al asistenților sociali, care total nejustificat, controlează profesia. În acest timp, nevoia acută a asistenților sociali în școli este acoperită de angajarea body-guarzilor. În spitale, cabinetele de asistență socială sunt o excepție. Se pare că, mai degrabă, în sistemul penitenciar se pot identifica acțiuni pozitive în acest sens. De aici se lasă impresia că în administrația publică locală, asistența socială o poate face oricine (veterinari, tehnicieni, economiști, juriști, preoți, dar nu absolvenți de asistență socială care nu doresc să se înscrie într-un Colegiu al Asistenților Sociali – o organizație profesională autoritară, unică, obligatorie pentru orice absolvent care dorește să se angajeze în profesia sa etc.). Medicii de familie care se confruntă masiv și cu multe cazuri sociale nu beneficiază în echipa lor, cum ar fi normal, de sprijinul specializat al asistenților sociali profesioniști.

Chiar propunerile din noua lege a asistenței sociale lasă deschisă posibilitatea practicării profesiei, fără nici o restricție, și de către cei care provin din alt tip de formare decât cel al asistenței sociale. Doar un exemplu aici: în Art. 41, paragraf 4 se acordă posibilitatea de a desfășura activități superspecializate ca cea de identificare a beneficiarilor și cea de evaluare a nevoilor de către persoane cu o calificare medie sau subcalificate (lucrători sociali). Și acest lucru în condițiile în care asistenții sociali superspecializați chiar la nivel postuniversitar (prin forme de masterat, doctorat, postdoctorat) nu sunt acceptați în sistem de factorii decizionali, din diferite motive. În mod eronat, se lasă să se înțeleagă că asistența socială în România nu ar fi o profesie înalt specializată. O precizare se impune aici. Tocmai în condiții de austeritate și de restricții bugetare severe, lipsa fondurilor financiare bugetare poate fi compensată prin calitatea resurselor umane înalt calificate. Este cunoscut faptul că în orice situație, competențele din sistem pot suplini cu succes lipsa unui buget normal, confortabil dacă se apelează la un management performant. Epurarea politicilor sociale suportive active din sistemul asistenței sociale de actualii guvernanți (2012) s-a combinat în timp și cu lipsa de interes pentru continua lui profesionalizare. Necesitatea angajării numai a specialiștilor în scopul inițierii și dezvoltării unor servicii personalizate de calitate în asistență socială nu a devenit o regulă de angajare în sistem.

Lipsa de profesionalism în sistem poate duce la perturbații grave ale funcționării lui afectând fundamental drepturile beneficiarilor și respectul pentru păstrarea integrității și demnității lor personale. Utilizarea irațională/ineficientă a resurselor bugetare pe timp de criză care agravează dezechilibre în interiorul sistemului și erodează funcțiile lui poate fi corectată doar de specialiști.

În contextul restrângerii serviciilor publice de asistență, specialiștii sunt nevoiți să renunțe la misiunea și calificările lor superspecializate în asistență socială ca cea de consiliere, de furnizori de servicii sociale etc. și să se retragă în cochilia unor funcționari dominați de o birocrație absurdă. În realitate, specialistul, asistentul social, este cel care are datoria de a fi un bun consilier al celor nevoiași, excluși și marginalizați, de a-și păstra demnitatea și ținuta morală cerându-și drepturile ce i se cuvin. Aceasta întrucât **într-o societate modernă putem asista la o contradicție dintre principiile universale ale modernității - drepturi civile, egalitate, diferențiere funcțională, metode de argumentare, pe de o parte și structura exclusivistă a instituțiilor, care nu permite principiilor generale decât o realizare sectorială sau selectivă** (Beck, 1992, 14).

Regândirea posibilităților de revigorare a sistemului de asistență privit ca echilibru al unui complex unitar structurat de beneficii și servicii sociale nu se poate realiza decât bazându-ne pe utilizarea rațională a bugetului existent cu ajutorul unor resurse umane înalt performante.

Stabilirea cu claritate a diagnozei nevoilor și direcțiilor de acțiune în sistemul de asistență asigură cu precădere modul transparent de gestionare a ajutoarelor pentru cei care real se califică în sistem. Ajutoarele sociale trebuie să se focalizeze cât mai mult pe profilul nevoilor, pe responsabilitatea utilizării eficiente a bugetului.

Reactivarea funcțiilor sistemului de asistență, prin refacerea părților lui componente specifice, solicită urgent dezvoltarea politicilor sociale active în care asistența socială este parte. Acestea ar trebui să aibă în vedere o analiză multiplă a finalității funcțiilor asistenței sociale pe timp de criză referitoare la următoarele puncte cheie:

- Analiza sistemului de asistență socială în contextul larg al protecției sociale.
- Identificarea corectă a noilor probleme sociale de tip diagnoză în condiții de schimbare economico-socială specifice perioadei de austeritate.
- Activizarea beneficiarilor pentru refacerea propriei lor capacități de integrare în comunitate, în special pe baza ajutorului oferit de programele europene de asistență socială centrate pe familie, copil, comunități.
- Dezvoltarea la nivel comunitar a unui spirit de solidaritate și responsabilitate socială ca premisă a rețelelor de siguranță și dezvoltare comunitară.
- Fructificarea cât mai eficientă a rezultatelor obținute din cooperarea proiectelor europene pe asistență socială maximizând forța lor la

nivelul unor acțiuni de intervenție rapidă și schimbare comunitară și în familie.

- Schimbări la nivel de cercetare/acțiune în asistență socială cu precizia focalizării ajutoarelor în prestații și servicii, pe grupuri de beneficiari care se califică corect.
- Eficientizarea formelor de sprijin ale asistenței sociale prin prestații și servicii prin creșterea forței lor de intervenție și acțiune orientate spre schimbarea stării economice a beneficiarului și a ieșirii lui din dependența sistemului de suport.
- Intervenția activă, în perioada de austeritate, a organizațiilor nonguvernamentale și a serviciilor comunitare cu funcții complementare statului.
- Dezvoltarea unor politici active de integrare pe piața muncii a beneficiarilor prin crearea unei motivații orientată spre o cultură a muncii.
- Dublarea formelor de specializare, de reconversie profesională, concomitent cu crearea de noi locuri de muncă capabile să absoarbă imediat noile formări și specializări făcute prin programe.
- Mobilizarea efortului personal prin diferite forme pentru asigurarea unui trai decent și creșterea responsabilității pentru propria viață.
- Conștientizarea necesității de schimbare a vieții prin participare activă la construcția unui echilibru stabil în viața profesională și de familie a celor cu risc de exclusiune socială.

O concluzie se desprinde în acest context:

Reducerea ajutoarelor și a personalului bugetar din asistență socială afectează grav situația grupurilor marginalizate și nu rezolvă deficitul financiar actual. Aceste tăieri bugetare și reduceri permanente sunt în realitate nesemnificative în raport de cerințele creșterii economice pe timp de criză. Este bine cunoscut faptul că nu se poate ieși din criză prin măsuri dure aplicate grupurilor sărace și nici clasei mijlocii. Rezultatele vor fi minore la nivel de creștere economică iar impactul social negativ asupra populației va fi greu de contracarat mai târziu. Mai mult, aceste măsuri pot agrava în timp starea de dificultate, de risc de marginalizare a celor săraci, ridicând foarte mult în viitor costurile de refacere, de recuperare a grupurilor vulnerabile. Soluția clasică în asistența socială, de tip Robin Hood, poate fi revigorată și readusă în atenția decidenților politici. Se ia de la bogați și se dă la săraci, printr-un proces de redistribuire a resurselor obținute din creșterea impozitelor, taxelor pe bogăție. Oricum aceste adăugiri pot fi vizibile, perceptibile la nivelul bugetului și chiar pot ajuta la revigorarea economică.

Ca exemplu aș cita o lucrare recent apărută, în 2010, ***Just Give the Money to the poor***, ca un exemplu de propunere de schimbare de paradigmă în noul mod de a ajuta pe cei săraci în refacerea autonomiei personale pornind de la premisa responsabilității gestionării corecte a suportului material primit. Se concluzionează că ar fi mai bine a se aloca resurse direct celor care au nevoie de ele decât a se condiționa folosirea lor de criterii venite din exterior. Lucrarea citată m-a impresionat și prin încrederea acordată celor în dificultate care în mod demn ar putea contribui la refacerea propriei lor vieți dacă ajutorul ar fi orientat spre creșterea capacității lor de integrare normală în comunitate și dacă aceștia ar avea o cultură a responsabilității pentru viitorul lor. Cei în dificultate pot să-și aprecieze mai bine acoperirea propriilor nevoi de bază și să fie centrați pe refacerea capacităților lor de integrare. Pornind de la premiza că orice nevoie a unui grup în dificultate poate fi înțeleasă mult mai bine din interior, din perspectiva celui în dificultate, decât din exteriorul lui, Stiglitz în lucrarea lui ***În cădere liberă*** afirmă că s-au adus unele deformări în politicile sociale și în măsurile de austeritate, pe timp de criză, prin constrângerile exterioare impuse de organismele internaționale țărilor cu probleme sociale mari.

Stabilirea cu claritate a obiectivelor și direcțiilor de acțiune/schimbare în asistența socială plecând de la o analiză internă a nevoilor, va fi de natură a eficientiza formele ei de suport pe termen mediu și lung asigurându-le succesul/durabilitatea lor pentru creșterea bunăstării membrilor comunității.

E clar că actuala lege, atâta timp cât nu propune soluții realiste în favoarea celor defavorizați, este greu de imaginat că poate aduce o reformă. Mai degrabă, constatarea uimitoare ce se desprinde în final, degajată de spiritul legii, este lipsa de imaginație și de orizont în fixarea unor politici sociale active, necesare pe timp de criză. De aici și un sentiment greu de explicat: legea în actuala formă trebuie înlocuită printr-un proces profesional responsabil, democratic, de concepere a unor schimbări structurate în vederea recuperării persoanelor și grupurilor cu risc crescut de sărăcie și/sau excluziune socială.

Bibliografie

- Bauman, Z. (2001) *Comunitatea. Căutarea siguranței într-o lume nesigură*. București: Antet.
- Beck, U. (1992) *Risk Society. Towards a New Modernity*. London. Tr.: Sage Publications.
- Boehm, W. W. (1958) The Nature of Social Work, în *Social Work*, III, aprilie, 10-18.
- Giddens, A. (2007) *Europa în epoca globală*. București: Ziua.

- Gilbert, N., Miller, H. și Specht, H. (1980) *An Introduction to Social Work Practice*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Goldstein, H. (1973) *Social Work Practice: Unitary Approach*. Columbia: University of South Carolina Press.
- Hanlon, J., Barrientos, A. și Hulme, D. (2010) *Just give Money to the Poor*. Sterling: Kumarian Press.
- Lofsted, R. și Frewer, L. (eds.) (1998) *The Earthscan Reader in Risk & Modern Society*. London: Earthscan Publications Ltd.
- Preda, M. (coord.) (2009) *Raportul comisiei prezidențiale pentru analiza riscurilor sociale și demografice – Riscuri și inechități sociale în România* (raport de cercetare). București.
- Stiglitz, J. E. (2010) *În cădere liberă*. București: Publica.
- World Bank (2011) *The Jobs Crisis. Household and Government Responses to the Great Recession in Eastern Europe and Central Asia*, Washington D.C.: World Bank. Disponibil la http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2011/04/11/000386194_20110411025804/Rendered/PDF/608090PUB0Jobs10Box358332B01PUBLIC1.pdf.
- Zamfir, C. (coord.) (1999) *Politici sociale în România: 1990-1998*. București: Expert.
- Zamfir, C. (coord.) (2010) *Direcții strategice ale dezvoltării sociale: riscuri majore pentru România deceniului următor* (raport de cercetare). București: ICCV.
- Zamfir, C., Zamfir, E., Stănescu, I. și Ilie, S. (coord.) (2011) *România 2011: răspunsuri la criză* (raport de cercetare). București: ICCV.
- Zamfir, E. (1995) Serviciile de asistență socială, în E. Zamfir și C. Zamfir (coord.), *Politici sociale. România în context European*. București: Alternative, 100-121.
- Zamfir, E. (2003) O nouă filozofie a sistemului serviciilor de asistență socială. *Revista de Asistență Socială*, 1, 7-15.
- Zamfir, E. (2009) *Asistența Socială în România. Teorie și acțiune socială*. Texte alese. Craiova: Mitropoliei.
- Zamfir, E. (2010) Flexible working time arrangements in Romania. *Revista de Cercetare și Intervenție Socială*, 28, martie.
- Zamfir, E. (2010) *Support for single parents: How to overcome social assistance dependency by using work culture*. Disponibil la http://www.mutual-learning-employment.net/uploads/ModuleXtender/PeerReviews/80/Peer_country_discussion_paper_Romania.pdf.
- Zamfir, E. și Runcan, L. P. (coord.) (2011) *Riscuri și oportunități ale sistemului de asistență socială în România*. Timișoara: Excelsior Art.
- Zamfir, E. și Zamfir, C. (coord.) (1995) *Politici sociale. România în context European*. București: Alternative.

Analiza evoluției recente a beneficiilor de asistență socială gestionate de Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice¹

SIMONA MARIA STĂNESCU, ADINA DRAGOTOIU, ALINA IOANA MARINOIU

Introducere

Capitolul analizează evoluția sistemului de asistență socială din perspectiva ansamblului de beneficii de asistență socială din România². Întrebarea de la care a pornit cercetarea a fost: în ce direcție a evoluat sistemul de asistență socială în România ținând cont atât de moștenirea comunistă cât și de impactul adoptării diverselor opțiuni de configurare a politicii sociale în perioada post-decembristă? Prima parte a capitolului este dedicată delimitărilor conceptuale cu accent asupra raportului dintre sistemul contributiv și non-contributiv, prezentării principalelor elemente ale contextului european și a cadrului legal privind asistența socială atât în perioada comunistă cât și în cea post-decembristă. A doua parte detaliază evoluția ansamblului de beneficii de asistență socială din România din perspectiva construcției instituționale și a cadrului legislativ.

Analiza evoluției beneficiilor de asistență socială din România ca indicator al politicilor sociale adoptate în domeniu reliefează un caracter mai degrabă reactiv față de problemele sociale decât cristalizarea unei viziuni strategice capabile să permită anticiparea și planificarea. Asumarea pe termen scurt și lung a unei astfel de viziuni strategice privind dezvoltarea sistemului de asistență socială în România depinde de evaluarea și monitorizarea distribuției ansamblului beneficiilor de asistență socială cu o atenție specială asupra impactului acordării fiecăruia dintre acestea.

Capitolul analizează evoluția reglementărilor privind sistemul de beneficii de asistență socială³ din România, care face parte din sistemul

¹ O versiune preliminară a capitolului a fost publicată în articolul Stănescu, S. M.; Dragotoiu, A.; Marinoiu, A., 2012. Beneficiile de asistență socială gestionate de Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale, *Revista Calitatea Vieții*, XXIII, nr. 3, pp. 239-266

² O parte a cercetării a fost realizată în cadrul proiectului Phare 2004/016-772.04.02 „Întărirea capacității Ministerului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei în domeniul asistenței sociale” și a proiectului Phare 2005/017 – 553.04.02 „Continuarea proiectului de înființare a Agenției Naționale de Prestații Sociale”.

³ Autorii utilizează prioritar sintagma de „beneficii de asistență socială”, conform Legii 292/2011 a asistenței sociale. În anumite contexte, autorii au preferat utilizarea

național de asistență socială așa cum este el definit de legislația în vigoare (Legea 292/2011 a asistenței sociale).

Prima parte a capitolului include elemente conceptuale cu accent asupra sistemului contributiv *versus* sistemul non-contributiv. A doua parte cuprinde analiza cadrului legislativ privind sistemul de asistență socială în perioada comunistă și post-decembristă și prezentarea construcției instituționale actuale. Ultima parte a capitolului este dedicată imaginii de ansamblu privind beneficiile sociale gestionate de Ministerul Muncii, Familiei Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice (MMFSPV). Beneficiile sociale acordate de alți reprezentanți instituționali ai administrației publice centrale nu fac obiectul prezentei cercetări, dar sunt menționate succint.

Cadrul conceptual

Cercetarea a pornit de la întrebarea: în ce direcție a evoluat sistemul de asistență socială din România, ținând cont de moștenirea comunistă și de impactul adoptării diverselor opțiuni de configurare a politicii sociale în perioada post-decembristă. Aceasta din urmă poate fi caracterizată prin trei etape: „etapa reparatorie (...), etapa construirii de urgență a unui nou cadru legal și instituțional de politică socială, vital tranziției la economia de piață (...), etapa efectivă a tranziției cu o politică socială mai degrabă reactivă, cu puternice tendințe minimaliste” (Zamfir, C. 1999a, p. 41). Sunt analizate cele trei etape cu accent asupra situației actuale.

În contextul retragerii statului bunăstării din funcțiile sale clasice, al promovării responsabilității individuale pentru asigurarea propriei bunăstări (inclusiv prin mijloace inovatoare de inserție profesională activă pe piața muncii, precum economia socială) și al tendinței generale de a reduce cheltuielile sociale, una dintre problemele majore actuale de configurare a sistemului de protecție socială este opțiunea orientării sistemului de asistență socială *versus* oportunitățile de integrare pe piața muncii.

Una dintre întrebările și controversele legate de orientarea politicilor sociale este: în ce măsură sărăcia poate fi redusă printr-o orientare universalistă sau printr-una strict orientată către cei mai săraci? În urma analizei eficienței mai multor tipuri de programe de politică socială în reducerea inegalităților sociale, Korpi și Palme au formulat „paradoxul

sintagmei „prestații sociale”. Subliniem faptul că la momentul elaborării capitolului, site-ul MMFPS includea referiri la prestații sociale

redistribuirii: cu cât orientăm mai mult beneficiile doar către săraci și cu cât suntem mai preocupați de crearea egalității *via* transferuri publice către toți, cu atât mai puțin reducem sărăcia și inegalitatea” (Korpi, W.; Palme, J. 1999, pp. 681-682). În același spectru de idei, dezbaterea legată de beneficiile sociale universaliste față de cele înalt focalizate, ca instrumente de reducere a sărăciei în România, depinde de evitarea concentrării doar către cei aflați în sărăcie extremă, „neglijându-se persoanele relativ sărace sau aflate în diferite situații de dificultate” (Zamfir, C. 1999d, p. 144).

Asumarea responsabilității post-decembriste în domeniul protecției sociale a presupus căutarea unor soluții de politică publică la o serie de dileme, printre care: îmbunătățirea nivelului de trai și a calității vieții, în condițiile liberalizării prețurilor și privatizării (Mărginean, I. 2004, pp. 82-92), sau „statutul economiei de piață orientată social” (idem: 96). Similar altor țări post-comuniste, politica socială din România se confruntă cu dilemele specifice perioadei tranziției: extraprotecție *versus* evitarea excesului de protecție socială, solidaritate *versus* individualism și reparații post-comuniste *versus* ștergerea acestora, cu concentrare spre viitor (Zamfir, C. 2000, p. 16).

Oscilațiile în identificarea unor răspunsuri durabile la aceste întrebări, în contextul neasumării unei viziuni strategice de ansamblu, au avut efecte ireversibile din punct de vedere al eșecului politicilor sociale de a proteja anumite segmente ale populației expuse unui cerc vicios de risc de excludere socială.

Sistemul contributoriu versus sistemul non-contributoriu

Analiza raportului și a complementarității dintre sistemul contributoriu față de cel non-contributoriu reprezintă elemente centrale ale configurației sistemului de protecție socială și un aspect deloc de neglijat, din perspectiva costurilor implicate pentru politica socială. Fără a face obiectul central al cercetării incluse în capitol, prezentăm succint elementele definitorii ale sistemului contributoriu. Scopul acestui demers științific este acela de a poziționa sistemul non-contributoriu și, implicit, ansamblul prestațiilor sociale în tabloul general al protecției sociale.

Beneficiile sociale financiare, în sensul de „transferurile în bani sau în bunuri către persoanele care prezintă un important deficit de resurse financiare” pot fi clasificate în beneficii sociale contribuției (asigurări sociale) și non-contribuției (asistență socială) (Zamfir, E. 1999a, pp. 233-234).

În ceea ce privește sistemul contributoriu, asigurările sociale au fost definite ca „transferurile bănești de natură contributivă la care participă

statul, patronii și populația ocupată, destinate să realizeze întreținerea venitului beneficiarilor în condițiile în care aceștia nu mai au de lucru sau nu mai pot lucra” (Mărginean, I. 1999, p. 181). Transferurile financiare contribuitorii (asigurările sociale) au fost considerate un angajament al societății față de variatele riscuri sociale pe care individul le poate întâlni de-a lungul vieții și includ asigurările de pensii, asigurările de șomaj și serviciile de îngrijire a sănătății, împreună cu asigurările de sănătate (Cace, C. 2004, pp. 29-44). Asigurările contribuitorii se clasifică în: „asigurări de tip *bismarchian* (...), în care accentul se pune pe fondul de asigurări sociale (diferit de bugetul de stat), iar beneficiile sunt condiționate de contribuție și de mărimea acesteia (...) și [n. a.] asigurări de tip *beveridgean* care acoperă întreaga populație care a contribuit la bugetul de stat, beneficiile (au un nivel cantitativ și calitativ constant scăzut) sunt suportate din acest buget” (idem, pp. 30-31).

În rândul măsurilor contribuitorii, cele dedicate persoanelor care nu mai au un loc de muncă s-au dezvoltat în țara noastră „într-un cadru legal și instituțional, ajustat în timp, la un nivel comparabil cu sistemele țărilor cu mai vechi tradiții în ceea ce privește asigurarea împotriva riscului de șomaj” (Stroie, S. 1999, p. 445). Analiza perioadei post-comuniste a evidențiat totuși o dezvoltare relativ târzie a măsurilor active de stimulare a ocupării în raport cu cele pasive.

Evoluția sistemului de asigurări sociale din România a fost marcată de lipsa adoptării unei viziuni strategice și de implementarea unor decizii contradictorii. „Menținerea prestațiilor de asigurări sociale la un nivel relativ scăzut are consecințe negative pe termene scurt, mediu și lung, legate de deteriorarea nivelului de trai, a stării de sănătate și de educație a populației” (Mărginean, I. 1999, p. 198).

Sistemul non-contributoriu este cunoscut în literatura de specialitate drept sistemul asistenței sociale. Principiul de bază este sprijinirea temporară (Zamfir, E. 1993a, p. 46) a celor aflați în nevoie. Spre deosebire de sistemul contributoriu, bugetul acestuia nu provine din contribuțiile personale anterioare ci se bazează pe solidaritate socială și nu se acordă automat în toate cazurile, ci în general pe baza testării mijloacelor financiare (Zamfir, 1993b, p. 466; Pop, L. 1998, p. 74). Subliniem totodată faptul că spre deosebire de alte țări, România include în sistemul de asistență socială beneficii universale precum alocația pentru creșterea și îngrijirea copilului.

Există mai multe moduri de a cuantifica elementele sistemului de asistență socială. În funcție de activitățile principale, asistența socială include „ajutor în bani sau în natură, (...) finanțarea unor instituții (...) furnizarea de servicii specializate celor în nevoie” (Zamfir, E. 1999b, p. 21). Analiza cadrului legislativ privind reglementarea domeniului asistenței sociale din

România include două elemente definitorii: prestațiile și serviciile sociale. Odată cu adoptarea Legii 292/2011, terminologia „prestații sociale” a fost înlocuită cu cea de „beneficii sociale”.

Comparativ, principalele elemente comune ale sistemelor non-contributoriu și contributoriu sunt: angajamentul instituțiilor statului pentru funcționarea celor două sisteme în parametrii asumați prin adoptarea politicii sociale naționale și protecția celor vizați în fața riscurilor sociale pe care le pot confrunta de-a lungul vieții. Principalele diferențe dintre cele două sisteme constau în setul de criterii de eligibilitate pentru cei care beneficiază de transferurile contribuitorii, respectiv non-contribuitorii; în setul de criterii care reglementează perioadele de acordare a sprijinului și, nu în ultimul rând, în construcția bugetului aferent fiecărui sistem. Acest ultim element reprezintă principalul motiv pentru care, în contextul economic și demografic actual, dezbaterile publice subliniază atât evoluțiile în timp și proporția celor care contribuie la sistemul contributoriu, respectiv non-contributoriu, în raport cu cei care beneficiază cât și modalitățile de reducere în timp a „plasei de siguranță” reprezentată de asistența socială în favoarea identificării unor soluții de responsabilizare individuală.

Context european

În iunie 2010, guvernele statelor membre ale UE și-au asumat, prin Strategia Europa 2020 ca numărul persoanelor aflate în sărăcie să se reducă cu 20 de milioane până în 2020 (Comisia Europeană, 2010). Pentru măsurarea acestui deziderat-țintă, a fost stabilit un nou indicator care ține cont de multiplele fațete ale sărăciei: ***rata riscului sărăciei și de excluziune socială***. Conform Eurostat, acest indicator este, în fapt, o combinație a trei indicatori anteriori: numărul de persoane considerate a fi în risc de sărăcie, numărul de persoane aflate în deprivare materială severă și numărul de persoane cu vârsta sub 60 de ani care trăiesc în gospodării cu un nivel scăzut al intensității muncii.

Analize realizate recent au reiterat faptul că „deprivarea materială severă rămâne cea mai provocatoare formă a sărăciei și excluziunii sociale în Bulgaria și în România, unde 75%, respectiv 90% din populația aflată în risc de sărăcie și excluziune socială este afectată de deprivare materială severă” (European Commission 2011, p. 119).

PIB-ul pe locuitor este încă mic: 5.500 Euro față de 23.500 Euro media la nivelul celor 27 de state membre ale UE (anul 2009), în ciuda creșterii înregistrate în ultimii ani. „Prestațiile de protecție socială, în special a celor care sunt eligibili pentru prestații bazate pe testarea veniturilor, reprezintă o mică parte din PIB, și impactul redistribuției este mai mic decât

în restul Europei” (Comisia Europeană 2011, p. 119). În Programul Național de Reformă, prezentat de România Comisiei Europene în aprilie 2011, la secțiunea 6.5. „Incluziunea socială/ Reducerea sărăciei” se face precizarea că: „în perioada 2005-2010, în România sistemul de prestații sociale, ce include 14 tipuri de prestații, s-a extins fără a avea la bază o strategie coerentă”. Se menționează că ponderea în PIB a cheltuielilor cu prestațiile sociale a crescut de la 1,4% în 2005, la 2,86% în 2010, dar fără a avea un impact pozitiv asupra indicatorului privind măsurarea calității vieții (Guvernul României 2011, p. 114). Din acest motiv, pentru 2011-2013 se are în vedere o revoluționare a sistemului ce va contribui, printre altele, la „realizarea unei economii fiscale de aproximativ 0,78% din PIB la nivelul anului 2013” și „creșterea ponderii cheltuielilor cu prestațiile sociale pentru primele două decile” (Guvernul României 2011, p. 115). Este salutar obiectivul Guvernului orientat spre reformarea sistemului de prestații sociale dar considerăm că elaborarea unui studiu de impact privind rolul prestațiilor sociale și calitatea vieții cetățenilor României ar fi fundamentat o reformă în acest domeniu.

Analiza indicatorilor naționali privind sărăcia, și anume, rata sărăciei înainte și după transferurile sociale, ne conduce la concluzia că rata sărăciei crește foarte mult dacă sunt excluse transferurile sociale și mai ales pensiile. Astfel, în 2010, pe baza datelor calculate de INS, rata sărăciei calculată pe baza veniturilor disponibile minus transferurile sociale, inclusiv pensiile, a fost de 51,1% (cu 33,9 pp mai mare decât rata sărăciei înregistrată la nivel național). Dacă excludem pensiile, atunci rata sărăciei după transferurile sociale se reduce și devine 28,1% (doar cu 10,9 pp mai mare decât rata sărăciei înregistrată la nivel național). Ca urmare, pensia are cel mai mare impact asupra reducerii sărăciei monetare.

Cadrul legal privind asistența socială, în perioada comunistă

În domeniul asistenței sociale au fost identificate o serie de teorii: „teorii despre ceea ce este asistența socială (...), teorii despre cum se face asistență socială, (...) teorii privind lumea clientului”⁴ (Payne, M. 2011, p. 27). Încadrăm prezentul capitol în prima familie de teorii, și anume, cele dedicate temei „ce este asistența socială”. Demersul următor reprezintă o trecere în revistă a teoriilor „formale” (idem) despre ceea ce se înțelege a fi asistența socială în România. Metodologic, am optat pentru analiza documentelor

⁴ Pe baza analizei termenilor consacrați în domeniu, Payne (2011) utilizează sintagma „client” ca liant internațional comun pentru echivalentul beneficiarilor de asistență socială.

oficiale de politică publică, reprezentate de actele normative asumate de reprezentanții autorităților publice, în calitate de principali furnizori ai bunăstării. Scopul acestui demers științific este acela de a surprinde evoluția concepției și viziunii oficiale privind sistemul non-contributoriu din România cetățenilor, atât în perioada comunistă cât și în cea postdecembristă.

Abordarea domeniului politicii sociale în perioada comunistă a fost puternic influențată ideologic (Mărginean, I. 2004, p. 138). „Obiectivul fundamental al proiectului socialist a fost realizarea unei societăți înalt prospere cu un grad ridicat de omogenitate. Nu neapărat egalitară, dar cu inegalități moderate. Sărăcia, și cu atât mai puțin marginalizarea și excludiunea socială, se presupunea a nu avea loc în noua societate” (Zamfir, C.; Zamfir, E. 1999, p. 21). Implicit, viziunea asupra asistenței sociale a fost marcată de ideea participării la muncă.

Actele normative privind sistemul de protecție socială adoptate în perioada comunistă au pus accentul pe sistemul contributiv: pensiile de asigurări sociale de stat. În contextul valorizării ideologice a muncii, asistența socială a fost menționată tangențial în Legea 27/1966 (r2) privind pensiile de asigurări sociale de stat și pensia suplimentară. Conform art. 3, „pensionarii, precum și membrii lor de familie, au drept la asistență medicală, medicamente, materiale sanitare, asistență socială, ajutoare în caz de deces și alte drepturi, în conformitate cu normele legale în vigoare”. Sensul utilizat cu referire la asistența socială nu a fost cel non-contributiv, recunoscut în literatura de specialitate.

Un pas înainte în procesul de reflectare a sistemului non-contributiv în ansamblul politicii sociale l-a reprezentat adoptarea Legi 3/1977 privind pensiile de asigurări sociale de stat și asistența socială. În preambulul actului normativ s-a reafirmat rolul sistemului contributiv la asigurarea bunăstării: „munca constituie un drept fundamental și o îndatorire de onoare a tuturor membrilor societății. Toți cei apti de muncă sunt datori să presteze o activitate utilă, în raport de pregătirea și aptitudinile lor, de cerințele economiei naționale”. Spre deosebire de actul normativ anterior, Legea 3/1977 a menționat în premieră beneficiarii asistenței sociale în sensul: „persoanelor incapabile de muncă și lipsite de mijloace de existență, statul le acordă sprijin material în cadrul asistenței sociale”. Conform art. 76, „persoanele incapabile de muncă, datorită vârstei sau a bolilor cronice, invalizii, deficienții de toate categoriile, lipsiți de mijloace proprii de existență și care nu au susținători legali, beneficiază în condițiile prevăzute de lege de ajutor social sau de îngrijire în instituțiile de ocrotire și asistență socială, precum și de alte forme de asistență socială”. Spre deosebire de actul normativ anterior, prezentarea asistenței sociale în

Înțelesul său non-contributoriu reprezintă un câștig din punct de vedere conceptual și o aliniere la tendințele internaționale de dezvoltare a politicii sociale. Totuși, referirile la cheltuielile de întreținere în instituțiile de ocrotire și asistență socială oglindesc o viziune contributivă, cu excepția minorilor cu deficiențe fizice sau intelectuale (art. 78). Întreținerea „copiilor care au fost încredințați unor instituții de ocrotire” erau suportate din pensia de urmaș (art. 58 (2)). Conform art. 77 (1), pentru „pensionarii și alte persoane în vârstă sau bolnave care au posibilități materiale, dar au nevoie de îngrijire din partea altor persoane” cheltuielile erau acoperite „din pensie sau din contribuția soțului/soției, copiilor sau părinților” (art. 77 (2)).

Analiza cadrului legal privind domeniul asistenței sociale în România în perioada comunistă a evidențiat o puternică influență ideologică și o înțelegere a sistemului non-contributoriu mai degrabă ca un appendix al celui contributoriu.

Cadrul legal privind asistența socială în perioada post-comunistă

Reglementarea domeniului asistenței sociale s-a realizat în România după mai bine de un deceniu de la căderea regimului comunist. În oglindă, deceniul care a urmat a înregistrat adoptarea la intervale egale de timp a trei acte normative: Legea 705/2001 privind sistemul național de asistență socială, Legea 47/2006 privind sistemul național de asistență socială și Legea 292/2011 a asistenței sociale. În conformitate cu primul articol al fiecăreia dintre cele trei acte normative, acestea reglementează organizarea, funcționarea și finanțarea sistemului național de asistență socială.

Prezentăm în continuare evoluția reflectării domeniului asistenței sociale în legislația națională, a principiilor generale și a elementelor constitutive, cu accent pe ansamblul beneficiilor de asistență socială.

Viziunea asupra domeniului asistenței sociale este similară în legile care au vizat domeniul asistenței sociale în România: „ansamblul de instituții și măsuri prin care statul, autoritățile publice ale administrației locale și societatea civilă asigură prevenirea, limitarea sau înlăturarea efectelor temporare sau permanente ale unor situații care pot genera marginalizarea sau excluderea socială” (Legea 705/2001, art. 2; Legea 47/2006, art. 2). Definiția din Legea 292/2011 păstrează aceste elemente, dar nuanțează reprezentarea statului „de autoritățile administrației publice centrale și locale, precum și societatea civilă” (art. 2, alin. 1). Dacă Legea 705/2001 prevedea „marginalizarea sau excluderea socială a unor persoane” (art. 2), următoarele două acte normative au detaliat „a persoanei, familiei,

grupurilor ori comunităților” (Legea 47/2006, art. 2, alin. 1, Legea 292/2011, art. 2, alin. 1).

Referințele la sistemul național de asistență socială incluse în cele trei legi reflectă o cristalizare a viziunii strategice privind locul și rolul acestuia în ansamblul măsurilor de protecție socială. Dacă primele două legi se rezumă la a menționa doar apartenența la sistemul de protecție socială (Legea 47/2001, art. 2; Legea 47/2006 art. 2 alin. 2), Legea 292/2001 nu include această referință, dar punctează, „sistemul național de asistență socială intervine subsidiar sau, după caz, complementar sistemelor de asigurări sociale și se compune din sistemul de beneficii de asistență socială și sistemul de servicii sociale” (art. 2, alin. 2).

Referințele la principiile generale ale sistemului național de asistență socială oglindesc maturizarea progresivă a unei viziunii strategice. Legea 705/2001 includea: „respectarea demnității umane (...), universalitatea (...), solidaritatea socială (...), parteneriatul (...), subsidiaritatea” (art. 6). Principiile au fost preluate și reorganizate în Legea 47/2006, adăugându-se „participarea beneficiarilor (...), transparența (...), nediscriminarea” (art. 4). Principiile generale au fost integral preluate, reorganizate și completate inclusiv cu o serie de valori: „abordarea individuală (...), eficacitatea (...), eficiența (...), respectarea dreptului la autodeterminare (...), activizarea (...), caracterul unic al dreptului la beneficiile de asistență socială (...), proximitatea (...), complementaritatea și competitivitatea (...), egalitatea de șanse (...), confidențialitatea (...), echitatea (...), focalizarea și dreptul la libera alegere a furnizorului de servicii” (Legea 292/2011, art. 5).

Cele trei acte normative post-decembriste referitoare la sistemul de asistență socială definesc similar structura sistemului național de asistență socială: „drepturile acordate prin prestații în bani sau în natură, precum și serviciile sociale” (Legea 705/2001, art. 5, alin. 2), „serviciile sociale și prestațiile sociale acordate în vederea dezvoltării capacităților individuale sau colective pentru asigurarea nevoilor sociale, creșterea calității vieții și promovarea principiilor de coeziune și incluziune socială” (Legea 47/2006, art. 2, alin. 2) și „beneficii de asistență socială și sistemul de servicii sociale” (Legea 292/2011, art. 2, alin. 2). Analiza ne permite să concluzionăm că există o viziune comună asupra celor două elemente constitutive ale sistemului național de asistență socială: prestațiile sociale (înlocuite în Legea 292/2011 cu sintagma de „beneficii de asistență socială”) și serviciile sociale (cap III din Legea 705/2001, art. 2 (2) din Legea 47/2006 și art. 2 (5) din Legea 292/2011).

Tabelul nr. 1 Categoriile de prestații/ beneficiile de asistență socială

Categorii	Legea 705/2001	Legea 47/2006	Legea 292/2011
Alocații familiale	X	x	
Alocații			x
Ajutoare sociale și speciale	X		
Ajutoare sociale	X	x	x
Ajutoare sociale comunitare			x
Ajutoare de urgență			x
Indemnizații și facilități		x	x ⁵
Indemnizații			x
Facilități			x

Sursa: Legea 705/2001 (art. 13), Legea 47/2006 (art. 17 (1), Legea 292/2011 art. 11-13.

Odată cu intrarea în vigoare a Legea 292/2011 a asistenței sociale, s-a înlocuit expresia „prestații sociale” cu cea de „beneficii de asistență socială”, folosită în plan internațional. Totodată nu s-au adus modificări semnificative legate de sistemul de asistență socială *versus* securitate socială sau de funcționarea și organizarea sa. Actul normativ în vigoare menționează faptul că „sistemul național de asistență socială intervine subsidiar sau, după caz, complementar sistemelor de asigurări sociale și se compune din sistemul de beneficii de asistență socială și sistemul de servicii sociale” (art. 2, alin. 2). Definițiile beneficiilor de asistență socială dată de legiuitor sunt: „măsuri de redistribuire financiară/materială destinate persoanelor sau familiilor care întrunesc condițiile de eligibilitate prevăzute de lege” (art. 6, lit. c) și „o formă de suplimentare sau de substituție a veniturilor individuale/familiale obținute din muncă, în vederea asigurării unui nivel de trai minimal, precum și o formă de sprijin în scopul promovării incluziunii sociale și creșterii calității vieții anumitor categorii de persoane ale căror drepturi sociale sunt prevăzute expres de lege” (art. 7).

⁵ Legea 292/2011 diferențiază între indemnizații pentru creșterea copiilor și facilități, în condițiile legii, acordate în cadrul Beneficiilor pentru susținerea copilului și a familiei (art. 12, c și d) și indemnizații de îngrijire și facilități, în condițiile legii, acordate în cadrul Beneficiilor de asistență socială pentru sprijinirea persoanelor cu nevoi speciale (art. 13 (2) b și c).

Tabelul nr. 2. Categoriile de beneficii de asistență socială

Categoriile	Caracteristici	Categoriile principale
Pentru prevenirea și combaterea sărăciei și riscului de excluziune socială	- acordate pe perioade determinate sau pentru situații punctuale - din bugetul de stat și/sau din bugetele locale	Ajutoare sociale
		Ajutoare sociale comunitare
		Ajutoare de urgență pentru situații de calamitate naturală, incendii, accidente etc.
		Burse sociale și ajutoare financiare pentru facilitarea accesului la educație
		Ajutoare în natură, alimentare și materiale, inclusiv cele acordate în cadrul programelor de sprijin educațional pentru copii și tinerii proveniți din familii defavorizate
		Ajutorul acordat refugiaților, precum și persoanelor care au obținut protecție subsidiară în România;
Pentru susținerea copilului și familiei	- au în vedere nașterea, educația și întreținerea copiilor	Alocații pentru copii
		Alocații pentru copiii lipsiți, temporar sau permanent, de ocrotirea părinților
		Indemnizații pentru creșterea copiilor
		Facilități, în condițiile legii
Pentru sprijinirea persoanelor cu nevoi speciale	- pentru asigurarea nevoilor de bază ale vieții, cât și în scopul promovării și garantării exercitării de către acestea a drepturilor și libertăților fundamentale și participării depline la viața socială	Alocații pentru persoanele cu dizabilități
		Indemnizații de îngrijire
		Facilități, în condițiile legii

Sursa: Legea 292/2011 a asistenței sociale, art. 11-13.

Legea 292/2011, cea mai recentă reglementare a domeniului asistenței naționale din România, a adus o serie de clasificări ale beneficiilor

de asistență socială, care însă nu diferă semnificativ față de organizările anterioare din Legea 705/2001, respectiv Legea 46/2006.

Construcție instituțională

Prestațiile sociale în România sunt acordate de mai multe ministere, principalul fiind MMFPSPV. De-a lungul timpului, alte ministere cu responsabilități alocate în domeniul acordării diverselor beneficii de asistență socială au fost și continuă să fie: Ministerul Educației, Cercetării și Tineretului; Ministerul Apărării Naționale și Ministerul Sănătății. Analiza instituțională detaliată în continuare este orientată prioritar asupra MMFPSPV și structurilor sale din teritoriu.

Înființarea Agenției Naționale pentru Prestații Sociale (ANPS) a urmat un proces progresiv de consolidare, având la bază Memorandumul Ministerului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei (MMSSF) privind reforma instituțională în domeniul asistenței sociale (2005). Argumentul principal în favoarea acestei decizii strategice de construcție instituțională l-a reprezentat nivelul scăzut de eficiență în administrarea și gestionarea prestațiilor sociale „având în vedere că plata acestora se realizează de o multitudine de instituții” (MMSSF 2005, p. 3). Printre principalele avantaje ale înființării ANPS menționăm: „sistem integrat pentru plata tuturor prestațiilor, acordarea prestațiilor într-un sistem integrat o singură dată pe lună, realizarea dosarului familiei, care va asigura o mai bună cunoaștere a situației transferurilor financiare pentru familie și membrii acesteia, cost redus, rezultat din centralizarea tuturor etapelor procesului de plată, gestionarea eficientă a fondurilor alocate pentru plata prestațiilor sociale, asigurarea exportabilității prestațiilor sociale” (idem: 6-7). Legea 47/2006 privind sistemul național de asistență socială, art. 30 (1) a înființat ANPS, lansând totodată premisele unui alt proiect ambițios necesar gestionării prestațiilor sociale: sistemul managerial informațional privind prestațiile sociale.

Deși data de 1 ianuarie 2008 a reprezentat data limită reglementată juridic pentru înființarea ANPS (art. 49, alin. 1 din Legea 47/2006), abia de la 1 noiembrie 2008 ANPS a început să funcționeze efectiv (art. IV, alin. 1, OUG 108/2008 pentru modificarea unor acte normative din domeniul social).

Din perspectiva eficientizării raportului cost-beneficiu, în sistemul de asistență socială au existat propuneri de reorganizare instituțională, fie prin desființarea tuturor organismelor „care-și arogă drepturi și responsabilități în asistența socială (...) și înființarea în cadrul Ministerului Muncii (...) a unui singur Departament de Asistență Socială, care să coordoneze toate programele și activitățile în domeniu (...)”, fie prin

„proiectul unui Minister al Afacerilor Sociale în structura Guvernului, prin divizarea actualului MMFES [n. a. MMFPSPV], care să preia întregul domeniu al protecției sociale” (Buzducea, D. 2009, p. 132).

Conform Legii 292/2011, MMFPSPV „susține financiar și tehnic programele sociale și exercită controlul asupra acordării beneficiilor de asistență socială și a serviciilor sociale” (art. 104, alin. 2) iar printre atribuțiile principale se numără și „finanțarea beneficiilor de asistență socială acordate din bugetul propriu” (art. 106, lit. f).

Conform OUG 113/2011 privind organizarea și funcționarea Agenției Naționale pentru Plăți și Inspecție Socială, începând cu 1 ianuarie 2012, Inspecția Socială a fost transferată către Agenția Națională pentru Prestații Sociale, înființându-se astfel Agenția Națională pentru Plăți și Inspecție Socială. Conform art. 2 (1), „Agenția are ca scop administrarea și gestionarea într-un sistem unitar de plată a beneficiilor de asistență socială și a altor programe privind serviciile sociale susținute de bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale, realizarea de activități de evaluare și monitorizare a serviciilor sociale, precum și controlul măsurilor de asistență socială privind prevenirea, limitarea sau înlăturarea efectelor temporare ori permanente ale unor situații care pot genera marginalizarea sau excludiunea socială”. Acest fapt generează un conflict de interese, având în vedere rolul specific al Inspecției Sociale de a controla, evalua și monitoriza actorii instituționali implicați în acordarea prestațiilor și serviciilor sociale. Nu apare oare un conflict de interese, având în vedere faptul că Agențiile de Plăți Sociale ar trebui să fie chiar unii din operatorii ce trebuie controlați? Pe de altă parte, în contextul reorganizării și desființării ulterioare a fostelor structuri ale MMSSF în teritoriu, reprezentate de Direcțiile de Muncă și Solidaritate Socială, și realocării resurselor pentru înființarea Agențiilor Județene pentru Plăți și Inspecție Socială, considerăm această reorganizare instituțională un regres. În contextul blocării procesului de recrutare a resurselor umane în sistemul public, această regroupare ar putea avea efect negativ pe termen scurt asupra serviciilor sociale, iar pe termen lung, asupra beneficiilor de asistență socială.

Subliniem faptul că prin Legea 292/2011 a asistenței sociale se stipulează: „Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale, pentru activitatea de stabilire și plată a beneficiilor de asistență socială asigurate din bugetul de stat alocat acestui minister, precum și pentru activitatea de inspecție, organizează instituții de specialitate, cu sau fără personalitate juridică, în scopul realizării unui sistem unitar de administrare a beneficiilor de asistență socială și de evaluare, monitorizare și control în domeniul asistenței sociale (art. 107, alin. (1)). Organizarea și funcționarea instituțiilor ce vor avea rolul menționat se vor stabili prin lege (art. 107, alin. (3)). Nu se

mai menționează explicit Agenția Națională pentru Prestații Sociale și Inspecție Socială, cu toate că la art. 108, un articol ce se referă la personal, inclusiv inspectori sociali, la alin. (5) se precizează că modul de funcționare și atribuțiile Inspecției Sociale se vor stabili prin HG. Acest aspect este neconcordanț cu legea adoptată.

Actul normativ din 2011 referitor la sistemul național de asistență socială reia ideea din Legea 47/2006 privind înființarea Observatorului Social ca instrument instituțional care are rolul: „de a colecta și analiza la nivel național datele privind politicile publice în domeniul protecției sociale, ocupării forței de muncă, locuirii, educației, sănătății, informării, comunicării, mobilității, securității, justiției și culturii ca parte integrantă din procesul de incluziune socială, de a elabora rapoartele naționale în domeniu, precum și de a formula recomandări și propuneri în vederea eficientizării procesului de luare a deciziilor în domeniile menționate” (art. 109, alin. (2)). Ne întrebăm dacă și de data aceasta va rămâne doar un element de strategie ce nu va avea susținerea guvernamentală și politică reală pentru a fi efectiv pus în practică.

Imagine detaliată a beneficiilor de asistență socială din România

Prezentăm în continuare ansamblul beneficiilor de asistență socială, conform cadrului legislativ în vigoare. Scopul acestui demers este surprinderea evoluției și inventarierea a ceea ce există în sistem în acest moment. Ordinea prezentării beneficiilor de asistență socială are la bază, în principal, criteriul cronologic al adoptării actelor juridice de constituire.

Alocația de stat pentru copii

În perioada comunistă, acordarea unor beneficii era strâns legată de participarea în câmpul muncii. În acest sens, prestația era acordată capului de familie, de regulă tatăl, numai dacă avea un contract de muncă pe durată nedeterminată. Un exemplu în acest sens este alocația de stat pentru copii (una dintre cele mai longevive prestații sociale), acordată doar părinților care lucrau (Zamfir, C.; Zamfir, E. 1999, p. 21). Pe lângă transferurile sociale condiționate de muncă, mai erau acordate transferuri necondiționate pentru cei în nevoie, pe baza testării veniturilor. „Alocațiile pentru copii nu erau universale, nu numai pentru că ele nu erau acordate celor care nu lucrau în sistemul de stat, dar și pentru că se acordau doar familiilor care aveau un venit sub un anumit prag” (idem: 22). Valoarea alocațiilor de copii reprezentau echivalentul a 10% din salariul mediu (Zamfir, E. și alții, 1999, p. 289). Alocația pentru copii a fost universalizată în etapa de construire de urgență a unui cadru instituțional și legislativ necesar elaborării strategiei de tranziție a politicii sociale, după 1989 (Zamfir, C. 1999a, pp. 41, 62).

Alocația de stat pentru copii este singura prestație socială cu caracter universal ce se acordă pentru „copii încadrați în gradul I sau II de invaliditate, precum și copii cu handicap (...) până la împlinirea vârstei de 18 ani” și pentru „tinerii în vârstă de peste 18 ani, (...) până la terminarea cursurilor învățământului liceal sau profesional, organizate în condițiile legii” (art. 1, alin. 1 și 2 din legea 261/1998 pentru modificarea și completarea Legii nr. 61/1993 privind alocația de stat pentru copii). Această prestație este cea mai longevivă din sistemul național de asistență socială, fiind instituită în anul 1993, atunci când a început, în fapt, clădirea sistemului românesc, după o perioadă de comunism în care nimeni nu era sărac. Subliniem faptul că acest tip de prestație, în multe state europene de protecție socială, aparține sistemului securității sociale, fiind finanțate dintr-un fond construit de contribuțiile angajaților. Pentru copiii în vârstă de până la doi ani, respectiv trei ani în cazul copilului cu handicap, începând cu anul 2007, alocația de stat se acordă în cuantum de 200 lei/lună/copil. Pentru copiii care nu au un handicap și sunt în vârstă de peste doi ani, începând cu anul 2009, cuantumul este de 42 lei/lună/copil, iar pentru copiii mai mari de trei ani care au un handicap, cuantumul este dublu (84 lei) (MMFPS 2010a, p. 3, MMFPSPV 2013, p. 3). Valorile acestor cantumuri s-au menținut și în perioada 2011-2012. După cum se poate observa și în tabelul de mai jos, cuantumul alocației de stat pentru copii nu a mai fost actualizat din 2007 pentru copii cu handicap și din 2009 pentru copii fără handicap.

Tabelul nr. 3. Evoluția cuantumurilor alocației de stat pentru copii

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Cuantumul alocației de stat pentru copiii în vârstă de până la 2 ani, respectiv 3 ani în cazul copilului care are un handicap (lei/lună/copil)	24	24	200	200	200	200	200	200	200	200
Cuantumul alocației de stat pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 3 și 18 ani	24	24	25	32 lei (01.01-29.02); 40 lei (01.03-	42	42	42	42	42	42

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
(lei/lună/copil)				31.12)						
Cuantumul alocației de stat pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 3 și 18 ani și care au un handicap (lei/lună/copil)	48	48	50	64 lei (01.01-29.02); 80 lei (01.03-31.12)	84	84	84	84	84	84

Sursa: MMFPS, Raportul statistic privind activitatea MMFPS în domeniul incluziunii sociale în anul 2010, 2010, 2013.

Alocația pentru copiii nou-născuți

Alocația pentru copiii nou-născuți a fost instituită ca o măsură de sprijin pentru familiile cu copiii. Alocația s-a acordat o singură dată, pentru fiecare dintre primii patru copii născuți vii.

Tabelul nr. 4. Evoluția cuantumului alocației pentru copiii nou-născuți

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Cuantumul alocației pentru copiii nou născuți	186	195	204	213	230	230

Sursa: MMFPS, Raportul statistic privind activitatea MMFPS în domeniul incluziunii sociale în anul 2010, 2010a.

Trusoul pentru nou născuți

O altă formă de suport instituită începând cu 1 ianuarie 2007 este trusoul pentru nou născuți. Această prestație s-a acordat pentru fiecare copil nou-născut, dar nu sub formă de haine, lenjerie și produse pentru îngrijire cum s-a stipulat inițial în actul normativ, ci sub formă monetară fiind mai ușor de administrat. Cuantumul a rămas relativ constant de la intrarea în vigoare a legii respectiv, în sumă de 150 lei. Acest trusou se acordă o singură dată de către autoritățile administrației publice locale, la ieșirea copilului din maternitate sau la eliberarea certificatului de naștere (MMFPS 2010a, p. 8).

Tichetele de creșă

Conform Legii 193/2006 privind acordarea tichetelor cadou și tichetelor de creșă, angajatorii pot să acorde salariaților proprii tichetele de creșă pentru copii acestora dacă doresc să beneficieze de serviciile oferite în creșe. Tichetele s-au acordat din semestrul II 2006.

Tabelul nr. 5. Evoluția valorii nominale a tichetului de creșă

	2006	2007	2008	2009
Valoarea nominală a tichetului de creșă	300 (01.06.2006-31.01.2007)	310 (01.02.2007-31.07.2007) 320 (01.08.2007-31.01.2008)	330 (01.02-31.07) 340 (01.08.2008-31.01.2009)	350 (01.02.2009-31.07.2009) 360 (01.08.2009-31.01.2009)

Sursa: Actele normative în vigoare.

Indemnizația pentru creșterea copilului și stimulentele

OUG 148/2005 privind susținerea familiei în vederea creșterii copilului a instituit noi forme de suport începând din 2006. Prestația socială a parcurs modificări succesive, una dintre ele fiind „la sfârșitul anului 2008 în scopul corectării unor inechități referitoare la persoanele al căror nivel de salarizare depășea pe cel al indemnizației acordate anterior (de 600 lei). Astfel, începând cu data de 1 ianuarie 2009, persoanele care, în ultimul an anterior datei nașterii copilului, au realizat timp de 12 luni venituri profesionale supuse impozitului pe venit potrivit prevederilor Legii 571/2003 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, beneficiază de concediu pentru creșterea copilului în vârstă de până la 2 ani sau, în cazul copilului cu handicap, de până la 3 ani, precum și de o indemnizație lunară în cuantum de 600 lei sau, opțional, în cuantum de 85% din media veniturilor realizate pe ultimele 12 luni, dar nu mai mult de 4 000 lei, în timp ce în anul anterior cuantumul indemnizației era de 600 lei, indiferent de veniturile realizate” (MMFPS 2010a, p. 10). Pentru copiii proveniți din sarcini multiple (gemeni, tripleți etc.) se acordă suplimentar 600 lei pentru fiecare copil începând cu cel de-al doilea. Având în vedere măsurile de austeritate pe care Guvernul României le-a luat în anul 2010 (Legea 118/2010), începând cu luna iulie 2010 cuantumul indemnizației s-a diminuat cu 15% dar nu mai puțin de 600 lei lunar.

Începând cu 1 ianuarie 2011, actul normativ s-a modificat prin OUG 111/2010 privind concediul și indemnizația lunară pentru creșterea copilului. Conform legiuitorului, principala cauză a acestei modificări a fost stimularea creșterii participării femeilor pe piața muncii. Modificarea actului normativ creează premisele flexibilizării sistemului de acordare astfel încât părinții să poată decide pentru una dintre cele două opțiuni:

● **Opțiunea 1** - concediul și indemnizația pentru creșterea copilului până la vârsta de 1 an. Indemnizația lunară este în cuantum de 75% din

media veniturilor nete realizate pe ultimele 12 luni. Indemnizația nu poate fi mai mică de 600 lei și nici mai mare de 3400 lei. Dacă se alege această variantă, părinții beneficiază și de un stimulent de inserție profesională, în cuantum de 500 lei/lună.

● **Opțiunea 2 - concediul și indemnizația pentru creșterea copilului** până la vârsta de 2 ani. Alegerea acestei variante conduce la acordarea indemnizației, lunar, în cuantum de 75% din media veniturilor nete realizate pe ultimele 12 luni, fără însă a beneficia și de stimulentele de inserție profesională. Însă, și limita maximă a prestației este diminuată considerabil, și anume indemnizația nu poate fi mai mică de 600 lei și nici mai mare de 1 200 lei.

Actul normativ precizează de asemenea, posibilitatea părinților care au în întreținere un copil cu handicap să beneficieze de indemnizație până la împlinirea vârstei de 3 ani a copilului, cuantumul indemnizației fiind în valoarea de 75% din media veniturilor nete realizate pe ultimele 12 luni. Cuantumul indemnizației nu poate fi mai mic de 600 lei sau mai mare de 3400 lei. În situația în care părinții revin la locul de muncă înainte de împlinirea celor 3 ani de concediu la care au dreptul, primesc stimulentele de inserție profesională în valoare de 500 lei lunar până la împlinirea vârstei de 3 ani a copilului.

Alocația familială complementară și alocația de susținere pentru familia monoparentală

Aceste două prestații au fost instituite pentru a sprijini familiile cu copii, și în special a celor cu mai mulți copii și a familiilor monoparentale, unele dintre categoriile cele mai afectate de sărăcie. Datele INS reconfirmă faptul că, și la nivelul anului 2010, rata sărăciei în rândul familiilor cu copii este mai mare decât rata sărăciei înregistrată la nivel național (17,2%):

● **Țărinte singur, cu cel puțin 1 copil** – 22,7% (cu 5,5 puncte procentuale mai mare decât rata sărăciei naționale);

● **Doi aduși cu doi copii** – 18,9% (cu 1,7 puncte procentuale mai mare decât rata sărăciei naționale);

● **Doi aduși cu trei și mai mulți copii** – 49,1% (cu 31,9 puncte procentuale mai mare decât rata sărăciei naționale).

Astfel, aceste prestații se adresează familiilor ce au în îngrijire copii și realizează venituri sub valoarea unui prag stabilit de lege, care, în principiu, a avut ca algoritm de calcul pragul sărăciei.

Tabelul nr. 6. Limita de venituri nete lunare pe membru de familie până la care se acordă alocația familială complementară și alocația de susținere pentru familia monoparentală, 2008–2010 (lei)

Indicator	Începând cu luna:					2010
	01.2008	11.2008	01.2009	02.2009	06.2009	
Limita de venituri lei/persoană	184	423,3	465,9	480,8	470	470
Pragul sărăciei relative (lei/lună/adult echivalent)	459,3	459,3	512,5	512,5	512,5	503,5
Pragul sărăciei absolute (lei/lună/adult echivalent)	247,2	247,2	258,9	258,9	258,9	279,6

Sursa: MMFPS, Raportul statistic privind activitatea MMFPS în domeniul incluziunii sociale în anul 2010, 2010a; MMFPS, Raport privind incluziunea socială în România în anul 2010, 2010b.

Analiza evoluției cuantumurilor celor două beneficii de asistență socială evidențiază o valoare constant mai ridicată în cazul alocației de susținere a familiei monoparentale.

Tabelul nr. 7. Evoluția cuantumurilor celor două beneficii de asistență socială

Indicator	Anii					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Alocația familială complementară						
familii cu un copil	32	34	36	38	50	50
familii cu 2 copii	38	40	42	44	60	60
familii cu 3 copii	43	45	47	49	65	65
familii cu 4 și mai mulți copii	48	50	52	54	70	70
Alocația de susținere a familiei monoparentale						
familii cu un copil	48	50	52	54	70	70
familii cu 2 copii	56	59	62	65	80	80
familii cu 3 copii	64	67	70	73	85	85
familii cu 4 și mai mulți copii	72	76	79	83	90	90

Sursa: MMFPS, Raport privind incluziunea socială în România în anul 2010, 2010b.

Pentru beneficiarii de ajutor social care îndeplinesc condițiile de eligibilitate pentru una din cele două prestații, cuantumul alocațiilor se majorează cu 25% (MMFPS 2010b, p. 13).

Începând cu 1 ianuarie 2011, cele două prestații au fost abrogate și înlocuite de **alocația pentru susținerea familiei**. Această alocație familială nu se deosebește foarte mult de precedentele, fiind orientată pe stimularea participării școlare. Au fost stabilite două nivele ale limitelor de venit până la care se acordă prestația în funcție de tipologia familiei dar diminuându-se față de nivelul precedentelor prestații.

În luna mai 2013 a fost adoptată OUG 42/2013 pentru modificarea Legii 416/2001 și a Legii 277/2010. Aceasta a prevăzut majorarea limitei de venituri până la care se acordă alocația pentru susținerea familiei de la 370 lei/membru de familie la 530 lei/membru de familie, cu modificarea celor două intervale de venituri la 0 – 200 lei/persoană și 201 lei/persoană – 530 lei/persoană, precum și majorarea cuantumului alocației cu 30%, începând cu drepturile aferente lunii iulie 2013.

Tabelul nr. 8. Care este valoarea alocației pentru susținerea familiei?

A. Familie cu ambii părinți

Indicator	2010	2011	2012	2013 (ianuarie – iunie)
Dacă venitul mediu lunar pe membru de familie este de până la 200 lei				
familii cu un copil	50	30	30	30
familii cu 2 copii	100	60	60	30
familii cu 3 copii	150	90	90	90
familii cu 4 și mai mulți copii	200	120	120	120
Dacă venitul mediu lunar pe membru de familie este de până la				
	201-370 lei			
familii cu un copil	45	25	25	25
familii cu 2 copii	90	50	50	50
familii cu 3 copii	135	75	75	72
familii cu 4 și mai mulți copii	180	100	100	100

Sursa: Actele normative în vigoare.

Indicator	2013 (iulie-decembrie) 2011	2014
Dacă venitul mediu lunar pe membru de familie este de până la 200 lei		
familii cu un copil	40	40
familii cu 2 copii	80	80
familii cu 3 copii	120	120
familii cu 4 și mai mulți copii	160	160
Dacă venitul mediu lunar pe membru de familie este 201 – 530 lei		
familii cu un copil	33	33
familii cu 2 copii	66	66
familii cu 3 copii	99	99
familii cu 4 și mai mulți copii	260	260

Sursa: Actele normative în vigoare.

B. Familie monoparentală

Indicator	2010	2011	2012	2013 (ian.-iunie)
Dacă venitul mediu lunar pe membru de familie este de până la 200 lei				
familii cu un copil		40	40	40
familii cu 2 copii		80	80	80
familii cu 3 copii		120	120	120
familii cu 4 și mai mulți copii		160	160	160
Dacă venitul mediu lunar pe membru de familie este de până la 201-370 lei				
familii cu un copil		45	45	45
familii cu 2 copii		90	90	90
familii cu 3 copii		135	135	135
familii cu 4 și mai mulți copii		180	180	180

Sursa: Actele normative în vigoare.

Indicator	2013 (iulie-decembrie) 2011	2014
Dacă venitul mediu lunar pe membru de familie este mai mic de 200 lei		
familii cu un copil	65	65
familii cu 2 copii	130	130
familii cu 3 copii	195	195
familii cu 4 și mai mulți copii	260	260
Dacă venitul mediu lunar pe membru de familie este de 201-530 lei		
familii cu un copil	60	60
familii cu 2 copii	120	120
familii cu 3 copii	180	180
familii cu 4 și mai mulți copii	240	240

Sursa: Actele normative în vigoare.

Pentru a stimula participarea școlară, dacă numărul de absențe nemotivate este mai mare de 20, alocația pentru susținerea familiei se suspendă, iar cuantumul alocației pentru susținerea familiei se diminuează, pe o perioadă de trei luni, proporțional în funcție de numărul de absențe nejustificate înregistrate pe parcursul unui semestru școlar, și anume:

- cu câte 20% pentru fiecare copil care înregistrează un număr de maxim 10 absențe;
- cu câte 50% pentru fiecare copil care înregistrează un număr de maxim 20 absențe.

Implementarea acestei măsuri nu a întârziat să dea roade. Conform Agenției Naționale de Plăți și Inspecție Socială, prelucrarea absențelor școlare nemotivate înregistrate în semestrul I din anul școlar 2011/2012 a condus la „o scădere cu 14,58% (17 065 copii) a numărului copiilor din familiile beneficiare de alocație pentru susținerea familiei (...) între 1-9 absențe (...) 8,8%, între 10-19 absențe nemotivate (...) 18,92%, 20 absențe nemotivate (...) 36,73%, peste 20 absențe nemotivate (24,04%) (ANPIS 2012, p. 1).

Sprrijinul financiar la încheierea căsătoriei

O altă prestație instituită pentru a veni în sprijinul familiei care se află la început de drum a fost „sprijinul financiar acordat în cuantum fix reprezentând echivalentul a 200 euro, indiferent de cetățenia soților” (MMFPS 2010a, p. 18). Principala condiție era ca fiecare dintre soți să se afle la prima căsătorie și să aibă domiciliul sau reședința în România.

Alocația lunară de plasament

O prestație pentru sistemul românesc de asistență socială, prin care se are în vedere sprijinirea unui copil aflat într-o situație de dificultate, prin asigurarea unei familii, o constituie alocația de plasament. În acest sens, „pentru fiecare copil față de care s-a luat măsura plasamentului se acordă o alocație lunară de plasament” (MMFPS 2010a, p. 5). De această alocație beneficiază și copilul pentru care a fost instituită tutela. Începând cu luna ianuarie 2009, cuantumul alocației de plasament a crescut la 97 lei/lună/copil (cu 7,8% față de nivelul din 2008), rămânând constant până în 2013. Pentru copiii cu handicap, alocația de plasament se acordă în cuantum majorat cu 50%.

Tabelul nr. 9. Evoluția cuantumului alocației lunare pentru plasament

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Cuquantumul alocației lunare de plasament	78	82	86	90	97	97	97	97	97
Cuquantumul alocației lunare de plasament pentru copiii cu handicap	117	123	129	135	145,5	145,5	145,5	145,5	145,5

Sursa: MMFPS, Raportul statistic privind activitatea MMFPS în domeniul incluziunii sociale în anul 2013, 2013a.

Venitul minim garantat

Echivalentul de astăzi al VMG era acordat în perioada comunistă de reprezentanții administrației publice locale „excepțional (...) se putea acorda un mic suport odată la cel mult trei luni. El nu era, deci, conceput ca un mecanism constant de a asigura un minim de viață” (Zamfir, E.; Zamfir, C. 1999, pp. 28, 33). În contextul recunoașterii șomajului neoficial și a lipsei unui sistem de suport pentru cei fără loc de muncă, a fost adoptat cadrul legislativ pentru acordarea ajutorului de șomaj, la începutul lui 1991. Extinderea perioadei inițiale de acordare (de la 6 luni la 9 luni) a reprezentat și un substitut pentru VMG (Zamfir, C. 1999c, p. 89, 243).

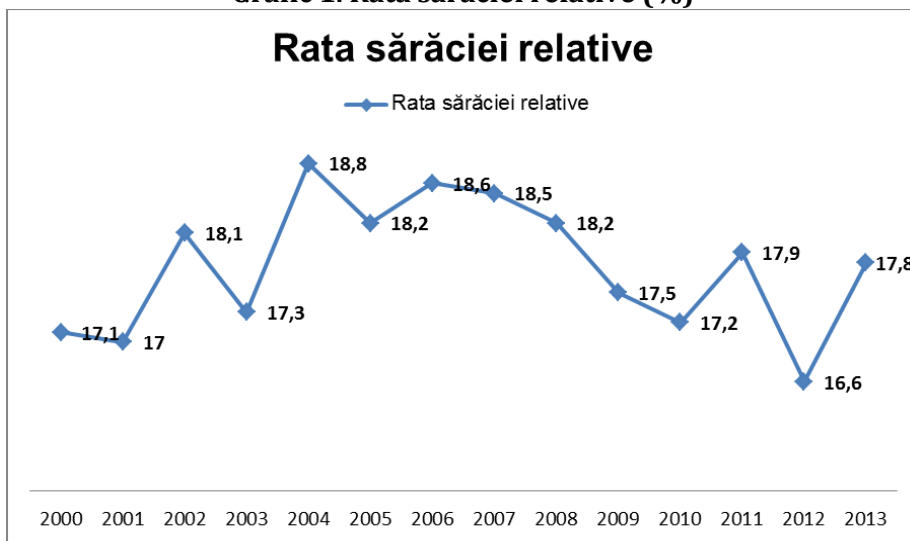
Adoptarea în 1995, la sugestia BM, a sistemului de ajutor social bazat pe testarea mijloacelor a fost „o noutate nu numai legislativă, dar și instituțională” (Pop, L. 1999, p. 199). Evaluarea funcționării acestuia a scos la iveală două seturi de probleme: 1) de ordin administrativ, strâns legate de procedura de realizare, și 2) de ordinul resurselor umane cu competențe în realizarea evaluărilor prin sistemul de testare a mijloacelor. Analiza cost - eficiență evidențiază un consum al resurselor fără un impact deosebit în furnizarea bunăstării, paralel cu blocarea punerii în practică a unor alte opțiuni (Pop, L. 2000, pp. 280-282).

Instituirea unui venit minim care să asigure resursele financiare necesare unui trai de viață decent oricărei persoane nu este o noutate ce a apărut în 2001. Prin Legea 67/1995 a fost instituit ajutorul social. La art. 1, legea menționează „(1) Familiile, precum și persoanele singure, fără venituri, sau cu venituri mici, beneficiază de ajutor social ca formă de protecție socială. (2) Instituirea ajutorului social se întemeiază pe principiul solidarității sociale”. În 2001 a fost adoptată Legea 416/2001 privind VMG care, ca modalitate de acordare a ajutorului social, nu este foarte diferită de legea anterioară.

Instituirea unui ajutor social în 1995 și a unui VMG, acordat sub forma unui ajutor social, în 2001, a pornit de la necesitatea de a realiza un program național care să sprijine persoanele expuse riscului de sărăcie, în special sărăcie extremă, prin asigurarea de resurse financiare suficiente pentru ca acestea să-și poată asigura un trai de viață decent. Nu în ultimul rând, putem afirma că s-a urmărit îndeplinirea obligațiilor asumate de România prin ratificarea Cartei Sociale Europene revizuite, și anume, a prevederilor articolului 13 privind dreptul la asistență socială și medicală, precum și a prevederilor Recomandării 92/441/CEE din 24 iunie 1992. Consiliul recomandă statelor-membre să recunoască dreptul fundamental al unei persoane la resurse și prestații suficiente pentru a trăi decent. În Recomandarea 92/442/CEE din 27 iulie 1992, Consiliul recomandă ca statele membre să garanteze persoanei un nivel al resurselor care să fie compatibil cu demnitatea umană.

De-a lungul anilor, Legea 416/2001 a fost amendată, încercându-se, conform expunerilor de motive ale proiectelor de acte normative ce o modificau, să se aducă prevederi ce vin să stimuleze reîntoarcerea pe piața muncii a beneficiarilor de ajutor social, pentru a evita dependența de sistemul de asistență socială.

Grafic 1. Rata sărăciei relative (%)



Sursa: Calculele autorilor pe baza datelor puse la dispoziție de INS.

S-a reușit reducerea sărăciei? Nu putem spune, atât timp cât numărul de beneficiari de ajutor social a rămas relativ constant de-a lungul

anilor, dar mai ales, din lipsa unor analize de impact prin care să se măsoare efectul real pe care legea îl are asupra reducerii sărăciei. Având în vedere că deprivarea materială este încă ridicată în rândul populației din România, că rata sărăciei relative (cea bazată pe venituri) este și ea relativ constantă, putem spune că prestația nu a avut efectul scontat.

În schimb putem afirma că acest program a avut un impact pozitiv asupra reducerii sărăciei extreme, contribuind la îndeplinirea Obiectivelor mileniului privind reducerea sărăciei extreme. Modificarea din anul 2012, respectiv Legea 166/2012 privind aprobarea OUG 124/2011 pentru modificarea și completarea unor acte normative care reglementează acordarea de beneficii de asistență socială, a adus o modificare în sensul sprijinirii persoanelor dezavantajate, prin eliminarea din calcul veniturilor a unor prestații sociale: valoarea alocației pentru susținerea familiei, a bugetului personal complementar, a ajutoarelor de stat acordate producătorilor agricoli, a burselor de studiu, burselor sociale precum și a sprijinului financiar ce se acordă elevilor în cadrul Programului național de protecție socială „Bani de liceu”. Această modificare poate contribui la asigurarea unui venit adecvat familiilor aflate în situații dificile.

Tabelul nr. 10. Nivelul venitului minim garantat acordat unei persoane singure

An	Nivelul venitului minim garantat acordat unei persoane singure (lei)	Pragul sărăciei extreme (lei)	Nivelul venitului minim garantat în pragul sărăciei extreme - %
2002	63,0	106,1	59,4%
2003	74,0	116,0	63,8%
2004	82,5	132,3	62,4%
2005	88,3	143,8	61,4%
2006	92,0	150,8	61,0%
2007	96,0	160,7	59,7%
2008	100,0	170,8	58,5%
ian.-iunie 2009	108,0	178,9	60,4%
iulie-dec. 2009	125,0	178,9	69,9%
2010	125,0	159,3	78,5%
2011	125,0	199,2	62,75%
2012	125,0	209,0	59,81%
ian.-iunie	125,0	212,2	58,61%

An	Nivelul venitului minim garantat acordat unei persoane singure (lei)	Pragul sărăciei extreme (lei)	Nivelul venitului minim garantat în pragul sărăciei extreme - %
2013			
iulie-dec. 2013	136,0	212,2	64,09%

Sursa: Calculele autorilor, pe baza actelor normative în vigoare.

Din punctul de vedere al beneficiarilor de VMG, analizele realizate subliniază dezavantajarea salariaților săraci, comparativ cu cei fără loc de muncă, efect invers față de cel scontat (Pop, L. 1999, pp. 224-232).

Ajutoare pentru încălzirea locuinței

Această prestație a suferit cele mai multe modificări, nu numai de formă, sau indexări de cuantumuri, ci și ca metodologie de acordare, ceea ce face complicată analiza ei, comparativ. Aceste ajutoare se acordau populației conform OUG 5/2003 privind acordarea de ajutoare pentru încălzirea locuinței precum și a unor facilități pentru plata energiei termice, cu modificările și completările ulterioare.

- „În sezonul rece 1 noiembrie 2009-31 martie 2010, utilizatorii **sistemului centralizat de încălzire** au primit, în cazul în care venitul mediu net lunar pe membru de familie era mai mic de 615 lei, un ajutor lunar prin compensarea procentuală a valorii efective a facturii la energia termică. Pragul maxim al ajutorului a fost dat de un consum maxim lunar stabilit de legislație, în funcție de tipul apartamentului și de zona de temperatură. Persoanele singure au beneficiat de o compensare mai mare cu 10% față de proporțiile stabilite pe familie. Pentru familiile și persoanele singure, beneficiare de ajutor social, compensarea s-a acordat în proporție de 100%.
- Pentru încălzirea locuinței cu **gaze naturale** legislația a stabilit un cuantum diferit pentru nouă tranșe de venituri, în funcție de venitul net lunar pe membru de familie. Cuantumul minim a fost pentru sezonul rece 1 noiembrie 2009-31 martie 2010, de 19 lei, corespunzător tranșei de venit între 540,1 și 615 lei, iar cel maxim, de 262 lei.
- Ajutorul pentru încălzirea locuinței cu **lemn, cărbuni și combustibili petrolieri** s-a acordat, de asemenea, în funcție de nivelul de venituri ale familiei, în cuantumuri între 16 și 54 lei. Plafonul de venituri până la care s-a primit acest ajutor a fost de

615 lei venit mediu net lunar pe membru de familie. Pentru beneficiarii de ajutor social, suma acordată a fost de 58 lei” (MMFPS 2010a, p. 33).

Pe lângă prestațiile sociale prezentate anterior, sistemul național de asistență socială reglementează o serie de prestații ce se acordă persoanelor cu handicap. Legea 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap prevede acordarea unor prestații destinate atât adulților, cât și copiilor cu handicap, precum și familiilor care au în componența lor persoane cu handicap. Adulții cu handicap vizual grav primesc pentru plata însoțitorului o indemnizație calculată pe baza salariului net al asistentului social debutant cu studii medii, din unitățile de asistență socială din sectorul bugetar, altele decât cele cu paturi. Pentru adulții cu handicap grav și accentuat s-a acordat o indemnizație lunară, indiferent de venituri, astfel: pentru adultul cu handicap grav, în valoare de 202 lei și pentru adultul cu handicap accentuat, 166 lei. Persoanele cu handicap grav, accentuat sau mediu au beneficiat de un buget personal complementar, indiferent de venituri, astfel: adultul cu handicap grav – 91 lei, adultul cu handicap accentuat – 68 lei și adultul cu handicap mediu – 33,5 lei.

Având în vedere măsurile de austeritate pe care Guvernul României le-a impus începând cu 2010, prin Legea 118/2010 privind unele măsuri necesare în vederea restabilirii echilibrului bugetar au fost abrogate o serie de prestații sociale, mai ales cele care veneau să sprijine familia și să stimuleze natalitatea: alocația pentru nou-născuți, trusoul pentru nou-născuți, sprijinul financiar acordat la constituirea familiei.

Analiza ansamblului prestațiilor sociale gestionate de Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice

Conform Memorandumului pe tema *Strategiei privind reforma în domeniul asistenței sociale*, principalele problemele ale sistemului de prestații sociale gestionate de MMFPS sunt: „costul fiscal ridicat (...), deteriorarea distribuției echitabile și a ponderii sumelor care ajung la familiile cu venituri mici (...), gradul ridicat de fragmentare și complexitate, care mărește artificial costurile de acces pentru beneficiari, cheltuielile mari de administrare ale sistemului, nivelul erorilor și al fraudelor (...), un nivel de dependență ridicat, care reduce oferta agregată de muncă” (MMFPS 2011a, p. 2).

În condițiile în care se consideră că principalele caracteristici ale evoluției sistemului de asistență socială sunt diversificarea și creșterea de

natură cantitativă, se constată „situații nedorite și antagonice ca efect, cum ar fi:

- (...) prestațiile nu reprezintă un mijloc real de combatere sau prevenire a riscului de excluziune. (...) nu sunt nici eficiente, atât timp cât administrarea lor este destul de costisitoare în raport cu beneficiile
- în baza principiului universalității, se acordă alocații unor familii/persoane care nu se află în situații de nevoie, prin cumularea mai multor ajutoare financiare de către același beneficiar, sumele acordate acoperă nevoile traiului zilnic și descurajează orice inițiativă de intrare pe piața muncii” (MMFPS 2011b, p. 1).

Considerăm că prima afirmație menționată mai sus și inclusă în strategia guvernamentală vine să contrazică documentele europene privind asigurarea de resurse suficiente.

Prestațiile sociale au fost adoptate în România în special ca măsuri reactive la diverse situații de precaritate confruntate de grupurile vulnerabile. Analiza evoluției prestațiilor sociale în anul 2000 a condus la concluzia că ele „au fost introduse separat fără a fi gândite ca un sistem coerent, unitar de suport social și, de aici, o slabă corelare a lor” (Zamfir, C. 2000, p. 84).

În anul 1999 au fost identificate „38 de programe de protecție și asistență socială” (Teșliuc, E. și alții 2001, p. 71). Rezultatele evaluării din 2008 realizată de Unitatea Centrală de Audit Public Intern a Ministerului de Finanțe Publice a condus la identificarea unui „număr de 202 drepturi de natură socială, cuprinzând:

- prestații sociale: alocații familiale, ajutoare sociale, indemnizații și facilități, așa cum sunt definite prin Legea 47/2006 privind sistemul național de asistență socială;
- drepturi reparatorii pentru IOVR, eroii Revoluției, persoane persecutate politic de regimul comunist: definite ca indemnizații cu caracter reparatoriu, în Legea 47/2006;
- drepturi de asigurări sociale (pensii și alte drepturi aferente);
- drepturi de asigurări de șomaj (indemnizații, ajutoare);
- drepturi de asigurări de sănătate;
- drepturi auxiliare celor salariale pentru susținerea categoriilor socio-profesionale din minerit, apărare, ordine publică și securitate națională, precum și pentru magistrați” (MMFPS 2011b, p. 2).

Fără a separa din ansamblul de mai sus numărul prestațiilor sociale din cadrul sistemului de asistență socială, eticheta de „202” a fost stampilată pe întreg sistemul de asistență socială.

Dezbaterile publice declanșate de rezultatele mai sus menționate au adus în discuție costurile pentru asistență socială, raportul dintre cei care cotizează și cei care sunt ajutați, culminând cu acuzația că persoanele active susțin un „stat asistențial”. Una dintre concluziile imediate a fost reducerea drastică a prestațiilor sociale, deși „ponderea în PIB a cheltuielilor sociale” situează țara noastră la una dintre cele mai mici valori dintre statele comunitare (Preda, M. 2009, p. 335).

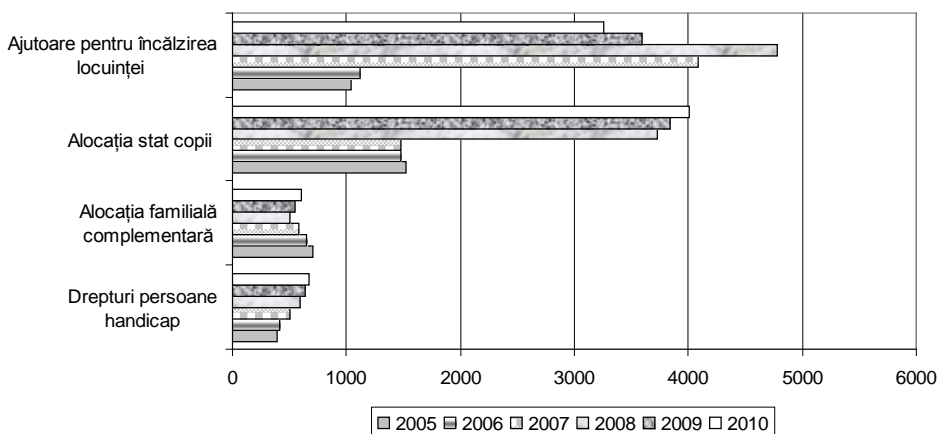
Deși clasificarea de mai sus nu se referă doar la prestațiile incluse în sistemul de asistență socială, aceasta a fost reamintită de reprezentanții autorităților publice la finalul anului trecut în publicarea expunerii de motive pentru adoptarea Legii 292/2011. În ansamblul asistenței sociale au fost cuantificate bursele, indemnizațiile IOVR, drepturile reparatorii pentru: persoanele persecutate, eroi; pensia socială, neprecizându-se detaliat ce anume a fost inclus în categoria „alte prestații sociale” (MMFPS 2011a, p. 25).

Nu dezbatem aici dacă motivul păstrării clasificării mai sus menționate, și implicit, menținerea confuziei dintre prestațiile de asistență socială și ansamblul drepturilor de natură socială a reprezentat o decizie declanșată de lipsa unor alte studii în domeniu. Subliniem faptul că „prezentarea statului social ca «stat asistențial» este o imagine distorsionată cu efecte politice distructive” (Zamfir, C. coord. 2011, p. 38).

În contextul adoptării celui de al treilea act normativ de reglementare a sistemului de asistență socială, se impune clarificarea și delimitarea clară a relației dintre ceea ce a fost cunoscut anterior drept prestații sociale, în raport cu clasificarea beneficiilor sociale introduse prin Legea 292/2011.

Din punctul de vedere al numărului de beneficiari din perioada 2005-2010, cele mai multe prestații sociale au fost acordate pentru ajutoarele destinate încălzirii locuinței și pentru alocația de stat pentru copii.

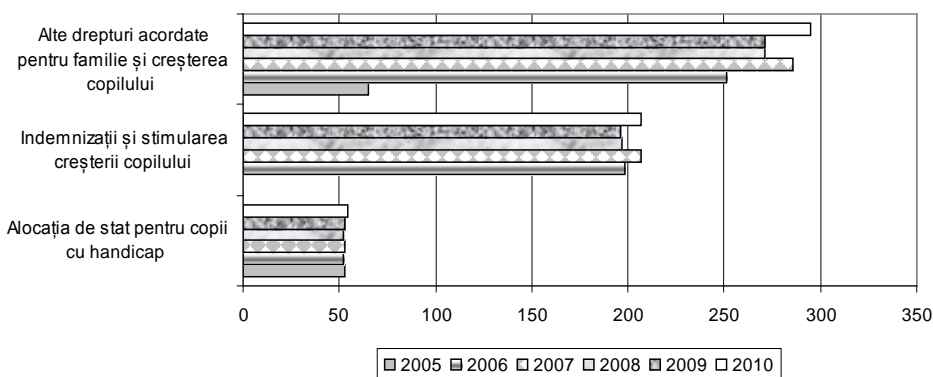
Grafic 2. Evoluția principalelor prestații sociale din punct de vedere al numărului de beneficiari gestionate de MMFPS (2005-2010)



Sursa: prelucrările autorilor după MMFPS, Memorandum *Strategia privind reforma în domeniul asistenței sociale*, 2011a, p. 24.

Din punctul de vedere al evoluției cronologice a numărului de beneficiari, cei mai mulți au fost înregistrați în 2008 pentru ajutorul destinat încălzirii locuinței. Alocația de stat pentru copii a înregistrat un trend crescător în 2005-2010, cu un număr maxim înregistrat în 2010. Următoarele prestații sociale se situează la diferențe mari din punctul de vedere al numărului de beneficiari și prezintă profiluri contante de evoluție de-a lungul perioadei 2005-2010.

Grafic 3. Alte prestații sociale gestionate de MMFPS (2005-2010)



Sursa: prelucrările autorilor după MMFPS, Memorandum *Strategia privind reforma în domeniul asistenței sociale*, 2011a, p. 24.

În România, numărul de studii de impact privind adoptarea actelor normative de reglementare a diferitelor prestații sociale este relativ redus și orientat cu preponderență spre studiul anumitor prestații sociale, cel mai adesea, VMG. Remarcăm constanța realizării rapoartelor de natură statistică dar pur descriptive și nu a analizelor critice de impact și de evaluare, de identificare a tendințelor generale de evoluție și a posibilelor efecte adverse ale măsurilor de protecție socială adoptate. Totuși, raportările statistice nu reprezintă decât un prim pas extrem de util în procesul de evaluare și nicidecum o veritabilă monitorizare a situației de fapt.

Evaluarea evoluției sistemului național de asistență socială în România lasă „impresia că acest sistem este unul dezvoltat. În realitate, la baza piramidei, acolo unde ar trebui să întâlnim instituții, servicii, prestații și specialiști în asistență socială, constatăm o subdezvoltare cronică a acestor elemente structurale” (Buzducea, D. 2009, p. 128).

Una dintre opțiunile de reformă în domeniul politicii sociale s-a referit la metodologia de stabilire a nivelului prestațiilor atât din punct de vedere al raportării la resursele existente cât și din punct de vedere al efectului scontat asupra beneficiarilor. Acest calcul complex „se raportează la resurse, la nivelul și durata contribuțiilor, respectiv la costul vieții și la standardele de viață considerate a fi necesare de asigurat pentru categoriile defavorizate, pentru care «plasa de siguranță socială» trebuie să contribuie la menținerea acestora deasupra pragului convenit la un moment dat, în acord cu recunoașterea noțiunii de «cetățenie socială»” (Mărginean, I. 2004, p. 146).

Un posibil răspuns la opțiunea fundamentală de reformă este introducerea în Legea 292/2011 a metodologiei de calcul pentru nivelurile și cuantumurile beneficiilor de asistență socială: „în raport cu indicatorul social de referință, prin aplicarea unui indice social de inserție” (art. 14, alin. 1). Legea 292/2011 aduce o serie de clarificări: „Indicatorul social de referință (ISR) reprezintă unitatea exprimată în lei la nivelul căreia se raportează beneficiile de asistență socială (art. 14, alin. 2). Totodată „Indicele social de inserție (ISI) este coeficientul de multiplicare aplicabil indicatorului social de referință și se stabilește în raport cu tipul de familie, precum și cu scopul beneficiului de asistență socială” (art. 14, alin. 4).

Concluzii

Analiza modificărilor legislative aduse sistemului de beneficii de asistență socială reliefează modificări privind clarificarea sau completarea metodologiei de acordare propriu-zisă a acestora, precum și actualizarea regulată a cuantumurilor. Nu sunt disponibile studii elaborate periodic privind impactul acordării beneficiilor de asistență socială asupra nivelului

de trai al beneficiarilor. Din aceste motive considerăm că modificările legislative operate sunt încadrabile în categoria unor măsuri mai degrabă reactive, de corectare a unor situații concrete întâlnite în funcție de diverse elemente contextuale (de exemplu, bugetul anual disponibil sau înregistrarea repetată a unei erori care poate fi corectată).

Realizarea unor studii periodice privind impactul adoptării diverselor modificări legislative asupra sistemului național de asistență socială atât din punct de vedere al serviciilor sociale dar mai ales al acordării beneficiilor social ar fi fost necesar încă din primii ani după 1989. Situația se resimte, deși MMFPSPV s-a autosesizat cu privire la „imposibilitatea evaluării impactului programelor de asistență socială asupra beneficiarilor (...), imposibilitatea furnizării informațiilor necesare decidenților, în vederea realizării politicilor în domeniu” (MMSSF 2005, p. 3). Subliniem faptul că din 2008 funcționează Agenția pentru Plăți și Inspecție Socială.

Analiza literaturii de specialitate din România orientată asupra sistemului național de asistență socială ne-a condus la concluzia că aceasta s-a axat pe analiza prioritară a serviciilor sociale. Ansamblul beneficiilor de asistență socială au fost menționat succint, ca parte a sistemului național de asistență socială. În alte cazuri, a fost analizat prioritar din punctul de vedere al unor anumite beneficii de asistență socială (cel mai frecvent VMG). O posibilă explicație a acestei stări de fapt este „atractivitatea” domeniului serviciilor sociale pentru societatea civilă, în calitatea acesteia de potențial furnizor privat de servicii sociale.

Elaborarea unei viziuni strategice a sistemului național de asistență socială nu ar fi posibilă în lipsa unei evaluări și monitorizări a ansamblului de prestații sociale. Din acest punct de vedere, capitolul aduce o contribuție originală la îmbogățirea cunoașterii în domeniul asistenței sociale, în general, al sistemului de prestații sociale, în special.

Reformarea sistemului național de prestații sociale este necesară, dar nu se poate realiza exclusiv pe baza unor date administrative. Acest demers trebuie să fie fundamentat pe elaborarea periodică a unor studii de impact, care să evalueze efectele acestor prestații asupra situației generale a populației României. Din acest punct de vedere propunem ca printre primele analize de impact să fie incluse prioritar analize privind VMG, ajutoarele de urgență și ajutoarele de încălzire, prestații considerate în statele UE ca aparținând sistemului de asistență socială.

Promulgarea Legii 292/2011 a asistenței sociale a fost benefică, dar considerăm că ar fi fost momentul ca autoritățile administrației publice centrale să se modernizeze și să aducă o regândire conceptuală în ceea ce privește asistența socială versus incluziune socială, precum și prestații

sociale ca parte a sistemului de securitate socială și nu ca parte a sistemului de asistență socială.

Urgentarea implementării și funcționării 100% a sistemului informațional managerial în domeniul prestațiilor sociale, pentru a se putea realiza o administrare corectă, o verificare exactă a modalității de acordare a prestațiilor etc. este absolut necesară.

Dezvoltarea unui sistem permanent de monitorizare și evaluare a modului de implementare a legislației prestațiilor sociale, prin existența/dezvoltarea unor indicatori de impact adecvați sistemului, care să fie interpretați independent și profesionist ar putea conduce la apariția unor propuneri viabile de îmbunătățire a politicilor sociale în România și mai ales a celor privind atingerea țintei stabilite prin *Strategia Europa 2020*.

Bibliografie

- Buzducea, D. 2009. *Sisteme moderne de asistență socială – tendințe globale și practici locale*, Iași, Editura Polirom.
- Cace, C. 2004. *Asigurările sociale. Management, evoluții și tendințe*, București, Editura Expert.
- Korpi, W., Palme, J. 1998. The paradox of redistribution and strategies of equality: welfare state institutions, inequality, and poverty in the Western countries, în *American Sociological Review*, vol. 63.
- Mărginean, I. 1999. Tendințe în evoluția asigurărilor sociale, în Zamfir, C. (coord.), *Politici sociale în România: 1990-1998*, București, Editura Expert.
- Mărginean, I. 2004. *Politica socială. Studii 1990-2004*, București, Editura Expert.
- Payne, M. 2011. *Teoria modernă a asistenței sociale*, ediția a treia, Iași, Editura Polirom.
- Pop, L. 1998. Evaluarea sistemului românesc de ajutor social bazat pe testarea mijloacelor, în Zamfir, C. (coord.), *Politici sociale în România: 1990-1998*, București, Editura Expert.
- Pop, L. 1999. Asistența socială pe baza testării mijloacelor, în Zamfir, E. și Zamfir, C. (editori), *Politici sociale România în context European*, București, Editura Alternative.
- Pop, L. 2000. Evaluation project of the means tested income transfer mechanisms in Romania, în Zamfir E., Bădescu I. și Zamfir C., *Starea societății românești după 10 ani de tranziție*, București, Editura Expert.
- Preda, M. 2009. Concluzii și recomandări, în Preda M, (coord.), *Riscuri și inechități sociale în România*, Iași, Editura Polirom.
- Stroie, S. 1999. Politici de suport pentru șomeri, în Zamfir, C. (coord.), *Politici sociale în România: 1990-1998*, București, Editura Expert.
- Teșliuc, C. M., Pop, L., Teșliuc, E. D. 2001. *Sărăcia și sistemul de protecție socială*, Iași, Editura Polirom.

- Zamfir, C. 1999a. Politica socială în tranziție. Prima etapă: politica socială de tip reparatoriu, în Zamfir, C. (coord.), *Politici sociale în România: 1990-1998*, București, Editura Expert.
- Zamfir, C. 1999b. Politica socială în tranziție. Etapa a doua: elaborarea strategiei tranziției și a cadrului legislativ și instituțional minim, în Zamfir, C. (coord.), *Politici sociale în România: 1990-1998*, București, Editura Expert.
- Zamfir, C. 1999c. Politica socială efectivă: 1990-'98, în Zamfir, C. (coord.), *Politici sociale în România: 1990-1998*, București, Editura Expert.
- Zamfir, C. 1999d. Bunăstarea la răscruce, în Zamfir, C. (coord.), *Politici sociale în România: 1990-1998*, București, Editura Expert.
- Zamfir, C., Zamfir, E. 1999. Politica socială în socialism, în Zamfir, C. (coord.), *Politici sociale în România: 1990-1998*, București, Editura Expert.
- Zamfir, C. 2000. Politica socială în România în tranziție, în Zamfir E., Bădescu I. și Zamfir C., *Starea societății românești după 10 ani de tranziție*, București, Editura Expert.
- Zamfir, C. (coord.), Ilie, S., Stănescu, I., Scutaru, C., Zamfir, E. 2011. Raport social al ICCV 2011 România: răspunsuri la criză, în *Revista on-line Inovație Socială*, anul III, nr. 5, Academia Română, Institutul Național de Cercetări Economice, Institutul de Cercetare a Calității Vieții, Academia Română www.inovatiesociala.ro.
- Zamfir, E. 1993a. Asistență socială, în Zamfir, C. și Vlăsceanu, L. (coord.), *Dicționar de sociologie*, București, Editura Babel.
- Zamfir, E. 1993b. Protecție socială, în Zamfir, C. și Vlăsceanu, L. (coord.), *Dicționar de sociologie*, București, Editura Babel.
- Zamfir, E. 1999a. Sistemul serviciilor de asistență socială în România în Zamfir, C. (coord.), *Politici sociale în România: 1990-1998*, București, Editura Expert.
- Zamfir, E. 1999b. Mecanismele producerii bunăstării în economia de piață, în Zamfir, E. și Zamfir, C. (coord.), *Politici sociale România în context European*, București, Editura Alternative.
- Zamfir, E. 2000. Finanțarea sistemului de asistență socială, în Zamfir, E., Bădescu, I. și Zamfir, C. (coord.), *Starea societății românești după 10 ani de tranziție*, București, Editura Expert.
- Zamfir, E., Dan, A.-N., Zamfir, C., Cace, S. 1999. Politici de suport pentru femei, în Zamfir, C. (coord.), *Politici sociale în România: 1990-1998*, București, Editura Expert.
- Agenția Națională de Plăți și Inspecție Socială 2012. Comunicat de presă 29.03.2012. <http://www.prestatiisociale.ro>,
- European Commission 2011. *Employment and Social Developments in Europe* Guvernul României, *Programul Național de Reformă*, www.dae.gov.ro
- Legea 27/1966 (r2) privind pensiile de asigurări sociale de stat și pensia suplimentară republicat în Buletinul Oficial nr. 116 din 25 octombrie 1972.
- Legea 3/1977 privind pensiile de asigurări sociale de stat și asistență socială apărut în Buletinul Oficial nr. 82 din 6/8/77.

- Legea 705/2001 privind sistemul național de asistență socială publicat în Monitorul Oficial, partea I nr. 814 din 18 decembrie 2001.
- Legea 47/2006 privind sistemul național de asistență socială publicată în Monitorul Oficial nr. 239 din 16 martie 2006.
- Legea 118/2010 privind unele măsuri necesare în vederea restabilirii echilibrului bugetar publicată în Monitorul Oficial nr. 441 din 30 iunie 2010.
- Legea 292/2011 a asistenței sociale publicat în Monitorul Oficial, partea I nr. 905 din 20 decembrie 2011.
- MMFPS 2005. *Memorandum privind reforma instituțională în domeniul asistenței sociale.*
- MMFPS 2010a. *Raportul statistic privind activitatea MMFPS în domeniul incluziunii sociale în anul 2010.*
- MMFPS 2010b. *Raport privind incluziunea socială în România în anul 2010.*
- MMFPS 2011a. *Memorandum Strategia privind reforma în domeniul asistenței sociale* www.mmuncii.ro.
- MMFPS 2011b. *Expunere de motive Legea Asistenței sociale* www.mmuncii.ro.
- OUG 108/2008 pentru modificarea unor acte normative din domeniul social, publicat în Monitorul Oficial al României, partea I, nr. 661 din 22.09.2008.
- OUG 113/2011 privind organizarea și funcționarea Agenției Naționale pentru Plăți și Inspecție Socială, publicat în Monitorul Oficial nr. 921 din 23 decembrie 2011.
- www.dae.gov.ro.
- www.epp.eurostat.ec.europa.eu.
- www.mmuncii.ro.

Analiza impactului suportului programelor externe de finanțare pentru dezvoltarea sistemului de asistență socială

DANIEL ARPINTE

În ansamblu, instituțiile internaționale (Comisia Europeană, Banca Mondială, FMI, agenții ale UN) au avut un rol major în susținerea procesului de construcție instituțională și dezvoltarea sistemului de servicii de asistență socială prin programe de finanțare directe sau de asistență tehnică. Contribuția acestora la dezvoltarea sistemului național de asistență socială a fost, indiscutabil, una global pozitivă, mai ales în anii '90, la începutul procesului de reconstrucție instituțională. Pe de alta parte, prin adoptarea unor modele de intervenție sau de instituții insuficient adaptate contextului românesc, a fost afectat și întârziat procesul regenerării sistemului de asistență socială. Capitolul de față își propune să determine în ce măsură (a) suportul instituțiilor internaționale a avut impact pe termen lung în dezvoltarea instituțională (vs. focalizarea pe obiective punctuale, ex. dezinstituționalizare) și (b) modelele propuse au fost adaptate sau nu contextului din România.

Comparativ cu celelalte componente ale sistemului de protecție socială (sistemul de pensii, serviciile medicale) finanțarea asistenței sociale se realizează dintr-o diversitate de surse financiare, fapt care presupune și un înalt grad al incertitudinii alocării acestora. În cazul României, principalele surse de finanțare sunt fondurile publice (prin bugetele locale și cel central) și finanțările externe, cea mai semnificativă pondere revenind fondurilor europene.

Pentru statele est-europene, finanțarea din surse externe (în special europene) este cu atât mai importantă, cu cât sistemul de asistență socială solicită resurse atât pentru funcționarea curentă a serviciilor existente cât și pentru dezvoltarea unora noi. Un volum important al resurselor financiare este sau ar trebui alocat reconstrucției instituționale sau dezvoltării rețelelor publice de asistență socială. Majoritatea acestor state au trecut de la sisteme de îngrijire și suport realizat predominant în instituții cu un profil mai degrabă medical, la servicii de asistență socială moderne, cu accent pe reintegrarea socială a beneficiarilor. România este un caz particular din cauza dimensiunii problemelor din sistemul de protecție a categoriilor vulnerabile, cele mai mediatizate fiind cele pentru copii abandonți și cele pentru persoanele cu handicap. Acestor categorii li se mai adaugă grupurile

sociale afectate de perioada tulbure a anilor '90, literatura de specialitate menționând cel mai adesea familiile cu mai mult de doi copii, familiile monoparentale, familiile de șomeri, de agricultori, de pensionari, persoanele fără locuință și populația de romi (Zamfir et al., 2001). Ulterior, situația copiilor instituționalizați sau a populației de romi au devenit prioritare pentru intervenția statului, constrâns să îndeplinească criteriile de aderare la UE. Rapoartele anuale de țară din perioada preaderare indicau permanent problemele pentru cele două domenii (copii instituționalizați și populația romă) și erau formulate o serie de recomandări de intervenție, unele chiar cu caracter punctual. Evident că și finanțarea acordată de UE prin fondurile preaderare urmărea susținerea îndeplinirii obiectivelor asumate de România în calitate de stat aflat în curs de aderare.

Influența instituțiilor internaționale în configurarea sistemelor de asistență socială, mai vizibilă în statele aparținând fostului bloc comunist unde serviciile au fost reînființate cu ajutorul diverselor scheme de suport oferite de către instituții sau organizații non-guvernamentale internaționale. Este greu de estimat tipul și volumul schimbărilor generate de către acestea însă, foarte probabil, sunt direct dependente de stadiul sistemului național de asistență socială la momentul prăbușirii sistemului comunist și amploarea problemelor sociale. Astfel, dacă în Polonia sau Ungaria influența a fost mai redusă, dovadă faptul că imediat după 1989 principalul motor al dezvoltării serviciilor a fost refacerea structurilor existente în perioada interbelică, care au fost doar reduse în perioada regimului comunist și nu suprimate, în România au fost necesare forme de suport consistente, fie prin linii de finanțare, programe de asistență tehnică sau servicii dezvoltate de către ONG-uri internaționale.

Sumele totale destinate programelor de asistență tehnică pentru construcție instituțională și intervențiilor sectoriale din domeniul asistenței sociale au fost considerabile, având în vedere natura activităților și rezultatele așteptate ale proiectelor. Scopul acestor finanțări a fost să accelereze reforma sistemului de asistență socială și să diminueze efectele negative ale politicii regimului comunist în domeniul protecției grupurilor dezavantajate, în special copiii în dificultate și persoanele cu handicap. Un grup țintă semnificativ a fost populația roma, cu proiecte finanțate de către Fundația pentru o Societate Deschisă (principalul finanțator în anii '90 și începutul anilor 2000), Comisia Europeană cu finanțare mai consistentă prin programele de preaderare și alți finanțatori (diverse state prin ambasadele prezente în România, Banca Mondială, ILO etc.) Schimbările generate de către intervențiile instituțiilor internaționale au fost, în multe cazuri, semnificative, în special în cazul programelor pe termen lung. Există însă și intervenții care au generat un impact neglijabil, în special proiectele de

asistență tehnică cu finanțare PHARE, deși au fost alocate consistente. O caracteristică importantă a acestui tip de proiecte este dată de utilizarea excesivă a expertizei externe, apreciată ca fiind limitată sau influențată de modele neadaptate contextului României (Zamfir, 2004). Implementarea unor proiecte de acest tip nu a avut decât efecte neglijabile și pe termen scurt. Nimic din domeniile prioritare nu a fost abordat iar schimbările au fost ajustate nevoilor imediate ale celor implicați sau vizați de către proiect. Spre exemplu, deși în cazul direcțiilor de dialog județene din subordinea Ministerului Muncii ajustările instituționale ar fi trebuit să vizeze consolidarea rolului coordonării serviciilor la nivel județean, schimbările s-au limitat la modificarea periodică a denumirii acestora, fiind într-un final desființate prin comasarea acestora cu agențiile județene pentru prestații sociale, deși anterior au fost investite sume considerabile în această instituție prin programele de asistență tehnică. Aceiași evoluție a avut și Inspekția Socială. Înființarea acesteia a fost argumentată de asigurarea unei coerențe a funcțiilor de control și inspekție existente la nivelul fiecărei instituții centrale care are atribuții directe în domeniul serviciilor de asistență socială. Instituția inspekției în domeniul social nu este nouă. În statele cu tradiție există organisme similare sau proceduri asumate la nivelul instituțiilor cu atribuții de coordonare a sistemului de servicii sociale. Prin preluarea funcțiilor și extinderea acestora s-a dorit și asumarea unei componente de monitorizare a politicilor locale de asistență socială. Activitatea inspekției sociale putea însă genera și efecte neintenționate la nivelul întregului sector de servicii. În primul rând, prin impunerea unor standarde ridicate descuraja inițiativa creării de noi servicii de asistență socială. Inspekția socială nu verifica modul în care este respectat dreptul la protecție socială a celor vulnerabili (indiferent de natura acesteia) ci calitatea serviciilor sociale acolo unde au fost create. Cu alte cuvinte, cele aproape jumătate dintre autoritățile locale din urban care nu au dezvoltat infrastructura minimă a serviciilor sociale sau marea majoritate a celor din mediul rural nu intrau sub incidența inspekției sociale pentru a verifica modul în care membrii comunității primesc serviciile de asistență de care au nevoie. Recent, activitatea inspekției sociale a fost comasată cu cea a agenției de plăți (formând o structură unitară), însă decizia a fost motivată de reducerea cheltuielilor în sistemul public și mai puțin de nevoia de a asigura eficiența activității de monitorizare și asigurare a standardelor în serviciile sociale.

Pe termen scurt, suportul instituțiilor internaționale a generat o serie de efecte pozitive, în special din perspectiva rezolvării unor probleme critice (ex. problema copiilor instituționalizați), însă pe termen lung impactul componente de asistență tehnică (în special prin adoptarea unor modele

instituționale) sau impunerea unor priorități de intervenție s-au dovedit a fi contraproductive.

Finanțarea externă a avut rezultate neașteptat de slabe în domeniul construcției instituționale, mai ales la nivelul instituțiilor de coordonare a sistemului de servicii de asistență socială. De asemenea, abordarea fragmentată a problemelor de asistență socială a fost accentuată și de proiectarea unor structuri instituționale insuficient corelate, cele mai multe produse ale programelor de asistență tehnică. Cele două exemple prezentate anterior ilustrează eșecul grefării unor asemenea instituții într-o structură instituțională care urmează o altă logică decât cea a mediului din care aceste instituții au fost copiate. În afara acestui efect, mai putem distinge două tipuri de impact negativ al intervenției instituțiilor internaționale care au derulat programe de suport / finanțare în domeniul asistenței sociale: dezvoltarea de servicii slab relevante și accentuarea disparităților regionale.

Dezvoltarea unor servicii slab relevante

Pentru România, transferul de la îngrijirea în instituții sau suportul prin mecanisme administrativ – birocratice la servicii profesionalizate care respectă principiile esențiale ale asistenței sociale nu a fost un demers simplu, lipsit de probleme. Sub presiunea unor obiective sociale majore (reformarea sistemului de protecție a copilului, îmbunătățirea situației romilor sau a sistemelor de suport pentru persoanele cu handicap) stabilite, în cele mai multe cazuri, cu sprijinul instituțiilor internaționale, au fost create o serie de servicii moderne care au stat la baza reformării asistenței sociale. Întregul proces de construcție a sistemului de servicii, deopotrivă public și privat, a necesitat resurse financiare considerabile. Estimările în acest domeniu sunt dificile din cauza lipsei datelor referitoare la sumele alocate domeniului asistenței sociale. Datele oficiale se referă doar la o parte dintre beneficii și servicii oferite în sistemul instituționalizat. Înființarea unor servicii specializate, fără a ține seama de infrastructura serviciilor de asistență socială la nivel local, poate avea consecințe pe termen lung asupra sustenabilității acestora. Avem ca exemplu servicii utile comunității, însă înalt specializate, cu o slabă legătură cu serviciile primare de asistență socială care pot asigura suportul pe termen lung pentru beneficiari. Astfel poate fi explicat eșecul unor servicii, cum au fost cele pentru reintegrarea minorilor abandonati în alte state și repatriați în România. Deși estimările arătau că exista un număr semnificativ de potențiali beneficiari pentru cele 14 centre înființate în 2005, mare parte dintre acestea au funcționat mult sub capacitate sau deloc. În aceeași situație se aflau și serviciile pentru protecția victimelor traficului de persoane sau a violenței în familie

(Protecția minorilor cetățeni români neînsoțiți aflați în alte state, raport de cercetare nepublicat, Daniel Arpinte, 2006).

Este evident că tipurile de servicii menționate au fost necesare, răspunzând unor probleme sociale cu dimensiuni îngrijorătoare pentru România. Faptul că au eșuat în a deveni funcționale se explică prin lipsa conectării acestora la un sistem inter-instituțional integrat care să fi asigurat beneficiarilor serviciile necesare nevoilor lor. În lipsa acestei condiții esențiale, serviciile de acest tip au rămas la stadiu de experiment costisitor. Din păcate, proiectele finanțate prin Fondul Social European în programarea financiară 2007 – 2014 pentru dezvoltarea serviciilor de asistență socială a urmat același pattern, al finanțării unor servicii slab relevante în raport cu nevoile beneficiarilor de servicii de asistență socială. Mai mult, un alt efect al finanțării prin fondurile structurale a fost accentuarea disparităților regionale.

Impactul FSE pentru dezvoltarea sistemului de asistență socială

FSE a finanțat în România proiecte în domeniul asistenței sociale prin două programe operaționale, Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane (POS DRU) și Programul Operațional Regional (POR), cele mai importante resurse pentru incluziune socială fiind asigurate prin POS DRU.

Deși prin focalizarea domeniilor majore de intervenție FSE nu a vizat în mod direct sistemul de asistență socială, ci a contribuit, prin suportul financiar acordat furnizorilor de servicii sau prin adresabilitate, la crearea de servicii pentru grupuri dezavantajate. Chiar și în aceste condiții, anterior începerii efective a finanțării, două tipuri de consecințe negative au fost estimate pentru sistemul de asistență socială (Arpinte and Baboi, 2009): accentuarea dezechilibrelor regionale în dezvoltarea serviciilor și a abordării fragmentate a problemelor sociale.

La finalul perioadei de finanțare, deficiențele programului au fost confirmate. Dacă mecanismele competiției au încurajat crearea de servicii performante și formarea unui corp de profesioniști în atragerea și gestionarea resurselor financiare, efectele negative s-au resimțit în disparitățile regionale și slaba dezvoltare a sectorului de servicii de asistență socială primară. Deși axele prioritare relevante pentru domeniul serviciilor sociale au fost fundamentate pe o serie de documente strategice din domeniul serviciilor sociale, cel mai important fiind Strategia Națională de Dezvoltare a Serviciilor Sociale 2007-2013, atingerea obiectivelor acestora s-a dovedit a fi o formă de impact neintenționată câtă vreme fondurile au

fost acordate prin competiție unor furnizori de servicii sociale, fără a exista mecanisme reale de corecție.

Principalul dezavantaj este dat de faptul că accesul la servicii al potențialilor beneficiari s-a făcut, mai degrabă, în funcție de capacitatea de absorbție a furnizorilor de servicii sociale din zona acestora și nu în funcție de nevoile lor. Astfel, dezechilibrele regionale au fost accentuate, accentueze iar principiul care consacră accesul egal la servicii de asistență socială a devenit unul secundar celui care guvernează competiția.

Deloc de neglijat este și aspectul capacității organizaționale de a gestiona un volum semnificativ de resurse. Aminteam mai devreme de diferența semnificativă a dimensiunii granturilor acordate prin fondurile structurale comparativ cu cele preaderare. Într-un capitol (Perspective ale dezvoltării sistemului de asistență socială) publicat în 2006 în volumul „O nouă provocare: Dezvoltarea socială” (coord. Zamfir C., Stoica L.) atrăgeam atenția asupra unui pericol semnificativ al creșterii semnificative a volumului de activitate într-o perioadă scurtă de timp. Analiza se referea însă la un alt context, cel al concesionării serviciilor publice de asistență socială în cadrul programului de guvernare 2004-2008. Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului de la acea vreme își propusese ca până la finalul anului 2006 să concesioneze organizațiilor neguvernamentale 40-45% din servicii publice pentru protecția copilului și familiei. Articolul analiza riscurile potențiale ale unui asemenea proces și concluziona că, practic, planul este imposibil de realizat chiar și într-o perioadă de timp mai lungă decât cea propusă. Unul dintre riscurile identificate se referea la dificultatea asigurării unui proces de creștere organizațională accelerat, necesar susținerii preluării și gestionării unui volum mare de activitate. În cazul fondurilor structurale, sectorul neguvernamental s-a confruntat cu o problemă similară, diferența fiind faptul că finanțările au fost de la bun început limitate ca perioadă (spre deosebire de concesionare unde era preconizat o perioadă mare de timp). De altfel, perioada suspendării programului POSDRU din 2012 a accentuat vulnerabilitățile ONG-urilor implicate în gestionarea fondurilor structurale. Practic, unele organizații au fost puse în situația să-și suspende întreaga activitate și chiar să vândă unele active pentru a depăși perioada suspendării fondurilor. Un alt șoc va interveni, cel mai probabil, în perioadele în care finanțările sunt indisponibile. Majoritatea organizațiilor implicate în gestionarea unor astfel de proiecte au investit semnificativ în resursele umane și infrastructură. Închiderea proiectelor le va pune în situația să identifice surse de finanțare alternative suficiente cel puțin pentru a nu pierde acumulările realizate în perioada finanțării din fondurile structurale. Este însă de așteptat ca sectorul non-guvernamental să se confrunte cu dificultăți semnificative, mai ales din

cauza faptului că șansele de a fi asigurată continuitatea finanțărilor la un volum similar fondurilor structurale este redusă. Dezbaterile publice pe baza programării financiare 2014-2020 au fost mult întârziate, Acordul de Parteneriat fiind semnat după îndelungi negocieri și revizuirii, existând un risc real pentru întâzieri în implementarea viitoarelor programe de finanțare. De asemenea, programele curente sunt implementate cu întârziere, așa cum este cazul liniei de finanțare pentru economia socială.

Concluzii

Asistenței sociale i s-a acordat, prin fondurile structurale europene, o atenție marginală, deși acestea ar fi putut asigura resursele necesare pentru recuperarea unor decalaje importante în raport cu celelalte state est-europene. Nu doar dimensiunea problemelor sociale sau nevoile unor grupuri sociale dezavantajate semnificative ca pondere argumentează alocarea de resurse importante, ci și nevoia de resurse necesară construcției instituționale. În mod surprinzător, fondurile structurale au alocat unele resurse pentru câteva categorii sociale dezavantajate (persoane cu handicap, romi, persoane care au părăsit regimul de detenție, tineri care au ieșit din sistemul de protecție etc.) însă prin încurajarea unor activități (de tip formare profesională pe termen scurt) sau a unor domenii noi (reprezentativă este economia socială) fără a avea certitudinea că pot fi dezvoltate mijloace sustenabile de suport pentru grupurile vulnerabile. Înființarea unor servicii, creșterea numărului de beneficiari, alocarea unor sume pentru domeniul incluziunii sociale/asistenței sociale sunt rezultate care nu pot genera creșterea coerenței și a sustenabilității sistemului.

Un proces sustenabil de dezvoltare a sistemului de asistență socială cu suportul fondurilor europene ar trebui nu se rezume la simpla alocare a unor resurse dedicate sub forma unui domeniu major de intervenție. În configurarea următoarei programări financiare ar trebui să se țină seama de riscurile majore pe care le implică gestionarea acestor fonduri la nivelul unităților de implementare, fie că vorbim de instituții publice sau organizații neguvernamentale, dar și efectele neintenționate. În analiza prezentată în materialul de față sunt identificați o parte dintre acești factori.

Câteva priorități ar trebui avute în vedere la următoarea programare financiară pentru domeniul incluziunii sociale, și în particular pentru asistență socială:

1. Identificarea unor domenii strategice prioritare. În programarea financiară anterioară planificarea alocării resurselor s-a dovedit a fi un dezastru. O serie de documente strategice au fost compilate pentru a justifica domenii majore de intervenție care nu diferă semnificativ

de cele adoptate în cazul altor state est-europene. Identificarea grupurilor dezavantajate ca beneficiare a acestor fonduri este cel mai bun exemplu în acest sens. De asemenea, experimentarea alocării resurselor pentru domenii (ex. economia socială) care nu s-au dovedit a fi pentru România la fel de eficiente ca instrumente de incluziune socială a însemnat risipă de resurse. Nu au fost create mecanisme sustenabile pentru incluziunea grupurilor vulnerabile, încheierea unui proiect echivalând cu încheierea suportului pentru grupul țintă vizat. Din acest punct de vedere, viitoarea programare financiară ar trebui să asigure un mix între finanțarea de proiecte care se bazează pe costuri operaționale și cele care presupun investiții noi în infrastructura de servicii. Nu în ultimul rând, ar trebui create mecanisme care să încurajeze sustenabilitatea acestor servicii.

2. Reducerea dezechilibrelor regionale. Este esențial ca finanțările să fie orientate către zonele în care probleme sociale sau dimensiunea grupurilor vulnerabile justifică intervenția, și nu după mecanismul „primul venit, primul servit” care încurajează distribuirea resurselor către structuri care au capacitatea de scriere a propunerilor de finanțare, dar care nu înseamnă în mod necesar și o bună capacitate de a implementa eficient și competent un proiect. De asemenea, criteriile zonei de implementare și cel al grupului țintă adresat de către proiect nu mai sunt prioritare în alocarea resurselor, contând doar modul în care aplicantul răspunde cerințelor din cererea de finanțare. Aceste deficiențe ar trebui corectate prin mecanisme care să asigure cele mai bune proiecte pentru zonele prioritare.

3. Utilizarea unor criterii de selecție a proiectelor care asigură distribuția în funcție de nevoi. Alocarea finanțării după criteriul competiției este, fără îndoială, o condiție esențială pentru selecția proiectelor viabile, cu potențial succes. Însă, în domeniul serviciilor sociale intervin o serie de distorsiuni care se cer a fi corectate printr-o serie de mecanisme care să asigure direcționarea resurselor păstrând un echilibru optim între nevoi și competitivitate. Alocarea de resurse pe bază de proiecte a accentuat polarizarea teritorială a distribuției serviciilor. Furnizorii de servicii care au beneficiat de avantajul disponibilității resurselor umane sau a accesului la informație au atras cele mai importante resurse din finanțările europene. Impunerea unor criterii suplimentare poate facilita focalizarea distribuției resurselor având în vedere în primul rând nevoia, iar deficitul de expertiză poate fi compensat prin desemnarea unor specialiști care să asigure asistență tehnică solicitanților.

4. Introducerea unui mecanism de monitorizarea permanentă care să permită fundamentarea deciziilor care pot modifica activitățile însă fără a afecta atingerea obiectivelor sau a rezultatelor propuse. Abordarea

flexibilă, caracteristică a dezvoltării sociale prin proiecte, este frecvent abandonată în favoarea respectării planificărilor și a procedurilor rigide. În special, finanțările din surse europene au accentuat abordarea orientată către implementarea tuturor activităților propuse în cererea de finanțare și a obținerii rezultatelor asumate. În cazul proiectelor finanțate prin fondurile structurale, tendința este și mai accentuată. Însă, proiectele din domeniul social, în special cele care privesc domeniul asistenței sociale solicită un grad ridicat de adaptabilitate la contextul în care acestea se implementează. În cazul proiectelor FSE, cerința este cu atât mai acută cu cât perioada consumată de la conceperea proiectului și până la începerea efectivă a activităților este, în cele mai multe cazuri, mai mare de un an. Dacă pentru proiectele din infrastructură întârzierea nu afectează în mod semnificativ rezultatele, pentru cele din domeniul social poate decide în mod structural calitatea rezultatelor și, mai ales a impactului generat. În cazul României, deciziile Comisiei Europene în privința corecției financiare aplicate POSDRU nu a ținut seama de doi factori importanți care au afectat calitatea implementării proiectelor: întârzierile semnificative în începerea proiectelor aprobate și criza economică. În ambele situații, impactul asupra procesului de implementare a proiectelor este semnificativ, în primul rând din cauza modificării contextului sau a situației grupurilor țintă vizate. Este, de aceea, nevoie ca autoritatea de management și organizațiile implicate în implementare să renegocieze sau să ajusteze termenii cererilor de finanțare în raport cu potențialele schimbări care pot afecta calitatea unui proiect.

5. Alocarea unor resurse de dimensiuni relativ reduse în raport cu impactul și rezultatele generate. Condiția esențială a asigurării motivației reale a structurii care implementează proiectul este gradul de participare la proiect, fie că este vorba de resurse financiare sau un alt tip de contribuție. Acestea trebuie însă ajustate în raport cu capacitatea reală a beneficiarului. Evaluarea inițială pune accent pe resurse ale comunității sau a solicitantului care pot fi utilizate (ex. contribuție în muncă, utilizarea unor clădiri/spații nefolosite etc.) fără ca disponibilizarea acestora să genereze dificultăți majore în implementarea proiectului. Însă, sistemul actual de impunere a unei contribuții financiare, chiar dacă pare a fi redusă în raport cu bugetul total al proiectului, generează dificultăți sau chiar practici semi-legale pentru acoperirea acesteia. De asemenea, ar trebui înființate și linii de finanțare cu limite maxime de grant reduse și condiții de acces adaptate structurilor, fie ONG-uri sau autorități publice locale, care au o capacitate limitată de gestionare a finanțărilor. Un domeniu major de intervenție nu ar trebui să neglijeze nici creșterea organizațională a furnizorilor de servicii sociale, astfel de linii de finanțare dovedindu-se utile în perioada pre-aderare.

6. Transferul de expertiză. Programele de finanțare ar trebuie să se bazeze pe un transfer masiv de expertiză adaptată nevoilor acestora organizațiilor care implementează proiectele. Asistența tehnică ar trebui să fie furnizată având la bază o bună cunoaștere a contextului implementării proiectului și a resurselor care pot fi mobilizate pentru a asigura sustenabilitatea proiectului. De altfel, proiectele din domeniul social cu rezultate și impact semnificative au avut o componentă de diagnoză a contextului. În cazul FSE, asumarea doar a atribuțiilor de control al unităților de management a creat dificultăți în comunicarea cu organizațiile care implementează proiecte și chiar a generat blocaje în activitatea acestora din cauza deciziilor contradictorii adoptate la nivelul unităților de management.

Diferențierea netă a finanțărilor alocate structurilor din sistemul public și cel privat. Gestionarea fondurilor structurale au creat o serie de anomalii, una dintre acestea fiind confuzia abordării diferențiate a structurilor private (ONG-uri sau companii) de cele publice. De asemenea, în cazul instituțiilor publice nu au existat suficiente diferențieri între instituțiile de nivel central și cele de la nivel județean sau local. Spre exemplu, Ministerul Muncii, gestionar al fondurilor europene a participat la competiția atragerii resurselor ca oricare altă instituție publică, deși este și gestionar al fondurilor accesate. Pe lângă conflictul de interese evident, Ministerul ar fi trebuit să aibă acces la o linie de finanțare dedicată care să-i permită implementarea unor programe de durată și cu impact semnificativ.

Notă: Acest capitol a fost elaborat și publicat sub auspiciile Institutului de Cercetare a Calității Vieții, Academia Română ca parte din proiectul co-finanțat de Uniunea Europeană prin Programului Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 în cadrul proiectului Pluri și interdisciplinaritate în programe doctorale și postdoctorale Cod Proiect POSDRU/159/1.5/S/141086

Bibliografie

- Arpinte, D. & Baboi, A. 2009. The impact of the external financing on the development of the social work system. *Revista de cercetare și intervenție socială*, 30-47.
- Zamfir, C. 2004. *O analiză critică a tranziției. Ce va fi „după”*, Polirom.
- Zamfir, C., Postill, K. & Stan, R. 2001. *Situația sărăciei în România*.

Opinia populației României privind eficiența unor sisteme naționale de servicii¹

ȘTEFAN CORNELIU ȘTEFĂNESCU

Introducere

În prezentul studiu vom analiza comparativ, din punct de vedere statistic, opinia populației României referitoare la eficiența funcționării unor sisteme de servicii publice. Efectiv ne vom ocupa de sistemele publice privind îngrijirea sănătății (variabila S), gestionarea pensiilor neprivatizate (variabila P) și evaluarea învățământului de stat (sistemul educativ de stat, variabila E). Sunt luați în considerare numai anii 2006 și 2010 desemnați pe scurt prin cifrele 6 și 0.

În cadrul actualei cercetări au fost utilizate bazele de date ICCV 2006 și ICCV 2010 cu tematica „Diagnoza calității vieții”. Aceste baze de date au fost proiectate la ICCV, Academia Română, în anii 2006 și 2010. Eșantioanele ICCV 2006 și ICCV 2010 cuprind informații complexe referitoare la 1131, respectiv 1161 persoane, fiind reprezentative la nivel național.

Din nefericire, absența unei finanțări corespunzătoare nu a făcut posibilă colectarea unor eșantioane reprezentative la nivel național după anul 2011.

Pentru claritatea expunerii am evitat pe cât posibil prezentarea unor modele statistice laborioase (a se vedea, de exemplu, Papoulis A., 1990; Iosifescu și alții 1985). Am preferat utilizarea unor reprezentări grafice comparative cât mai diferite (Iosifescu și alții 1985) pentru a pune în evidență gradul de eficiență acordat de populație funcționabilității acestor sisteme naționale de servicii. Rezultatele obținute în urma analizei grafice de varianță urmează a fi ulterior confirmate sau infirmate prin aplicarea unor modele statistice sofisticate orientate pe verificarea anumitor ipoteze și totodată printr-o analiză complexă a factorilor implicați în dinamica sistemelor studiate.

În continuare vom sintetiza și dezvolta câteva aspecte deja semnalate în studiul „*The population opinion about the efficiency of the health,*

¹ Actualul capitol îmbunătățește prezentarea rezultatelor din articolul Ștefănescu, Ș., 2013. *The population opinion about the efficiency of the health, retirement and education national systems*. Studii și Cercetări de Calcul Economic și Cibernetică Economică, no. 1-4, pp. 79-88.

retirement and education national systems" (Ștefănescu Ș., 2013) apelând la o analiză elementară de varianță.

Notații și aspecte metodologice

Așa cum am precizat anterior, în cadrul actualului studiu ne vom referi exclusiv la sistemul S de îngrijire a sănătății, la sistemul P de pensii precum și la sistemul educațional E ce va cuprinde numai învățământul de stat (fără a se face referiri la învățământul privat).

Cifrele 6 sau 0 adăugate variabilelor S , P , E vor conduce la noi variabile ce se vor referi la anii 2006, respectiv 2010, în care au fost exprimate opiniile populației. Astfel variabila S_6 se referă la opinia populației din 2006 privind eficiența sistemului public de sănătate. Variabila E_0 definește părerile persoanelor chestionate în anul 2010 despre sistemul educativ de stat.

În secțiunea 4 vom analiza opiniile unor grupuri țintă despre sistemele publice S (sănătate), P (pensii) sau E (educație). Prelucrarea statistică va fi orientată numai pe două subgrupuri, și anume: V (persoane a căror vârstă a trecut de 60 ani) și C (familii cu copii). În acest context variabila SC_6 se raportează la părerile despre sistemul S de sănătate publică exprimată de familiile C cu copii în anul 2006. În schimb variabila PV_0 se referă la opinia privind sistemul public de pensii P a grupului V de oameni în vârstă, eșantionul fiind selectat în anul 2010.

Cum eșantioanele reprezentative la nivel național ce au fost colectate în anii 2006 și 2010 nu au același volum (bazele de date ICCV 2006 și ICCV 2010), vom utiliza în analiza statistică repartițiile variabilelor aleatoare S , P , E și nu frecvențele scorurilor variabilelor respective. Datorită acestei abordări nu are importanță o calibrare exactă a probabilităților de reprezentare pentru subgrupurile cu care se operează, de a fi în concordanță cu proporționalitatea reală, existentă la nivel național, pentru acele grupări. De exemplu, proporția vârstnicilor V în eșantioanele din anii 2006 și 2010 poate fi relativ diferită. În plus s-au eliminat din modelul statistic de analiză a variantei situațiile de „non-răspuns” și „nu este cazul”.

Studiul statistic se bazează pe răspunsurile populației la întrebările menționate într-un chestionar. Concret, persoanelor intervievate li s-a pus întrebarea:

- „Cum apreciați următoarele servicii din România :
- Sistemul S de îngrijire a sănătății,
 - Sistemul public de pensii P ,
 - Sistemul public de învățământ E (educație) „

Pentru fiecare întrebare au fost prevăzute 5 posibilități *R1-R5* de răspuns, codificate prin : *R1* = „foarte prost”, *R2* = „prost”, *R3* = „satisfăcător”, *R4* = „bun”, *R5* = „foarte bun”.

Răspunsurile *R1-R5* au primit în analiza statistică scorurile 1, 2, 3, 4, respectiv 5. Într-o asemenea codificare numerică valoarea „scorului mediu” este 3. Atribuirea altor scoruri numerice tipurilor *R1-R5* de răspuns va modifica în mod evident valoarea „scorului mediu”. O analiză statistică complexă, bazată însă pe o scală ordinală a răspunsurilor, va putea evita acest inconvenient legat de modificarea valorii „scorului mediu” în raport cu scorurile acordate diverselor tipuri de răspuns *R1-R5*.

Datele utilizate în prezentul studiu statistic provin de la două eșantioane reprezentative la nivel național (bazele de date ICCV 2006 și ICCV 2010) ce caracterizează anii 2006 (1133 persoane) și 2010 (1161 indivizi). Volumele celor două eșantioane sunt sesizabil diferite.

Modelele statistice propuse sunt axate pe o analiză simplificată de varianță (Papoulis A., 1990; Iosifescu și alții 1985). Cu bună știință am evitat o prezentare mult prea tehnică bazată pe modele complexe de analiză a datelor ordinale (Göb R., McCollin C., Ramalhoto M.F., 2007) și pe teste statistice ce privesc verificarea unor ipoteze propuse (Papoulis A., 1990; Iosifescu, Moineagu, Trebici, Ursianu, 1985). Pentru ușurința comparărilor și a dezvăluirii raporturilor dintre diversele sisteme studiate am preferat reprezentări grafice în raport cu parametrii definitorii ai repartițiilor respective, anume media și dispersia variabilelor aleatoare studiate. Valoarea mediei va indica comportamentul de ansamblu al grupului de indivizi analizat. În schimb dispersia ne dă informații privind gradul de omogenitate al grupului studiat. Astfel, o medie mică și o dispersie mare sugerează un fenomen pronunțat de insatisfacție ce se manifestă la nivelul grupului abordat, aspect dublat de o neomogenitate ridicată în cadrul subgrupului respectiv. O dispersie mare ar putea fi și cauza existenței a cel puțin două tendințe în cadrul subpopulației studiate, fapt ce va fi validat prin aplicarea unor teste statistice. În schimb, o medie mare și o dispersie mică semnifică un grad mare de satisfacție în cadrul clasei analizate, opinie prezentă la majoritatea indivizilor din clasa respectivă.

Cu intenția de a păstra aceeași unitate de măsurare atât la indicele de medie cât și la coeficientul de dispersie am optat pentru utilizarea abaterii medii pătratice (abaterea standard) drept indicator al gradului de împrăștiere a răspunsurilor subiective date de indivizi.

Reprezentarea grafică într-un sistem rectangular a repartițiilor variabilelor *S*, *P*, *E* prin apelarea la coordonatele lor definitorii (medie și abatere standard) este de multe ori preferată unei abordări sofisticate, dar

mai precisă, ce folosește măsuri de disimilaritate între repartiții. Într-un asemenea context este însă absolut necesară utilizarea ulterioară a diferitelor tehnici de reducere a dimensiunii spațiului de reprezentare. În prezentul studiu am optat numai pentru utilizarea de reprezentări grafice într-un spațiu bidimensional, luându-se astfel în considerare a cei doi parametri reprezentativi ai distribuțiilor variabilelor studiate, anume media și abaterea standard.

Compararea poziției punctelor S_6 , P_6 , E_6 cu cea a punctelor S_0 , P_0 , E_0 evaluează dinamica în timp (anii 2006, respectiv 2010) a variabilelor S , P , E ce caracterizează sistemele naționale de sănătate, pensii și învățământ. În cadrul estimărilor practice referitoare la opinia populației despre cele trei sisteme publice, este însă necesar a se compara variabilele S , P și E cu o variabilă N ce se dorește a caracteriza un aspect „normal”, de echilibru a sistemului studiat. Urmărim ca variabila N să definească o situație „normală” de apreciere al unui sistem public de servicii de către comunitate. Într-un asemenea caz indivizii populației ar putea fi în proporții egale „nemulțumiți”, „mulțumiți” sau nehotărâți („nici mulțumiți dar nici nemulțumiți”) în raport cu sistemul de servicii pe care îl evaluează.

Pentru prezenta cercetare propunem ca în variabila N de „relativă normalitate”, proporția răspunsurilor de tip R1-R5 date de populație să se regăsească respectiv în proporțiile : $1/9$, $2/9$, $1/3$. $2/9$, $1/3$. În varianta în care tipurilor R1-R5 de răspuns li se asociază scorurile 1-5, media variabilei N este egală cu 3.

Evaluarea comparativă a sistemelor publice

Apelând la răspunsurile persoanelor intervievate în eșantioanele proiectate în anii 2006 și 2010 vom stabili raporturile dintre variabilele S , P , E ce definesc sistemele de îngrijire a sănătății, cel de pensii, respectiv de educație (învățământ de stat).

Tabelul 3.1 ne prezintă principalele caracteristici ale repartițiilor variabilelor S , P , E ce definesc sistemele publice ce urmează a fi analizate.

Tabelul 3.1. Caracteristicile statistice ale variabilelor S , P , E în 2006 și 2010.

Anul	Variabila	Varianta	Număr indivizi	Medie	Dispersie	Abatere medie pătratică
2006	S_6	eșantion	1126	2,5240	0,9812	0,9906
	P_6	eșantion	1119	2,0313	0,7756	0,8807
	E_6	eșantion	1117	3,1880	0,8241	0,9078

2010	<i>S0</i>	eșantion	1157	2,4183	0,9503	0,9748
	<i>P0</i>	eșantion	1160	2,0052	0,8172	0,9040
	<i>E0</i>	eșantion	1152	2,8976	0,9687	0,9842

Urmărind valorile medii din *Tabelul 3.1* deducem faptul că numai situația învățământului din anul 2006 este privită de către populație ca fiind relativ bună. Concret, media variabilei *E6* depășește valoarea 3, cantitate ce exprimă un „echilibru” al opiniilor indivizilor eșantionului. În schimb, comparativ cu 2006, în anul 2010 sistemul public al învățământului de stat regresează, populația exprimând păreri mult mai critice în această privință. Am evidențiat aceste aspecte urmând a analiza într-un studiu ulterior factorii concreți ce au determinat astfel de opinii.

Pe ansamblu, față de anul 2006, în anul 2010 asistăm la o degradare în ochii populației a celor trei sisteme publice *S*, *P*, *E*. Atât în anul 2006 cât și în 2010, cel mai rău privit de persoanele chestionate este sistemul de pensii. Media scorurilor de răspuns referitoare la sistemul de pensii este 2, fapt ce semnifică o stare generalizată de nemulțumire (reamintim codificarea *R2* = „prost”).

Nici sistemul public *S* de sănătate nu are o apreciere pozitivă a populației, o medie de circa 2,5 fiind mult sub valoarea 3 a pragului de relativă „normalitate”. În raport cu sistemul de pensii *P*, sistemul de sănătate *S* este mai apreciat de către populație. Luând însă în considerare cele trei sisteme de servicii *S*, *P*, *E*, cel mai bine privit de comunitate este sistemul *E* de educație.

Este foarte important de a aprecia gradul de omogenitate a răspunsurilor date de populație. Un nivel ridicat de neomogenitate sugerează adesea prezența unor subgrupuri cu păreri radical diferite. Având în vedere acest aspect, ne vom axa în continuare pe reprezentări grafice bidimensionale. Astfel, repartițiile variabilelor *S*, *P*, *E* sunt interpretate drept puncte situate într-un spațiu bidimensional având drept coordonate carteziene media și abaterea standard a variabilelor respective. Reprezentarea grafică din *Figura 3.2* ne indică opinia populației privind sistemele de servicii publice de sănătate, pensie și educație în anii 2006 (variabilele *S6*, *P6*, *E6*) și 2010 (variabilele *S0*, *P0*, *E0*).

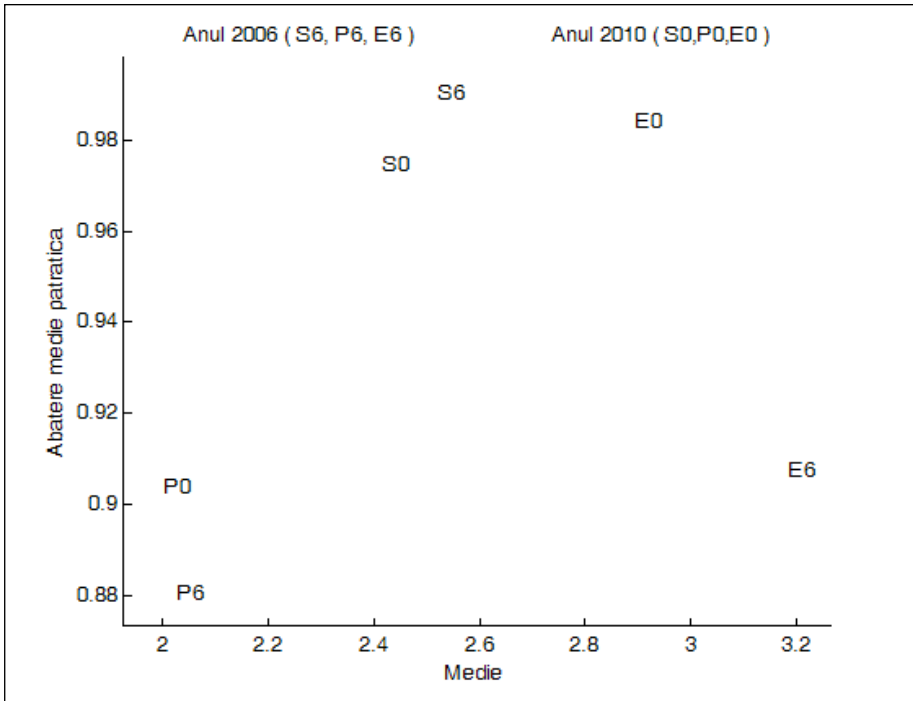
Figura 3.2. Evaluarea de către populație a sistemelor publice S, P, E.

Figura 3.2 sugerează mult mai concludent raporturile dintre sistemele *S*, *P*, *E*. Regăsim astfel mai multe aspecte deja semnalate. Concret, interpretând poziționarea punctelor *S6*, *P6*, *E6* (anul 2006) și *S0*, *P0*, *E0* (anul 2010) din *Figura 3.2* menționăm următoarele fapte :

- Populația apreciază cea mai proastă funcționalitate la serviciul *P* de pensii (variabilele *P6* și *P0*), urmează apoi serviciul de îngrijire a sănătății (a se urmări poziționarea punctelor *S6* și *S0* din *Figura 3.2*), iar cel mai bine stă învățământul (punctele *E6* și *E0*). Această ierarhizare este valabilă atât în anul 2006 cât și în 2010 fapt ce sugerează o posibilă menținere a tendinței și în viitor (*Figura 3.2*). Studii sociologice complementare propun aplicarea unor transformări structurale majore pentru sistemele publice *S*, *P*, *E* ce au fost analizate.

- În raport cu 2006, în anul 2010 avem o regresare pentru toate cele trei sisteme de servicii publice *S* (sănătate), *P* (pensii), *E* (educație), dar descreșterea este mult mai accentuată la învățământ (variabilele *E6*, *E0*). Opinia medie a populației rămânând relativ stabilă la serviciul de pensii (media variabilelor *P6* și *P0* din *Figura 3.2*).

- În cazul evaluării învățământului E abaterea medie pătratică este cu mult mai mare în anul 2010 (variabila $E0$) comparativ cu 2006 (variabila $E6$), aspect ce atestă și o neomogenitate accentuată a opiniilor persoanelor intervievate în 2010. Acest lucru sugerează faptul că în anul 2010 sunt prezente în populație grupuri foarte nemulțumite ce interferează cu alte grupuri relativ mulțumite. În secțiunea următoare vom încerca să detaliem acest aspect studiind comportamentul unor subgrupuri „țintă”.

- Gradul ridicat de neomogenitate a răspunsurilor din 2010 privind învățământul E se manifestă într-o proporție mai mică și în cadrul sistemului public S de îngrijire a sănătății, atât în 2006 (variabila $S6$) cât și în anul 2010 (variabila $S0$). A se compara în acest sens ordonatele punctelor $E6$, $E0$, $S6$, $S0$ din *Figura 3.2*.

- În schimb pentru sistemul de pensii situația în 2010, deși regresează în raport cu anul 2006, este mai puțin fluctuantă (abaterea medie pătratică a variabilelor $P6$ și $P0$ este mică în *Figura 3.2*).

- Abaterile medii pătratice ale **variabilor** $P6$ (pensii 2006) și $E6$ (educație 2010) sunt mici (*Figura 3.2*) fapt ce atestă o mare omogenitate a opiniilor indivizilor privind sistemele de pensii și de învățământ din anul 2006. Acest aspect nu se regăsește în sistemul de învățământ din anul 2010 unde asistăm la o mare diversitate a părerilor indivizilor (poziția variabilei $E0$ din *Figura 3.2*).

- Vom considera drept o situație „de echilibru” a sistemelor de servicii S , P sau E , cazul în care variantele de răspuns la chestionar („foarte prost”, „prost”, „satisfăcător”, „bun”, „foarte bun”) sunt egal probabile. Se asigură astfel un scor mediu de răspuns având valoarea 3. Numai pentru sistemul de învățământ E media scorurilor respondenților trece în 2006 peste valoarea 3 (*Tabelul 3.1, Figura 3.2*). Sistemul S de îngrijirea sănătății și în special sistemul P de pensii sunt considerate ineficiente de către populație, atât în 2006 cât și în 2010 (*Tabelul 3.1, Figura 3.2*), scorul mediu obținut fiind cu mult sub valoarea 3 atât în anul 2006 cât și în 2010.

- Semnalăm în special valoarea extrem de redusă a scorului mediu acordat de români în anii 2006 și 2010 pentru sistemul P de pensii. O evaluare medie de 2 din partea populației pentru serviciile P atestă o situație dezastroasă a sistemului de pensii. Astfel, valoarea 2 a mediei răspunsurilor rezultă și în situația în care *întreaga populație* are o imagine „proastă” (scor 2) despre sistemul P . Această afirmație este susținută și de faptul că variabilele $P6$ și $P0$ au cea mai mică dispersie (*Figura 3.2*), aspect ce atestă un grad foarte mare de omogenitate a răspunsurilor populației.

Mult mai gravă pare a fi neadaptarea în timp a sistemului P de pensii pentru satisfacerea unor cerințe minimale. În acest context nu există deloc o tendință de îmbunătățire în 2010, comparativ cu anul 2006. Menționăm

astfel poziționarea variabilelor P_6 și P_0 din *Figura 3.2*, media aprecierilor populației în anul 2010 fiind chiar mai mică decât în 2006.

Opinia unor grupuri țintă

De sistemele naționale de servicii S (sănătate), P (pensii) sau E (educație) beneficiază cu mult mai frecvent și intens anumite categorii sociale de persoane. Aceste „grupuri țintă” vor fi studiate în continuare.

Luând în considerare nevoile și structura populației, având permanent în vedere scopurile urmărite prin analiza statistică, putem opta pentru o mare varietate de grupuri țintă. Indivizii unei asemenea grupări sunt caracterizați de anumite atribute definitorii. Astfel, pentru sistemul S de îngrijire a sănătății vom considera grupul țintă al persoanelor V cu vârsta peste 60 ani (subvarianta SV). Tot persoanele vârstnice V vor alcătui gruparea selectată în cadrul sistemului P de pensii (subvarianta PV). În schimb pentru sistemul de învățământ E vom opta pentru un grup țintă determinat de familiile C ce au copii minori în întreținere, elevi sau studenți (subvarianta EC). Caracteristicilor repartițiilor variabilelor SV , PV , EC asociate sistemelor de servicii S , P , E pentru grupurile țintă C și V sunt listate în *Tabelul 4.1*.

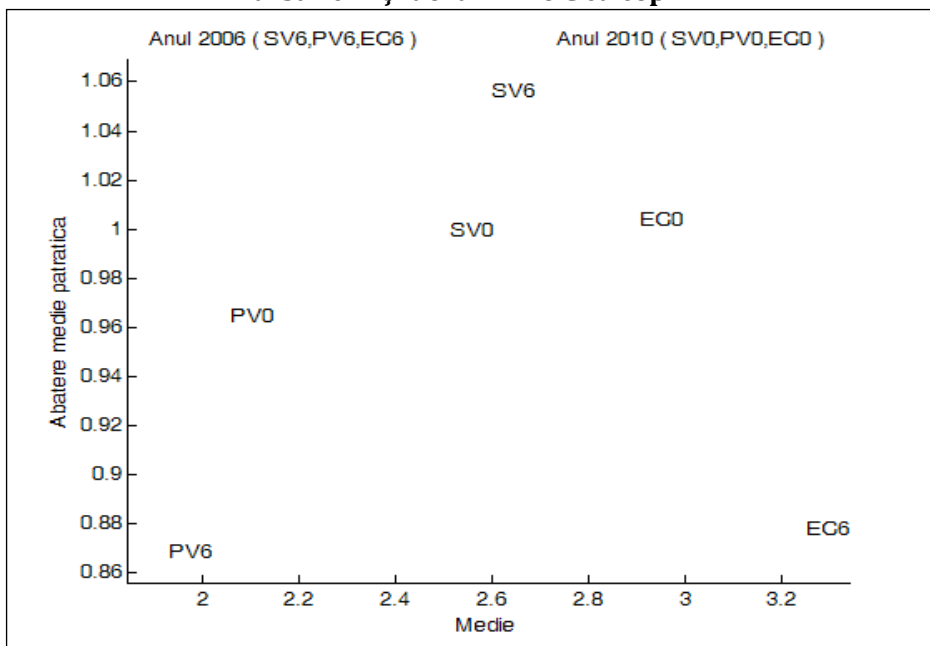
Tabelul 4.1. Caracteristicile statistice ale grupurilor țintă C și V.

Anul	Variabila	Varianta	Număr	Medie	Dispersie	Abatere medie pătratică
2006	SV_6	$S + \text{vârsta} \geq 60$	278	2.6043	1.1168	1.0568
	PV_6	$P + \text{vârsta} \geq 60$	277	1.9350	0.7539	0.8683
	EC_6	$E + \text{fam. cu copii}$	523	3.2543	0.7709	0.8780
2010	SV_0	$S + \text{vârsta} \geq 60$	320	2.5188	0.9996	0.9998
	PV_0	$P + \text{vârsta} \geq 60$	321	2.0623	0.9307	0.9647
	EC_0	$E + \text{fam. cu copii}$	484	2.9091	1.0083	1.0041

Bazându-ne pe valorile din *Tabelul 4.1* am reprezentat grafic în *Figura 4.2* punctele ce reprezintă distribuțiile statistice ce definesc opiniile populației despre sistemele de servicii publice S , P , E . Analiza statistică va lua

în considerare familiile *C* cu copii precum și vârstnicii rezultând subvariantele *SV*, *PV*, *EC*. Mai precis, în anul 2006 se operează cu variabilele *SV6*, *PV6*, *EC6*, variabilele corespunzătoare anului 2010 fiind *SV0*, *PV0*, *EC0* (subvariante deja precizate în *Tabelul 4.1*).

Figura 4.2. Evaluarea sistemelor S, P, E în anii 2006 și 2010 de către vârstnici V și de familiile C cu copii.



Urmărind poziționarea punctelor din *Figura 4.2* ce definesc grupurile țintă *C* și *V* remarcăm următoarele :

- În cadrul secțiunii anterioare am remarcat faptul că la nivelul întregului eșantion populația ierarhizează, în ordinea crescătoare a gradului de funcționalitate, sistemul *P* de pensii, apoi sistemul *S* de îngrijire a sănătății, cel mai apreciat fiind învățământul *E*. Această ordonare crescătoare a eficienței sistemelor de servicii *S*, *P*, *E* era valabilă pentru cele două perioade studiate, anume anii 2006 și 2010 (*Figura 3.2*).

Interpretând *Figura 4.2* rezultă că ierarhizarea dictată de nivelul de satisfacție atribuit sistemelor de servicii publice *S*, *P*, *E* la nivelul întregului eșantion se menține și în cazul în care se operează și cu mulțimile țintă *C* și *V* precizate în *Tabelul 4.1*. Abscisele seturilor de puncte { *SV6*, *PV6*, *EC6* }, respectiv { *SV0*, *PV0*, *EC0* } justifică această ordonare. A se urmări în acest

sens poziția punctelor din *Figura 4.2* sau ordinea valorilor medii ale variabilelor *SV6, PV6, EC6, SV0, PV0, ECO* din *Tabelul 4.1*.

Așadar, opinia persoanelor ce aparțin grupurilor vizate *C* (familii cu copii) și *V* (persoane în vârstă) se aseamănă cu opinia indivizilor din întregul eșantion.

- Concret, interpretând poziționarea subvariantelor *SV, PV, EC* în reprezentarea grafică din *Figura 4.2* rezultă că populația vârstnică *V* apreciază cel mai puțin funcționalitatea sistemului *P* de pensii (variabilele *PV6* și *PV0*). Sistemul *S* de îngrijire a sănătății este în opinia vârstnicilor *V* mai eficient decât sistemul *P* de pensii. A se compara în acest sens mediile variabilelor *PV6, SV6* sau *PV0, SV0* (*Figura 4.2*). În schimb persoanele cu copii în întreținere consideră cel mai performant sistem de servicii *S, P, E* ca fiind învățământul *E*. A se urmări în *Figura 4.2* părerea grupului *C* despre educație, în anul 2006 (variabila *EC6*) sau în 2010 (variabila *ECO*).

Evidențiem faptul că această ierarhizare a sistemelor de servicii *S, P, E* dictată de grupurile *C* și *V* în anii 2006 (variabilele *SV6, PV6, EC6*) se menține și la nivelul anilor 2010 (variabilele *SV0, PV0, EC06* din *Figura 4.2*). Relativa invarianță în timp a opiniei populația României despre sistemele *S, P, E*, împreună cu scorul pronunțat negativ ce a fost acordat, sugerează o imaginea globală a românilor că aproape nimic pozitiv nu a intervenit de-a lungul anilor pentru îmbunătățirea eficienței acestor sisteme. În perioada 2006-2010 am asistat la diverse încercări de modificare structurală a acestor sisteme, aspecte ce nu se reflectă însă pozitiv în percepția populației. Concret:

- Față de 2006, în anul 2010 asistăm la un ușor regres al funcționalității sistemului *S* de îngrijirea sănătății pentru vârstnici, regresul fiind considerat de familiile cu copii minori ca fiind mai pronunțat în cazul sistemului *E* de educație (a se compara poziția variabilelor *SV6, SV0, EC6, ECO* din *Figura 4.2*). Numai pentru sistemul *P* de pensii părerea populației vârstnice *V* este relativ mai favorabilă în anul 2012 (abscisele punctelor *PV6* și *PV0* din *Figura 4.2*).

- Ținând seama de valoarea abaterii medii pătratic (ordonatele punctelor reprezentate în *Figura 4.2d*) remarcăm o creștere consistentă, în anul 2012, a nivelului de neomogenitate a atitudinii populației pentru sistemul *P* de pensii și mai ales pentru cel de educație *E*. A se compara în acest sens ordonatele pentru perechile de puncte (*PV6, PV0*), respectiv (*EC6, ECO*). Acest fapt ar putea ascunde prezența și a altor subgrupuri în populație cu opinii extrem de diferite. Identificarea atributelor ce caracterizează subgrupurile menționate va permite stabilirea unor tipologii ale persoanelor intervievate în raport cu sistemele *S, P, E* de servicii publice studiate.

- Pentru sistemul de sănătate *S* asistăm în 2012 (*Figura 4.2*) la o micșorare a dispersiei opiniei vârstnicilor fapt ce semnifică conturarea unor păreri împărtășite de întregul subgrup.

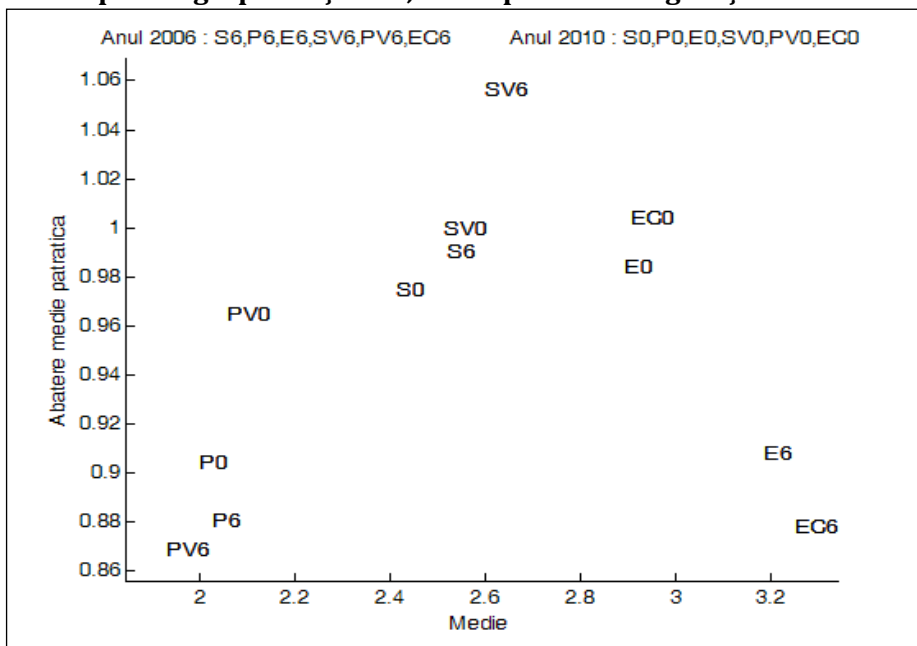
- Ordonatele punctelor *PV6* și *EC6* din *Figura 4.2* sunt mici fapt ce atestă o omogenitate pronunțată a opiniilor subgrupurilor țintă din anul 2006 privind sistemul *P* de pensii și cel de învățământ *E*.

- În general, atât în anul 2006 cât și în 2010, aprecierea de către populație a sistemelor publice de servicii *S*, *P*, *E* este mai favorabilă din partea grupurilor țintă *C* și *V*, comparativ cu întreaga populație (a se vedea mediile din *Tabelele 3.1-4.1*).

- O imagine mult mai clară este dată de *Figura 4.3* cu privire la păreri ușor mai optimiste în grupurile *C* și *V* despre sistemele *S*, *P*, *E*, aceasta în raport cu opiniile indivizilor din întregul eșantion. Acest lucru este valabil atât pentru anul 2006 cât și în anul 2010.

A se compara în acest caz abscisele punctelor *SV6*, *PV6*, *EC6*, *SV0*, *PV0*, *EC0* caracteristice grupurilor țintă *C* și *V* cu abscisele punctelor corespunzătoare atașate eșantionului, anume *S6*, *P6*, *E6*, *S0*, *P0*, *E0* (*Figura 4.2*).

Figura 4.3. Compararea sistemelor de servicii *S*, *P*, *E* în 2006 și 2010, pentru grupurile țintă *C*, *V* în raport cu întregul eșantion.



Comentarea rezultatelor

Pe ansamblu, analiza de varianță efectuată confirmă imaginea generală pe care o are populația României despre sistemele de servicii publice *S* (sănătate), *P* (pensii), *E* (educație). Spre deosebire de procedura bazată pe apelarea la „bunul simț”, modelele statistice propuse specifică în plus și mărimea diferențelor de opinii ce au fost percepute intuitiv.

Am folosit reprezentări grafice sugestive pentru a stabili raporturile dintre cele trei sisteme publice de servicii *S*, *P*, *E* și totodată pentru a compara opiniile diverselor grupuri țintă luate în considerare.

Atitudinile populației cu privire la sistemele de servicii *S*, *P*, *E* sunt mai defavorabile în 2010, comparativ cu anul 2006 (*Figura 3.2*). Regresul perceput de comunitate în 2010 ar putea fi explicat printr-o accentuare a fenomenului de polarizare socială în raport cu anul 2006. Este posibil ca nivelul de sărăcire a populației să nu fie prea diferit în 2010 comparativ cu anul 2006 dar polarizarea socială să fie vizibil mai accentuată. Fenomenul de polarizare a veniturilor conduce adesea la micșorarea volumului clasei mijlocii. Diverse studii sociologice complementare subliniază acest aspect.

În afara învățământului *E6* din anul 2006, pe întreg eșantionul situația referitoare la serviciile publice *P* de pensii sau *S* de îngrijire a sănătății este punctată negativ de către întreaga populație (*Tabelul 3.1*, *Figura 3.2*). Aceeași atitudine negativă se menține și în cadrul diverselor subgrupuri țintă ce au fost studiate (*Tabelul 4.1*, *Figura 4.2*).

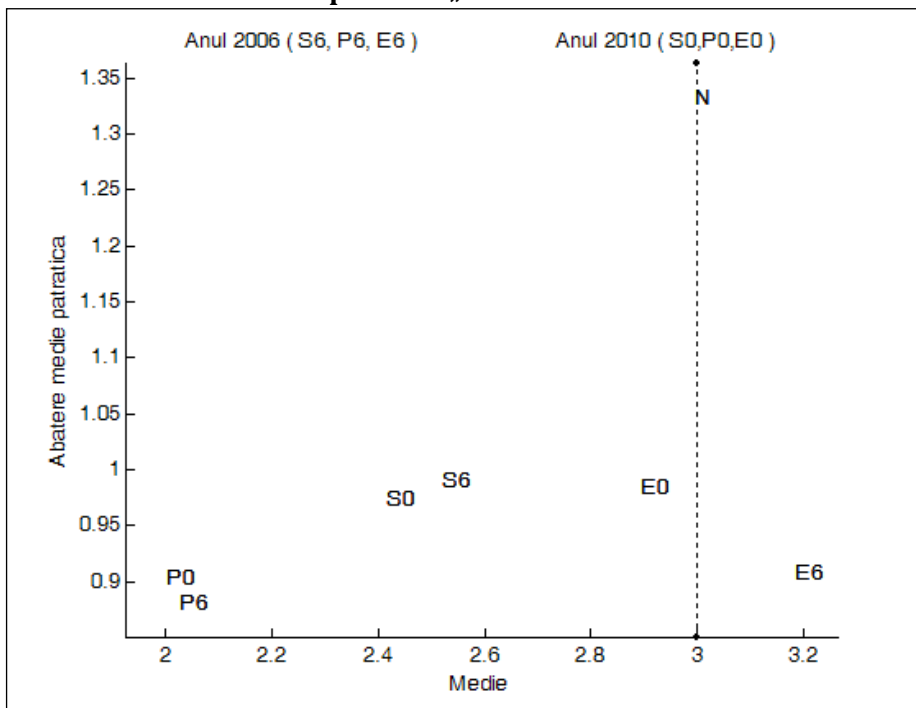
O imagine dezastruoasă în ochii populației o are sistemul *P* de pensii (variabilele *P6*, *P0*, *Pv6*, *PV0* din *Tabelele 3.1* și *4.1* sau din *Figurile 3.2* și *4.2*). În raport cu valoarea 3 de „echilibru”, scorul mediu obținut de sistemul *P* de pensii în anii 2006 și 2010 este de circa 2 (predomină răspunsurile „prost” și „foarte prost”). Acest fapt atestă o situație extrem de gravă a sistemului de pensii, sistem ce nu prezintă o tendință de îmbunătățire (*Tabelele 1.1c-1.2c*, *Figura 1.2e*).

Atât în anul 2006 cât și în 2010, aprecierea de către populație a sistemelor publice *S* (de îngrijirea sănătății), *P* (pensii) sau *E* (învățământ) este mai favorabilă din partea grupurilor țintă *C* și *V* comparativ cu întreaga populație (*Tabelele 3.1*, *4.1*; *Figura 4.3*). Acest lucru sugerează prezența unor subgrupuri în comunitate ce sunt sensibil în dezacord cu sistemele de servicii *S*, *P*, *E*. În acest context sugerăm o nouă cercetare orientată pe depistarea subgrupurilor ce au o atitudine pronunțat negativă despre sistemele publice *S*, *P*, *E*, analizându-se totodată și cauzele ce au putut influența astfel de opinii.

Privit din punctul de vedere al mediei, părerile exprimate de persoanele din grupurile țintă *C* și *V* sunt comparabile cu opiniile indivizilor din eșantion. Trebuie menționat însă faptul că persoanele din grupurile țintă

au de multe ori o atitudine mai favorabilă, în medie, comparativ cu indivizii întregului eșantion (*Tabelele 3.1, 4.1; Figura 4.3*).

Figura 5.1. Poziția sistemelor de servicii S, P, E în raport cu o „normalitate” N.



În raport cu o situație „normală” *N*, în care este prezentă o diversitate „echilibrată” a răspunsurilor, dispersiile variabilelor *S*, *P*, *E* (ce caracterizează sistemele de sănătate, pensii respectiv învățământ) pe întreg eșantionul sau în cadrul subgrupurilor *V* (vârșnici) și *C* (familii cu copii) ce au fost analizate anterior sunt substanțial mai mici (*Figura 5.1*). Acest fapt atestă un grad major de omogenitate a răspunsurilor indivizilor intervievați, atât cei din întregul eșantion cât și cei din subgrupurile țintă *C* (familii cu copii) sau *V* (vârșnicii), privind părerile lor despre sistemele publice *S*, *P*, *E*. Așadar, majoritatea populației investigate are o părere unitară, precisă, fără prea multe fluctuații, despre sistemele publice de sănătate (*S*), pensii (*P*) sau învățământ (*E*). Mai precis, sistemul *P* de pensii este privit total dezaprobat de majoritatea populației, fiind penalizată ineficiența lui. Oarecum mai bine, dar tot negativ, se situează și sistemul public *S* de îngrijirea sănătății. În schimb, deși nu se ridică la standardele normale (mai

ales în anul 2010), sistemul de învățământ E are unele aprecieri relativ pozitive din partea comunității, aspect ce-l apropie de o relativă „normalitate” (în special în anul 2006, variabila $E6$ în *Figura 5.1*).

În 2010, manifestarea în România a crizei economice mondiale a fost apreciată foarte diferit de către diverșii politicieni români ai momentului. În acest context nu credem că populația României, pe ansamblu cu mult mai puțin informată decât politicul, a putut fi influențată major în opiniile sale din anul 2010 de spectrul nefavorabil al crizei economice. Mai mult, acceptând o puțin probabilă conștientizare a majorității populației, în primele luni ale lui 2010, despre o situație generală ternă de criză economică în România, apariția unor fapte relativ pozitive, „de speranță”, în sistemele publice de servicii S , P , E ar fi adesea supraevaluate. Se va acorda astfel mai des un punctaj de „satisfăcător” (scor 3), fapt neconfirmat de datele concrete (a se vedea „Diagnoza calității vieții din anii 2006 și 2010”, bazele de date *ICCV2006* și *ICCV2010*; *Figura 5.1*).

Noi abordări

Această cercetare preliminară urmează a fi extinsă prin propunerea unor noi indicatori de evaluare a sistemelor S , P , E , operarea cu noi grupuri țintă sau imaginarea și a altor modele statistice care să confirme (infirme) unele aspecte semnalate. Menționăm în acest sens abordările bazate pe măsuri de disimilaritate între repartiții, luând totodată în considerare și multiplele legături existente între indivizi (Mizruchi M.S., 1993) sau studii privind măsurarea atitudinii persoanelor apelându-se la scale ordinale Likert (Göb R., McCollin C., Ramalhoto M.F., 2007).

Confirmarea unei tendințe generale privitoare la sistemele publice ce au fost analizate se poate realiza practic dezvoltând actualul studiu pe un număr mult mai mare de ani.

Printr-o analiză complexă și complementară se vor identifica principalii factori ce au condus la actuala stare a sistemelor publice de sănătate, pensii și educație din România.

Aspectele semnalate sunt utile în vederea măririi eficienței unor politici sociale propuse.

Bibliografie

- Göb, R. Christopher McCollin, C. Ramalhoto, M. F. 2007. *Ordinal methodology in the analysis of Likert scales*. Quality & Quantity, vol. 41, pp. 601–626.
Papoulis, A. 1990. *Probability & Statistics*, Prentice Hall, New Jersey, 1990.

Iosifescu, M. Moineagu, C., Trebici, V. Ursianu, E., 1985, *Mică enciclopedie de statistică*. Editura Științifică și Enciclopedică, București, 1985.

Mizruchi, M. S. 1993, *Cohesion, equivalence, and similarity of behavior – A theoretical and empirical assessment*. Social Networks vol. 15, pp. 275-307.

Ștefănescu, Ș., 2013. *The population opinion about the efficiency of the health, retirement and education national systems*. Studii și Cercetări de Calcul Economic și Cibernetică Economică, no. 1-4, pp. 79-88.

Diagnoza calității vieții. Institutul de Cercetare a Calității Vieții, Academia Română, 2006.

Diagnoza calității vieții. Institutul de Cercetare a Calității Vieții, Academia Română, 2010.

PARTEA a III-a

**SPRE O ASISTENȚĂ SOCIALĂ
INTEGRATĂ ASUPRA FAMILIEI**

Asistența socială pentru familie și copil în perioada de austeritate¹

ELENA ZAMFIR

Programul de măsuri privind suportul social pentru familie și copil în perioada de austeritate prevăzut în politicile sociale guvernamentale (Guvernul PDL-Boc) este supus unor atacuri publice extrem de dure dar justificate. Există o impresie în rândul specialiștilor, aproape generalizată, că programul suferă de o neclaritate evidentă a direcției și o confuzie privind strategia de reformă în sistemul asistenței. Totodată, acesta este dominat de o ambiție excesivă, total eronată, de a aduce economii pe seama celor săraci, cu risc major de excluziune socială.

După mai mult de 20 de ani de tranziție, la care se adaugă și efectele excepțional de dure ale crizei cu multiplele ei fațete în condiții de austeritate, asistența socială în România de azi, comparativ cu acei ani de succes temporar în unele domenii (elaborarea unui pachet al suportului pentru copil, pentru familie, pentru săraci etc., multe impuse ca cerințe ale integrării europene), suferă din păcate o erodare continuă a funcțiilor ei preventive, terapeutice și recuperatorii. Dificultățile economice, financiare, sociale ale crizei nu pot totuși explica total acest proces de dezagregare treptată a formelor de ajutor social. Observăm că modelele țărilor europene și cele internaționale ne oferă numeroase exemple de politici active de menținere a funcțiilor asistenței sociale în acord cu noile schimbări aduse de criză.

1. Statul social și rolul lui în asistența socială a familiei și copilului

Condițiile de austeritate au avut un impact asupra degradării situației populației în toate țările europene și ale lumii prin măsurile dure de reducere a formelor de protecție și asistență socială. Acestea s-au simțit însă diferențiat asupra populației sărace în funcție de nivelul inițial de dezvoltare al serviciilor sociale, de bugetul din PIB atribuit cheltuielilor sociale publice, de stadiul de intervenție al serviciilor specializate din asistență, susținut desigur de voința politică a guvernanților. Dacă luăm în calcul toate aceste caracteristici, constatăm că ele fixează România pe ultimele locuri în privința eficienței suportului social, la o distanță considerabilă de modelul european.

¹ Comunicare susținută la Conf. Internațională organizată de Universitatea Emanuel Oradea 2012

Mai mult, rolul de intervenție activă a statului social în suportul celor marginalizați se manifestă timid, fiind chiar anunțat de guvernanți a fi în continuă descreștere. Fondurile europene orientate spre deblocarea funcțiilor sistemului de asistență socială în condițiile severe ale deficitului bugetar, sunt ignorate de decidenții politici și neutilizate pe măsură.

Eliminarea brutală de către decidenții politici a statului social, pe care îl confundă de fapt cu statul asistențial, este una tipică pentru graba și incoerența deciziilor guvernanților din România în schimbări rapide de reformare a asistenței sociale. Sunt tot mai des formulate întrebări de către decidenții politici referitoare la mărimea statului social (cât de mare sau mic este sau ar trebui să fie acesta). În opinia lor, statul social ar putea afecta masiv bugetul, economia, interese ale grupurilor sociale, fiind chiar o cauză a crizei actuale. În fapt, aceste confuzii, dublate de semne de întrebare, nu țin seama nici de componentele majore ale statului social și nici de funcțiile lui în legitimarea identității și coeziunii naționale. Alături de alți actori comunitari, statul social rămâne o sursă a bunăstării colective prin redistribuirea resurselor și atenuarea inegalităților sociale, reducerea riscurilor societale etc., (Zamfir, E, 2000). În fapt, statul are funcții în organizarea, administrarea și gestionarea focalizată a formelor de ajutor social pe care trebuie să le păstreze pe timp de criză.

În domeniul asistenței familiei și copilului se simte o lipsă acută de suport specializat, un deficit major, în special, în sfera serviciilor de asistență. Deși, chiar din primele zile după Revoluție, s-a pornit cu multe așteptări și speranțe pentru introducerea unui suport specializat în asistență socială, presiunile de reducere a cheltuielilor publice asociate cu deficitul major de politici sociale active au generat în timp o tendință de continuă eroziune a protecției sociale care s-a adâncit odată cu criza economică.

Din punct de vedere sociologic, familia cu toți membrii ei: vârstnici, tineri sau copii, reprezintă un tot unitar, un sistem cu relații de puternică interdependență, de tip interactiv, bine structurat prin rețeaua lărgită de rudenie orientată spre cooperare și ajutor reciproc. Elemente componente ale familiei, la fel de importante, pot fi: copilul, vârstnicul, tânărul, șomerul, săracul, persoana cu handicap, persoane delincvente, bolnave, neajutorate etc. Toți membrii familiei au un rol în menținerea unității și normalității ei.

În procesul de restricții bugetare, familia, în ansamblul ei, apare și ca o categorie din cele mai defavorizate. Ea a pierdut cel mai mult în urma măsurilor de austeritate. Pe de o parte, am asistat la prăbușirea bruscă a veniturilor familiilor sub forme diferite, atenuată doar marginal de sistemul de alocații, ajutoare de șomaj, ajutoare de urgență care s-au diminuat și ele foarte mult. Pe de altă parte, dezorganizarea și haosul din serviciile de asistență datorat subfinanțării acestora a agravat starea de neputință a

famiilor de a-și dobândi o autonomie economică. Dependența de formele de ajutor social a familiei în nevoie a crescut foarte mult în această perioadă iar motivația membrilor ei pentru refacerea propriilor capacități de integrare normală în comunitate a pierdut mult din forță. Activizarea beneficiarilor în refacerea stării lor de normalitate rămâne doar un simplu principiu lipsit de conținut în contextul schimbărilor actuale. Demoralizarea și depresia face parte integrantă din viața lor zilnică. Poate de aceea, și multe schimbări propuse aici de guvernanți au rămas fără susținere publică fiind percepute ca simple promisiuni electorale, cu tendințe de involuție dezarticulate, fără acoperire în planul acțiunii sociale.

În graba derulării unor reforme în asistența socială, guvernanții au ignorat rolul actorilor comunitari în refacerea/reafirmarea unui spirit responsabil de solidaritate colectivă. Mai mult, aceștia au manifestat un dezinteres total față de problemele sociale generatoare de riscuri și marginalizare în fixarea unui sistem de priorități pentru asistența socială. A fost astfel ratat procesul de predictibilitate și durabilitate a măsurilor de acțiune capabile de consolidarea unor schimbări eficiente în timp. Respectarea priorităților în soluționarea cazurilor sociale pot da sustenabilitate politicilor sociale și reduce mult costurile financiare, politice și morale ale intervenției din asistența socială. Prin aceasta se poate evita și nemulțumirile beneficiarilor, conflictele de stradă și tensiunile din grupurile dezavantajate.

2. Funcțiile serviciilor de asistență socială centrate pe familie în politicile de suport

Serviciile sociale de calitate și diversificate pe nevoi pentru îngrijirea și dezvoltarea copilului și a membrilor familiei ajută direct la perfecționarea carierei profesionale și a vieții private a femeii, în integrarea ei rapidă pe piața muncii. Totodată acestea duc la întărirea solidarității în cuplu, la crearea unui echilibru între viața de familie/privată și cea de muncă/ carieră profesională etc. (Zamfir, E- coautor 2005, 2006, 2009).

În familia monoparentală condusă de mamă, abandonarea vieții profesionale de către femeie, în scopul creșterii și îngrijirii copiilor sau a acoperirii responsabilităților familiale, duce la o scădere a stimei de sine, la neîncredere în propriile forțe și la creșterea dependenței acesteia de ajutorul social. Orice întrerupere în muncă, mai ales pe termen lung, îi aduce femeii prejudicii în cariera profesională. Aceste aspecte sunt predominant resimțite în familia monoparentală tânără unde copii pot fi un blocaj în dezvoltarea profesională viitoare a mamei (Zamfir, E, 2010).

Dacă societățile tradiționale priveau în principal copilul ca o sursă de venit în familie și adesea acest rol era uneori exploatat de familie, societățile moderne cu respect pentru asigurarea drepturilor copilului, îl văd ca o valoare în sine, un bun prețios al familiei și totodată o sursă de consum și nu una aducătoare de venit. De aici și protecția și asigurarea drepturilor copilului pentru acces liber la educație, la formare și dezvoltare emoțională în acord cu cerințele vârstei. Pentru a răspunde acestor noi cerințe de dezvoltare ale copilului se impun programe speciale, măsuri de sprijin în familie și în instituții specializate pentru copil pentru a asigura angajarea în muncă a părinților (Zamfir, E, 2011). Sistemul de asistență socială, prin serviciile și formele de ajutor individualizat, poate asigura performanța în cariera profesională a părinților, sprijin de calitate membrilor familiei care sunt ocupați pe piața muncii.

Tinerii, datorită lipsei condițiilor și a posibilității de a-și întemeia un cămin propriu, de a fi autonomi în viața de familie, amână adesea căsătoria și preferă cuplul consensual. Cuplul consensual poate fi privit și ca o perioadă de testare a relației conjugale, a modului de adaptare/pregătire a partenerilor pentru viața responsabilă de familie. Dar, în același timp, cuplul consensual poate totodată, în lipsa familiei tradiționale clasice, deveni un impediment pentru nașterea și dorința de a avea copii. Apariția copiilor este mult amânată. E drept că, prin asumarea unei responsabilități noi prin nașterea unui copil s-ar complica mult relația unui cuplu consensual. Dacă politicile sociale de suport pentru tineri ar fi orientate însă spre găsirea unor soluții eficiente de acces la o locuință decentă, separată de familia lărgită, dacă ar crea condiții de integrare rapidă pe piața muncii prin dezvoltarea unor locuri de muncă corespunzătoare calificării/profesiei și performanțelor lor, dacă ar diversifica gama de sprijin specializat pentru mame, și mai ales pentru perioada de creștere a copiilor cu vârste între 1-3 ani, am asista, cu siguranță și la o schimbare semnificativă în viața familiei tinere. Mai ales acum, în perioada de maximă dificultate impusă de condiții de austeritate, se simte acut lipsa de soluții în creșterea, educația copiilor cu vârsta de la 2-3 ani care provin din grupuri lipsite de resurse economice, sărăcite de criză. Această situație are desigur efecte negative asupra familiilor cu risc social crescut de marginalizare. Întrucât grădinița poate acoperi doar perioada de după 3 ani a copilului, iar concediul de creștere pentru copil este de numai 2 ani, rămâne un an din viața copilului descoperit. Fără sprijin matern sau fără o siguranță susținută de suport specializat prin oferirea de servicii pentru îngrijirea copilului, rata natalității scade. Oricum, sistemul de grădinițe și creșe a devenit la noi, după Revoluție unul elitist. Este foarte costisitor deși încă deficitar calitativ. Nu poate absorbi/prelua un număr din ce în ce mai mare al copiilor proveniți din familii sărace, neajutate economic. Uneori,

această fază de educație timpurie devine discriminatorie pentru copii din grupuri dezavantajate social. De regulă, femeia/ mama trebuie să se sacrifice sau să găsească o soluție improvizată pentru a nu-și pierde locul de muncă.

Deși toți actorii comunitari ar trebui să fie implicați în susținerea unui sistem coerent și eficient de asistență a familiei, în ultimă instanță, politicile pentru familie revin doar decidenților politici și instituțiilor responsabile în domeniu. Recuperarea capacităților de integrare normală în comunitate prin forme diferite este o țintă nu numai a sistemului de asistență socială dar mai ales a celor care sunt în dificultate.

Partea specializată a domeniului de asistență socială o reprezintă sfera serviciilor individualizate care au, cu precădere, un rol de prevenție a riscurilor. Deși prevenția în asistență socială, ca și în alte domenii, este mai puțin costisitoare și mult mai eficientă pentru recuperare/integrarea normală în comunitate a celor marginalizați, ea a fost mereu subutilizată.

În acest sens, sunt necesare câteva cerințe specifice unei politici sociale integrate și eficiente la nivel național de:

- Stabilirea unei diagnoze clare a problemelor/nevoilor cu care se confruntă indivizi, grupuri, comunități în dificultate, cu risc crescut de excludere socială;
- Ierarhizarea nevoilor în funcție de priorități și de profilul lor specific;
- Măsuri active de intervenție pentru schimbarea situației de marginalizare a beneficiarilor pe baza unor strategii ocupaționale de integrare pe piața muncii a celor excluși.

Desigur că fiecare țară are particularități distincte privind modul de evoluție a acestor cerințe. Etapele necesare în rezolvarea problemelor sociale complexe trebuie însă să se alinieze la standarde moderne de calitate privind o viață decentă pentru membrii colectivității. La noi, procesul de incluziune socială a unei părți mari din populație rămâne încă o problemă nerezolvată, deschisă pentru proiectul guvernamental de reformă. (Zamfir, E, 2008).

3. Rolul cercetării în politicile de suport pentru familie și copil

După revoluție, cercetările în domeniul asistenței familiei și copilului din lumea academică universitară au fost receptate de unii dintre decidenții politici ca repere în elaborarea politicilor și strategiilor de incluziune socială. Au fost momente în care aceste cercetări academice au fost preluate, aproape integral, fiind cerute explicit de factorii de decizie, uneori chiar comandate. Perioada 1998-2004 a fost poate cea mai semnificativă din acest punct de vedere, cu rezultate vizibile, pozitive din acest punct de vedere. Cercetările sociale au ajutat atunci masiv la dezvoltarea pachetului legislativ

de protecție și asistență socială a familiei și copilului în România, chiar dacă în final nu toate propunerile făcute s-au regăsit în forma lor inițială. Din perspectiva unor cercetări de tip acțiune/schimbare au fost evidențiate necesitatea unor servicii de suport pentru familie și copil, propunându-se standarde proprii de calitate. Au fost propuse reglementări clare ale profesiei de asistent social și s-a elaborat un Cod deontologic pentru specialiști. Au fost clarificate cerințe pentru evaluarea activităților de ajutor social și a competențelor pe piața muncii pentru domeniul asistenței sociale și al politicilor sociale. Au fost propuse specializări noi în asistență socială. S-au formulat criterii de evaluare, monitorizare a serviciilor de asistență socială pentru familie și copil precum introducerea inspecției sociale ca formă de control și evaluare pentru activitățile practice din domeniu. Au fost derulate multe din proiectele europene privind protecția familiei și a copilului, reconcilierea dintre viața profesională și viața privată. Analizele care s-au bazat pe indicatori referitori la rata șomajului și la reducerea acesteia prin orientarea flexibilă spre piața muncii, prin reconversie profesională și învățare continuă etc. au ajutat, la crearea unor deprinderi centrate pe o **cultură a muncii. Prin activizarea persoanelor defavorizate** spre găsirea unui loc de muncă stabil a scăzut rata de dependență a beneficiarilor de ajutorul social. Aceste mecanisme de activizare pe piața muncii s-au sprijinit pe obiective strategice adoptate la nivel european, susținute și de concluzii ale cercetărilor sociale. Din păcate, în ultimii 8 ani, au scăzut foarte mult posibilitățile de colaborare și comunicare dintre mediului de cercetare academic cu factorii politici decizionali. Consultarea cercetătorilor este mai mult formală și deseori impusă de interese electorale de moment. În general, rezultatele cercetărilor sociale românești, finalizate prin rapoarte, studii, propuneri pragmatice de soluții și orientări strategice în dezvoltarea de politici, sunt foarte puțin fructificate de guvernanți sau ignorate total.

4. Dinamica politicilor pentru copil și familie în România

România a semnat după 1990, numeroase documente privitoare la interzicerea muncii copiilor, la dreptul lor obligatoriu la educație, la protecția lor de orice fel de abuzuri. Din păcate, asemenea norme imperative pentru respectarea drepturilor copilului nu le regăsim întocmai în activitatea de protecție a copilului în instituție și în familie. Copilul are multiple cerințe de dezvoltare. Cea mai importantă dintre ele se referă la educație și la un trai decent. Formarea personalității lui pe etape distincte în funcție de cerințele vârstei trebuie să fie supravegheată de părinți și orientată cu pricepere și tact pedagogic de către specialiști (vezi cerințele europene prin Declarația de

la Bologna pe care România a semnat-o). Educația timpurie, ca etapă distinctă în formarea deprinderilor de viață și a dezvoltării armonioase comportamentale, adesea lăsată mai mult pe seama îngrijirilor medicale, nestructurată psihologic și pedagogic, a fost total neglijată la nivel de servicii instituționale publice.

După Revoluție, au fost mulți factori care au interferat în procesul elaborării politicilor de asistență socială a familiei și copilului. La baza lor au stat multiple argumente de susținere a familiilor, grupurilor în dificultate, dar care s-au axat mai mult pe o motivație exterioară beneficiarului. Un exemplu aici: modul în care a fost gândit, imediat după revoluție, ajutorul și suportul în asistență socială pentru familiile sărace, cu risc de abandon pentru copil și politicile de prevenire a riscurilor pentru copil. Aici nu totdeauna s-a luat în calcul finalitatea acestor politici prin raportarea acțiunilor la ajutorul real al beneficiarilor. Acest ajutor nu a fost orientat de la început într-o direcție bună de natură a stimula interesul și motivația părinților pentru menținerea copilului în propria lui familie. Ajutorul trebuia focalizat cu precădere pe familiile sărace, și mai puțin pe dezvoltarea instituțiilor pentru copii. În contextul sărăciei severe, pentru familiile disperate, instituțiile deveneau tot mai atractive din lipsa condițiilor de a-și crește copii acasă. Crearea unor condiții bune și foarte bune în instituții a încurajat procesul instituționalizării copilului, mai ales pentru acele familii foarte sărace. Uneori, copii aduși pentru o perioadă de timp în instituții, au fost uitați și părăsiți aici de familie. Părinții disperați, aflați în situații extreme, la limita supraviețuirii, se gândeau că instituțiile pentru copii asigură condiții mult mai bune de dezvoltare decât în propria familie.

A urmat a doua etapă, 1994-2004, când au fost gândite politici de sprijin pentru familie, accentuându-se cerința descentralizării ajutorului în asistență socială. Plasarea ajutoarelor sociale în proximitatea nevoilor, în familie și în comunitate au dominat pentru puțin timp politicile de suport. Sub presiunea cerințelor europene procesul de dezinstituționalizare a copilului a fost și el mult grăbit, chiar forțat, fără a fi pregătite condițiile în comunitate pentru înlocuirea instituțiilor. E drept că, acele centre și instituții enorm de mari, de tip fabrici pentru copii, trebuiau schimbate și reformate. Instituțiile mari apăreau total nepotrivite pentru creșterea, formarea și educația normală a copilului. Se impunea cerința înlocuirii lor cu modele noi asemănătoare mediului de viață familial. Numai că procesul de dezinstituționalizare a copilului trebuia gândit în contextul larg al sistemului de protecție la nivel național, în toate detaliile. Trebuiau luate în calcul efectele directe dar și indirecte, de lung termen, asupra copilului. S-a renunțat rapid la formele instituționale de protecție și asistență a copilului fără a se dezvolta însă concomitent și în număr necesar, forme alternative de tip familial în contextul

social al României de atunci. S-au făcut în mare grabă cursuri pentru asistenții maternali dar fără o grilă serioasă de monitorizare a lor. De aceea, tipurile alternative de suport la instituționalizare au adus în timp și practici de asistență socială contraproductive și păguboase dezvoltării copilului. Unele chiar au dus la situații grave, condamnabile prin încălcarea drepturilor elementare ale copilului. În această etapă, au apărut alte inconveniente pe care cercetările academice le-au semnalat, la timpul potrivit. De fapt, și dezinstituționalizarea trebuia să se facă **după o strategie pusă bine la punct de specialiștii din domeniu**, gândită în condițiile socio-economice proprii acelei perioade. De fapt, au fost scăpate din vedere posibilele consecințe negative, nedorite, ce au apărut în timp. Cercetările din mediul academic au subliniat că numărul de copii foarte mare din instituții nu putea să nu stârnească un interes pentru găsirea unor răspunsuri/ soluții prin sistemul protecției de tip familial. Luând în calcul însă situația economică precară a familiilor românești și spațiile restrânse de locuire de la noi, copiii, raportați la numărul mare existent în instituții, nu puteau fi preluați toți în plasament sau în case de tip familial. După cum nici instituțiile de tip familial nu aveau cum să apară într-un timp scurt, fără o pregătire serioasă a infrastructurii lor. Nici măcar apelul la adopții naționale sau internaționale, în lipsa unei evaluări și monitorizări corecte, nu putea fi o rezolvare totală pentru acel număr foarte mare de copii instituționalizați. În acea perioadă, alternativele la instituționalizare nu prezentau garanții suficiente pentru protecția drepturilor copilului. Pe de altă parte, monitorizarea copiilor în afara instituțiilor nu se putea realiza din lipsă de servicii specializate și din refuzul de absorbție a asistenților sociali profesioniști în sistemul de protecție a copilului. Neavând specialiști implicați în monitorizarea familiilor de plasament, au apărut în scurt timp și abuzuri asupra copilului. Acestea au zdruncinat încrederea în noul model al sistemului de plasament familial sau în centre de tip familial. Abuzurile s-au manifestat pentru copii în forme variate, de la cele emoționale, fizice până la cele foarte grave, sexuale și trafic de copii. Specialiștii au atras atenția din timp că dezinstituționalizarea copilului a fost bună ca intenție, dar grăbit realizată. Așa cum s-a făcut, sub presiuni interne și externe, ea a fost o soluționare provizorie, de moment, ce trebuia atent consolidată. Fără discuție, copilul trebuia plasat în familie sau la asistenți maternali sau într-o instituție de tip familial, unde se puteau crea condiții mai bune pentru dezvoltarea lui normală. Dar ceva s-a omis în acest proces: modelele noi propuse au fost și sunt doar soluții tranzitorii pentru copil. Ele au afectat mult formarea sensibilității lui, cu urmări grave asupra comportamentului viitor. Procesul de creștere și dezvoltare a copilului prin treceri succesive de la un loc la altul, îi induce o instabilitate, insecuritate, lipsă de apartenență la o familie, la un loc securizat de viață. Mai mult, creează dizarmonii în formarea

emoțional-afectivă și tulburări grave de comportament în timp. De aceea, așa cum multe cercetări și studii au prevăzut, fenomenul plasamentului familial fiind tranzitoriu a generat traume emoțional-afective cu urmări asupra personalității și dezvoltării normale a copilului. Datorită numărului redus de profesioniști angajați în sistem, nu s-a luat în calcul imposibilitatea supravegherii, inspecției, monitorizării permanente și evaluării periodice a copilului după intrarea lui în plasament sau centre familiale. Monitorizarea, de regulă s-a redus la simple vizite și înregistrări a progreselor în dezvoltarea fizică a copilului (câte kilograme a luat, cât a crescut în înălțime, când a început să vorbească etc.). În fapt, procesul complex de dezvoltare a copilului în familia de plasament sau în centre de tip familial necesita evaluări de tip interdisciplinar (medical, psihologic, educațional, social, cultural, fizic) oferit de specialiști în domeniu. Trebuia verificat modul în care familia are capacitatea de a-i asigura copilului o îngrijire adecvată pentru dezvoltarea lui biologică, fizică, emoțional-afectivă, intelectuală și de relaționare normală cu lumea exterioară. Nu în ultimul rând, formarea comportamentului în acord cu valori morale centrate pe respect de sine dar și pentru celălalt impunea o evaluare periodică.

Este cunoscut că adopția, în lipsa părinților biologici, reprezintă una din soluțiile cele mai bune pentru dezvoltarea normală a copilului și o alternativă responsabilă la instituționalizarea copilului dacă respectă drepturile copilului și rigorile legii. Adopția este o alternativă viabilă la familia biologică întrucât ea poate crea un mediu de viață stabil pentru dezvoltarea copilului. Poate oferi condiții sigure, stabile pentru cerințele lui de formare viitoare. Deschiderea sistemului de adopții internațional, după 20 de ani, nu mai poate urma însă modelul anilor 90-94. Atunci, unele au fost lipsite de repere profesionale și morale iar altele s-au sustras legii. „ Scandalul adopțiilor” s-a datorat faptului că acestea nu au fost făcute în interesul copilului. Ele nu au respectat nici legal, nici moral, drepturile și interesul copilului. Mai mult, au primat interesele părinților adoptivi sau cel al profitului financiar, în defavoarea copilului.

5. Servicii de suport pentru eliminarea/reducerea violenței

Un alt proces haotic de intervenție a ajutorului social și al consilierii nespecializate a fost înregistrat la nivelul violenței domestice. Violența are multiple cauze care țin de structura psihologic-personală, dar și de climatul cultural, social sau familial. Dacă ar fi o singură cauză în apariția ei, violența ar fi ușor de identificat, de prevenit și de eliminat. S-ar găsi soluții și răspunsuri diferențiate. În realitate, violența ca fenomen complex psiho-socio-cultural de viață este greu de identificat la nivel de cauzalitate

multiplă. Este și mai greu de prevăzut și prevenit din timp datorită unor condiționalități multiple în care ea apare și se manifestă. Mai ales la tineri, la adolescenți, la copii, violența nu este identificabilă și perceptibilă prin cauzele ei imediate. Acestea apar în timp, prin acumulări succesive de stări tensionate, de dezacorduri, de frustrări, de nemulțumiri cumulate etc. Ele pot duce la manifestări și acțiuni comportamentale nesociale, iraționale, care sfidează deseori cele mai elementare norme sociale de viață. Legătura dintre frustrare și violență este una directă (vezi teoria lui Dolard privind relația dintre frustrare și agresivitate). Cu cât gradul de frustrare a indivizilor este mai mare, cu atât va crește violența/ agresivitatea în acel spațiu conjugal, familial sau comunitar. Și grupurile cu risc de marginalizare care sunt predispuse, prin situațiile lor economico-financiare, spirituale etc. la nemulțumiri și tensiuni zilnice au o expunere mai mare la un comportament agresiv. Ele manifestă o predispoziție clară spre violență. Apar tot mai des, datorită numeroaselor probleme cu care indivizii se confruntă zilnic, disfuncții grave în echilibrul comportamental. Acestea afectează liniștea, siguranța, securitatea la nivel familial și comunitar. Oricum, contextul social de viață este prezent în comportamentul individului, orientându-l într-o direcție sau alta. Lipsa unor valori morale, educaționale în formarea sensibilității pot favoriza acte de violență/agresivitate sub diferite forme. Marele sociolog Robert K Merton, definind comportamentul delincent, spunea că nu există un comportament anormal, ci un răspuns normal al individului la condiții anormale de viață. Anormalitatea, înregistrată sub diferite forme ale agresivității și violenței în spațiul familial, instituțional, în grupuri informale etc. își are cauze profunde în mediul nostru bio-psiho-socio-cultural de viață. De aceea, sursele agresivității sunt cumulative. De exemplu, sărăcia poate conduce la violență, dar această relație se actualizează într-un anumit context determinat de un complex causal bine definit. El cumulează mai multe situații, ca: lipsă de afecțiune, singurătate, absența prietenilor, atmosferă ostilă la muncă, în familie etc. Și toate acestea împreună pot duce la presiuni interioare, dezordini profunde generatoare de agresivitate și chiar violență deschisă. În acest caz, sentimentul apartenenței la o comunitate apare ca un stabilizator al echilibrului individual într-o lume în permanentă mișcare. Comunitatea, în viziunea psiho-sociologică ne aduce „siguranța într-o lume nesigură”, cum spune sociologul Zygmund Bauman. Conceptul de comunitate, continuă autorul este unul care are „un înțeles dar induce și un sentiment” (Bauman, Z, 2001, p.3). De aceea ar fi păcat ca globalizarea să distrugă convingeri dar și sentimente de căutare a identității comunităților locale.

Trăinicia valorilor materiale, de dezvoltare economică și tehnic-informațională nu poate fi opusă durabilității și stabilității spiritului

uman și comunitar. Cu toate acestea, Europa economică a fost mult mai vizibilă decât cea socială, culturală sau morală. De aceea poate, politicile sociale pentru familie presupun repere morale clare la nivel de grup și comunitate. Antropologia culturală explică funcționalitatea acestor modele de viață specifice (de simțire, de gândire, de trăire, de raportare) pentru orice spațiu comun de conviețuire.

Familia, ca formă extinsă, are multiple cerințe legate de incluziunea normală a membrilor săi în comunitate. Desigur, familia modernă este cu precădere una nucleară, de tip restrâns. Dar, prin structura ei complexă relațional, inevitabil, ea implică și alte fațete ale riscului decât cele proprii cuplului și copilului. Se adaugă și dificultățile celorlalți membri ai rețelei lărgite, ca parte a ei. În acest sens, o politică socială integrată, mai ales în momentele de criză, trebuie să aibă în vedere soluționarea unui **ansamblu complex structurat de nevoi** cu care se confruntă întreaga familie la un moment dat.

Bibliografie

- Bauman, Zygmunt, Comunitatea. Căutarea siguranței într-o lume nesigură, Ed. Antet, 2001
- Chipea, Floare 2001, Familia contemporană – Tendințe globale și configurații locale, București, Ed. Expert, 2001.
- Zamfir, C, Zamfir, E.(coord.), 1995, Politici sociale: România în context european, Editura Alternative, București .
- Zamfir, C., Zamfir, E; Pop, M (coord.), 1997, Pentru o societate centrată pe copil, Raport realizat de ICCV, Ed. Alternative, București.
- Zamfir, C, Zamfir, E, Stănescu, I. Stroie, S (coord.) 2011, RAPORT ICCV, Romania 2011: răspunsuri la criza
- Zamfir, E., Zamfir, C. (coord.), 1993, Țiganii între ignorare și îngrijorare, ICCV, Editura Alternative, București.
- Zamfir, E., 2004, „Surse ale excluziunii sociale,.....Revista de asistență socială, nr.2-4, București.
- Zamfir, Elena, și Cătălin Zamfir, coord. (1993) *Țiganii între ignorare și îngrijorare*. București: Alternative.
- Zamfir, Elena, Bădescu, Ilie, Zamfir, Cătălin coordonatori, Starea societății românești după 10 ani de tranziție, Expert, 2000.
- Zamfir, E- co-autor la *Reconciliation of work and private life. A comparative review of thirty European Countries*, Belgium ISBN 92-79-00053-5, European Communities, Bruxelles, 2005
- Zamfir, E- co-autor la *Gender Inequalities in the risks of poverty and social exclusion for disadvantaged groups in thirty European countries*, ISBN 92-79-02572-4, Luxembourg: Office for Official Publications for the European Communities, 2006

- Zamfir, E- co-autor la *The provision of childcare services*, Luxembourg: Office for Official Publications for the European Communities, 2009, ISBN 978-92-79-12007-7
- Zamfir, Elena, coordonator Strategii antisărăcie și dezvoltare comunitară, Expert 2000
- Zamfir, Elena Asistența Socială în România: Intervenția și acțiune socială. Texte alese”, Ed. Mitropoliei Craiova, ISBN, 2009
- Zamfir, Elena „Gender Perspective in the National Reform Programme for Employment”, în Revista Calitatea Vieții, anul XXI, nr.1-2, 2010
- Zamfir, Elena „Flexible working time arrangements in Romania”, în Revista de Cercetare și intervenție socială, Volumul 28, martie, 2010
- Zamfir, Elena „Support for single parents: How to overcome social assistance dependency by using work culture”, prepared for Peer Review on Pathways to Work, în cadrul Comisiei Europene de politici sociale, programul Mutual learning programme, Belfast, mai 2010 <http://www.mutual-learning-employment.net>
- Zamfir, Elena; Runcan, Luciana-Patricia (coord.) Riscuri și oportunități ale sistemului de asistența socială în România, ed. Excelsior Art, 2011

Investiția în copil ca factor-cheie pentru combaterea sărăciei și dezvoltarea socială

COSMIN BRICIU

Introducere

Atât la nivelul structurilor UE, cât și al multor state membre, este din ce în ce mai accentuată îngrijorarea factorilor de decizie, cercetătorilor și societăților în ansamblu legată de urgența găsirii unor soluții de dezvoltare socială prin investiția în copil și în familie. Această așteptare de reconfigurare a politicilor sociale destinate protecției familiei și copilului se acumulează constant din conjuncția mai multor factori: (i) copiii și tinerii sunt categoriile cele mai sărace de vârstă în majoritatea țărilor europene, indiferent de nivelul de dezvoltare și cu toate că profilul politicilor sociale naționale variază; (ii) ciclul transmiterii intergeneraționale al sărăciei este omniprezent, chiar dacă amploarea acestui fenomen și factorii generatori variază considerabil în funcție de tipul de stat al bunăstării – perpetuarea intergenerațională a sărăciei și excluziunii sociale este mai slabă în statele social-democrate și mai puternică în statele liberale și sud-est europene (Whelan, C., T., Maître, B și Nolan, B., 2011: p.8); (iii) natalitatea scăzută, frecvent sub nivelul de înlocuire a generațiilor, concomitent cu șomajul ridicat și creșterea speranței de viață, antrenează în perspectivă riscul colapsului sistemelor de asigurări sociale.

Cei mai importanți teoreticieni ai domeniului politicilor sociale și-au concentrat în ultimii ani atenția asupra problemei sărăciei și excluziunii sociale a copilului, ca problemă cheie de dezvoltare. Astfel, un document precum cel al Comisiei Europene *Investiția în copii: ruperea cercului vicios al defavorizării* (Recomandarea Comisiei Europene din 20 februarie 2013), care fixează cadrul strategic al politicilor în domeniu până în anul 2020, se poate considera că reflectă preocupările mai vechi ale unor teoreticieni precum Gøsta Esping-Andersen (de exemplu Esping-Andersen, 2005). Analog, la nivelul României, Strategia de protecție și promovare a drepturilor copilului 2014-2020, care propune investiția în copil ca principiu central, este tributară unor analize anterioare precum cea din *Pentru o societate centrată pe copil* (Zamfir, E. și Zamfir, C., 1997).

Cu toate acestea, există și voci cu autoritate (Cantillon, B., 2011: pp. 433-449) care critică paradigma investiției sociale, tot mai populară, arătând că adesea justifică retragerea finanțării din sectoarele

tradițional asistențiale în scopul creșterii suportului pentru domenii care rămân, în ciuda unor eforturi, prea puțin relevante pentru grupurile defavorizate, precum ocuparea. Totuși, ca un contra-argument la această critică, cel puțin la nivel principal, în cadrul acestei perspective noi care se configurează a investiției sociale, și care câștigă tot mai multă aderență, suportul public pentru îmbunătățirea condițiilor de viață a indivizilor trebuie acordat, pentru a oferi oportunități reale de dezvoltare, a fi sustenabil și a conduce la incluziune socială, pe toate dimensiunile – ocupare, educație, sănătate, condiții de locuit, capital social sau asistență socială (Comisia Europeană: Pachetul privind investițiile sociale).

Coordonate generale ale diagnozei situației copilului în România

Capacitatea scăzută de planificare strategică în ultimii 25 de ani se reflectă în mod emblematic în carențele politicilor sociale destinate dezvoltării copilului – cvasiabsența investiției pe termen lung pe această dimensiune. Susținerea financiară adecvată a acestor politici, chiar având în vedere nivelul scăzut general de resurse (așadar ca pondere din totalul lor), reprezintă doar premisa unor politici de dezvoltare eficiente, teoretic fiind necesară, odată asigurate resursele financiare, și o proiectare suplimentară a lor în mod adecvat. Această premisă nu este însă asigurată, nivelul cheltuielilor publice ca pondere în PIB, și în cadrul lor cheltuielile pentru serviciile sociale fundamentale, rămânând sub nivelul necesităților și comparativ mult mai scăzute decât media UE. Cheltuielile cu educația și sănătatea au înregistrat o creștere modestă, în timp ce ponderea în cheltuielile de protecție socială (aflate totuși într-o ușoară creștere ca pondere în PIB) a cheltuielilor pentru familie și copil a scăzut în ultimii ani.

Tabel 1. Cheltuieli publice cu educația, sănătatea și protecția socială ca % din produsul intern brut

Cheltuieli totale publice							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
UE27	46,7	46,2	45,5	47,0	51,0	50,6	49,0
România	33,6	35,5	38,2	39,3	41,1	40,1	39,4
Cheltuieli cu sănătatea							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
UE27	6,7	6,8	6,7	6,9	7,6	7,4	7,3
România	2,7	2,7	3,1	3,2	3,8	3,6	3,4
Cheltuieli cu educația							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011

UE27	5,2	5,1	5,1	5,1	5,5	5,5	5,3
România	3,6	4,1	3,9	4,5	4,1	3,3	4,1
Cheltuieli cu protecția socială							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
UE27	18,2	17,9	17,5	18,0	20,0	19,9	19,6
România	11,1	11,0	11,2	12,4	14,6	14,9	14,1

Sursa: Eurostat

Tabel 2. Cheltuieli pentru protecția familiei/copilului ca % din total cheltuieli publice pentru protecție socială

2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
11,3	12,5	13,9	14,1	12,7	10,6	10,0	9,6

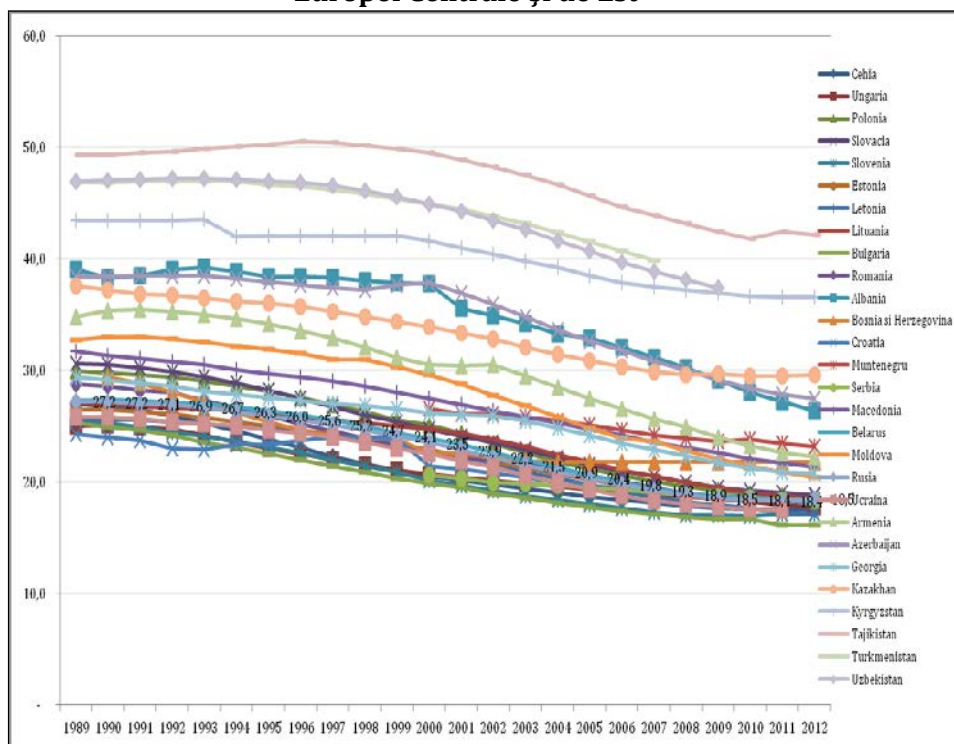
Sursa: Eurostat

România se confruntă cu scăderea constantă a numărului de copii și a ponderii lor în populație (vezi grafic), ca urmare a scăderii natalității, Costurile creșterii unui copil au devenit tot mai ridicate (vezi analiza pe tipuri de costuri) determinând negativ, ca factor esențial alături de schimbarea modelului cultural privind familia al tinerelor generații, modelul de natalitate adoptat de populația cu venituri medii și ridicate. În prezent ponderea copiilor în populație este de 16,5% în urban și 20,2% în rural, față de un nivel egal în 1990 de aproximativ 28-29% în ambele medii de rezidență (INS: baza de date TEMPO), îmbătrânirea demografică determinând la rândul ei aceste valori scăzute.

În mod constant, în România copiii sunt cea mai săracă grupă de vârstă (urmași fiind de tineri) iar familiile cu mulți copii printre cele mai expuse din punct de vedere al bunăstării economice, indiferent care ar fi metoda de măsurare a sărăciei /inegalității folosită (metoda absolută cu pragul național de sărăcie folosită de MMFPSPV sau metoda relativă promovată de UE). Politicile de protecție socială s-au concentrat pentru o lungă perioadă pe sistemul de transferuri financiare, chiar și acesta incomplet și cu beneficii scăzute ca valoare, în detrimentul asistenței sociale comunitare. Chiar și în prezent, accentul este pus pe instituirea unor mecanisme mai eficiente de control a modului în care sunt distribuiți acești bani, și mai puțin pe sistemul de asistență socială deficitar. Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei, aflată în dezbateri publice la momentul elaborării acestui capitol, și Strategia națională pentru protecția și promovarea drepturilor copilului, recent adoptată, ambele cu orizont de timp 2020, prefigurează totuși o abordare mai echilibrată a politicilor pe dimensiunile de protecție financiară și de intervenție comunitară.

Autoritățile centrale și locale s-au retras aproape complet din furnizarea unor servicii (locuirea și, în cadrul acestei dimensiuni, locuințele sociale), în timp ce altele au fost afectate grav (educația și sănătatea au scăzut drastic în perioada tranziției ca grad de acoperire, ca tipuri de servicii oferite gratuit /pe baza contribuției la sistemele de asigurări și în termeni de calitate a serviciilor), în timp ce dezvoltarea altor servicii, care a devenit stringent necesară în noul context, a început târziu și trenează, rămânând în stadiul de intervenție minimală (asistența socială comunitară). Anumite segmente de bază ale sistemelor de servicii sociale se află în criză prelungită, exemplele fiind multiple: serviciile stomatologice, cabinetele medicale din școli, învățământul profesional, sistemul de creșe și grădinițe, locuințele sociale. Scăderea în general a accesului la servicii sociale este și mai acută în cazul categoriilor defavorizate (săraci, persoane din localități rurale izolate, persoane cu dizabilități, romi), sistemul generând inegalitate socială și teritorială.

Grafic 1. Ponderea copiilor în total populație în țările regiunii Europei Centrale și de Est



Sursa: TransMonEE

Se constată persistența unor valori critice a indicatorilor de sănătate care reflectă subdezvoltare, în ciuda scăderii accentuate în ultimele decenii (cea mai ridicată mortalitatea infantilă din Europa, pondere ridicată a copiilor subponderali, cel mai ridicat nivel de al incidenței tuberculozei din Europa), ceea ce demonstrează că anumite categorii sociale sunt decuplate complet de la ciclul normal de dezvoltare a societății.

Programele din școli și cele non-formale de educație pentru sănătate și pentru viață, de educație sexuală și de planificare familială, de combatere a consumului de droguri au avut rezultate modeste, după cum demonstrează ponderea în continuare ridicată de copii născuți de adolescente, consumul în creștere de substanțe psihoactive și proliferarea altor comportamente de risc social.

Tranziția a generat probleme specifice la care sistemul a fost complet nepregătit să reacționeze și nu a reușit nici ulterior să-și mobilizeze capacitatea pentru a configura un răspuns adecvat: copiii străzii și persoanele aflate în stradă, copiii abandonați în maternități, copiii cu părinți plecați în străinătate sau copiii victime ale traficului de persoane.

Sistemul public s-a dovedit ineficient în asumarea unor funcții sociale ale serviciilor sale. Dacă din punct de vedere formal, legislativ și organizatoric, s-au făcut schimbări în vederea însușirii dimensiunii de impact social în diferitele sisteme, ea nu a fost niciodată pe deplin internalizată; exemple de dificultăți în acest sens pot fi identificate în sistemul de medicină primară, sistemul judiciar și cel penitenciar.

Au apărut în mediul urban spații delimitate teritorial de sărăcie extremă: străzi, comunități și cartiere marginalizate sociale, cu populație predominant tânără și un număr ridicat de copii (peste 60% – Stănculescu, M. S. și Berevoescu, I., coord., 2004; Stănculescu, M. coord. 2010). La acestea se adaugă zone extinse din mediul rural fără locuri de muncă, cu infrastructură și dotări materiale precare, dependente de agricultura de subzistență și deprivare de acces la unele servicii; și în acest caz, copiii se află într-o situație de excluziune socială accentuată.

A avut loc abandonarea strategică sau restrângere unor sisteme care erau funcționale, cum ar fi sistemul sanitar din unitățile de învățământ sau sistemul de creșe și implementarea ezitantă a altor sisteme, absolut necesare dar cu o acoperire scăzută, rezultate incerte și o slabă corelare între ele, cum ar fi sistemul de mediere sanitară, de mediere școlară, de asistență medicală comunitară sau de consiliere psiho-socială în penitenciare.

Gradul ridicat de violență societală, rutieră, în mediul școlar, în comunitate, în familie, violență care afectează într-un grad ridicat copii, este rezultatul conjuncției mai multor factori: sărăcia și dezorganizarea socială care afectează anumite categorii sociale, valorile tradiționale ale unei părți încă importante a societății, deprivările pe diferite componente ale vieții care

generează frustrare, gradul scăzut de control social, precum și răspândirea anumitor patologii sociale cum ar fi alcoolismul.

Analize sectoriale – evoluții demografice și din sfera vieții de familie

Decizia de constitui o familie și de a avea un copil au început să fie percepute tot mai mult în ultimele decenii ca reprezentând comportamente de risc în condițiile în care tinerii sunt afectați în același timp de una sau mai multe dintre următoarele condiționări/riscuri: (i) nesiguranța locului de muncă și veniturile scăzute obținute pe piața muncii; (ii) perspectiva improbabilă de a obține o locuință personală (în regim de proprietate sau de închiriere), ceea ce conduce la coabitarea împreună cu familia extinsă în gospodării supra-aglomerate, uneori și în condiții de locuire inadecvate; (iii) o limitare puternică pentru persoanele angajate, în special în mediul privat și pentru mame, o reprezintă competiția dură pe piața muncii și insuficienta protecție a drepturilor față de angajatori; (iv) costurile ridicate ale îngrijirii copiilor și ale asigurării unui parcurs normal de dezvoltare; și (v) lipsa formelor de suport public pentru creșterea unui copil (insuficiența programelor flexibile de ocupare pentru părinți, insuficiența și costurile suplimentare ale creșelor și grădinițelor, existența unor costuri informale în sistemul de sănătate și sistemul educațional). Toți acești factori, la care este posibil să se adauge și o schimbare a valorilor tinerelor generații privind modelul relațiilor de cuplu și al numărului dezirabil de copii (schimbare evidentă în contextul unor valori totuși puternic tradiționale în prezent – cf. Popescu. R., 2009), pot constitui o bună parte din explicația creșterii constante a vârstei medii la prima căsătorie, nivelul din 2011 fiind atât în cazul femeilor (26 de ani) cât și al bărbaților (29 de ani) cu aproximativ 4 ani peste cel din 1990 (Comisia Economică a Națiunilor Unite pentru Europa). În continuare, nivelul este totuși unul scăzut în perspectivă comparativă la nivel european). O evoluție asemănătoare a înregistrat și valoarea indicatorului privind vârsta medie la prima naștere (26 de ani în prezent și cu aproximativ 4 ani mai scăzut la începutul aceluiași interval de referință). Pe lângă amânarea acestor decizii, este tot mai puternică și tendința de a da naștere unui singur copil, chiar și în familiile cu venituri medii sau peste medie: rata totală a fertilității¹ a scăzut de la 2,2 copii în 1989 la 1,3 în 2011. De la 6,7 milioane de copii în 1989, în 2013 s-a ajuns la 3,8 milioane (date la 1 ianuarie, TransMonEE).

¹ Numărul de copii raportat la numărul de femei de vârstă fertilă, 15-49 de ani

Cele mai mari scăderi în termeni absoluți a numărului de copii au avut loc între 1991 și 2000 și între 2002 și 2007, când s-au înregistrat cu peste 100,000 mai puțini de la an la an. În contextul Europei Centrale și de Est (ECE), România se află printre țările cu o scădere ridicată, cu o valoare sub 60% din cea înregistrată în 1989. Cu aproximativ 1 copil până în 15 ani la 4 adulți de 15-59 de ani, în România se înregistrează cea mai scăzută rată de dependență a copilului², după Ucraina, din zona CEE. Această situație pare favorabilă în sensul că există o presiune scăzută pe bugetul public generată de nevoile de dezvoltare ale copiilor (cheltuieli mai reduse cu educația și sănătatea decât în situația în care populația de vârste mici, masiv beneficiară a acestor servicii, ar fi mai numeroasă). Indicatorul reprezintă în fapt, desigur, un semnal puternic de alarmă, neexistând suficienți copii care să devină forța de muncă activă a următoarelor decenii.

Costurile la nivel individual /de gospodărie ale creșterii copiilor reprezintă unul dintre determinanții deciziilor privind strategiile de viață ale familiilor, mai exact cu privire la adoptarea modelului unicului copil care să beneficieze de întregul efort de investiție al familie (în termeni de timp alocat, atenție și resurse economice), decizii care, la rândul lor, antrenează costuri societale importante. Analiza conceptului de costuri, ca revers al lipsei de investiție socială în copil, va fi detaliată ulterior și pe alte dimensiuni – ocupațională, educațională sau din punct de vedere al stării de sănătate.

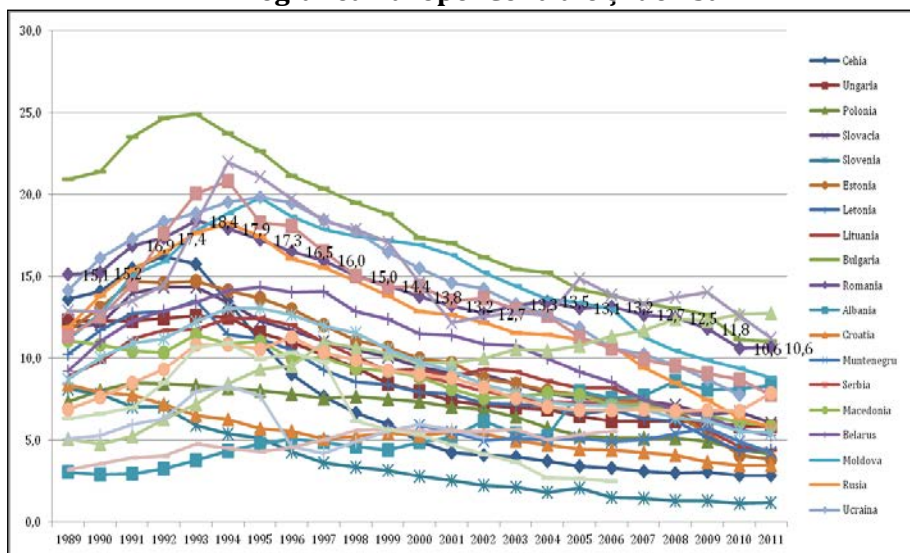
Creșterea vârstei la prima naștere și fertilitatea scăzută reprezintă, în parte, reacții adaptative ale familiilor cu venituri ceva mai ridicate, dar insuficiente, la dificultățile economice (și în parte expresii ale unui patern cultural în schimbare). La baza distribuției veniturilor, în schimb, multe dintre cele mai sărace familii sunt victime ale capcanei sărăciei, mamele având vârste scăzute la prima naștere și nereușind să planifice nașterea unui număr de copii în acord cu cel pe care și-l doresc. Așadar, se constată o polarizare a modelului fertilității. În ciuda unei scăderi a fenomenului cu o treime față de valoarea din 1989, în continuare aproximativ un copil din zece este născut de mame sub 20 de ani (vezi grafic). Acest nivel este unul ridicat chiar și în context ECE și cel mai ridicat, alături de Bulgaria, din UE. Este vorba de ceva mai mult de 20.000 de cazuri la nivelul anului 2011, respectiv 3,7% dintre femeile de 15-19 ani. Peste trei sferturi dintre copiii cu mame adolescente (81,6%) se nasc în afara unei căsătorii oficiale. Dintre copiii născuți de adolescente, 10,9% sunt subponderali, respectiv au mai puțin de 2500 de grame la naștere. Mai mult de 10% dintre adolescente au avut deja experiența cel puțin a unui avort, ceea ce

² Raportul dintre populația de vârsta 0-14 ani la populația de vârstă activă economic, 15-59 de ani

face ca rata avorturilor să fie mai ridicată decât cea a nașterilor vii pentru această categorie (date TransMonEE).

Dacă în 1990 erau 3 avorturi la un născut viu (se înregistrau aproximativ 1 milion de avorturi anual), în ultimii ani raportul este de aproximativ 1 avort la 2 născuți vii. Totuși, în continuare nivelul este îngrijorător. Cu o rată de 5,2 copii afectați de divorțul părinților dintr-o mie de persoane sub 17 ani, România are un indice scăzut comparativ la nivel european. Se remarcă însă faptul că, în timp ce în multe țări ECE indicele este în ușoară scădere, în România a avut loc o creștere în perioada 2005-2011, înregistrându-se cu 0,5% mai mulți copii cu părinți divorțați. Rata copiilor afectați de divorțul părinților a crescut cu un punct procentual în toată perioada tranziției (între 1989 și 2012) până la valoarea de 5,6%. Ponderea gospodăriilor alcătuite dintr-un adult și un copil dependent nu a crescut ci a rămas în jurul valorii de 2% din 2007 până în 2013, cu mici oscilații. Merită specificat faptul că o mare parte dintre aceste familii, cel mai adesea constituite din părintele de sex feminin și unul sau mai mulți copii, sunt afectate de un risc ridicat de sărăcie (31,3% în 2012 se aflau în sărăcie relativă³) și deci nu își permit asigurarea unui parcurs normal de dezvoltare a copiilor.

Grafic 2. Ponderea copiilor născuți de tinere sub 20 ani (15-19 ani) în regiunea Europei Centrale și de Est



Sursa: TransMonEE

³ În funcție de pragul de 60% din mediana veniturilor pe adult echivalent

Analize sectoriale – sărăcia copilului

Rata sărăciei relative⁴ a copiilor (34,6% în anul 2012) este de peste două ori mai ridicată decât cea a vârstnicilor (15,4%) și o dată și jumătate mai ridicată decât rata de sărăcie a adulților (21,4 – Tabel). Și din punct de vedere al sărăciei absolute⁵, cei mai săraci sunt tinerii și copiii, cu adolescenții (15-19 ani) înregistrând cel mai mare risc; rata sărăciei absolute a ajuns în 2011 la mai puțin de o treime din nivelul înregistrat în 2005 însă cele mai marcate scăderi au avut loc în cazul vârstnicilor, copiii beneficiind mai puțin de această îmbunătățire a situației.

Tabel 3. Riscul de sărăcie relativă pe grupe de vârstă și total

		2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total	UE27	16,5	16,4	16,3	16,4	16,9	17,1
	România	24,8	23,4	22,4	21,1	22,2	22,6
Sub 18 ani	UE27	19,5	20,1	19,8	20,5	20,5	21,4
	România	32,8	32,9	32,9	31,3	32,9	34,6
18-64 de ani	UE27	15,1	14,7	14,8	15,2	16,0	16,8
	România	21,1	20,0	19,8	19,2	21,0	21,0
65 de ani și peste	UE27	18,4	19,0	18,0	16,0	15,9	14,1
	România	30,6	26,0	21,0	16,7	14,1	15,4

Sursa: Eurostat

Mai mult de jumătate dintre copiii români (52,2%) se aflau în risc de sărăcie și/sau excluziune socială⁶ (indicator denumit AROPE⁷ la nivel european) în 2012, al doilea cel mai ridicat nivel din UE27 după Bulgaria. De asemenea, se înregistra una dintre cele mai ridicate diferențe din Europa între nivelul riscului în cazul copiilor și cel înregistrat pe ansamblul populației, deși acesta din urmă este la rândul său ridicat (AROPE pe total populație fiind 41,7% în 2012). Analiza pe grupe de vârstă arată că cel mai

⁴ În funcție de același prag de 60% din venitul median la nivel național

⁵ Măsurată ca pondere a populației care nu își poate asigura un minim necesar de bunuri alimentare și non-alimentare prin metoda absolută a Băncii Mondiale /INS /CASPIIS /MMFPSPV

⁶ Totalitatea copiilor care locuiesc într-o gospodărie cu risc de sărăcie relativă și/sau în condiții de deprivare materială severă și/sau într-o gospodărie cu o intensitate foarte slabă a muncii (indicatorii din compoziția indicelui sunt definiți separat în cadrul acestui capitol)

⁷ „At risk of poverty and social exclusion” (AROPE) se traduce prin „riscul de sărăcie și excluziune socială”

ridicat risc se înregistrează în grupa de vârstă 12-17 ani (54,8%) și 5-11 ani (52,5%). AROPE este considerabil mai ridicat pentru gospodăriile cu mulți copii (72,5% pentru gospodăriile cu 2 adulți și 3 sau mai mulți copii) sau în cele monoparentale (60,7%), acestea fiind cele mai afectate. În general, indiferent de structura gospodăriei în termeni de număr de adulți, prezența unui copil crește considerabil vulnerabilitatea economică și fiecare copil în plus determină o creștere a AROPE.

Rata deprivării materiale severe⁸ era în România, în 2012, de trei ori mai mare decât în UE27 (29,9% față de 10,3%). Copiii erau, din nou, mult mai afectați de deprivare materială severă decât adulții (cu un nivel de 37,9% pentru populația sub 18 ani față de 27,9% pentru cea între 18 și 64 de ani), disparitatea fiind mai accentuată decât la nivelul UE, unde valorile erau apropiate (11,7% și respectiv 10,3%).

În zonele de sărăcie extremă urbană (pungi de sărăcie), copiii și tinerii reprezintă principala categorie de populație (peste 60%), în timp ce populația de 60 de ani și peste reprezintă sub 10% din total. Aceste zone sunt izolate de ansamblul spațiului urban și reprezintă forme de segregare spațială care contribuie la consolidarea capcanei sărăciei (Stănculescu, M., coord., 2004).

Analize sectoriale – educație

Părăsirea timpurie a școlii⁹ reprezintă un indicator de performanță globală a sistemului. În 2012 ponderea tinerilor ieșiți timpuriu din sistemul educațional era de 17,4%, cu mai mult de 4 puncte procentuale peste media UE și departe de ținta asumată în cadrul Strategiei Europa 2020 de 11,3% la finalul actualului ciclu de programare a fondurilor europene. O serie de copii abandonează școala încă din timpul învățământului obligatoriu. Astfel, în învățământul primar abandonul a reprezentat 1,6%, în timp ce în învățământul gimnazial 2% la nivelul anului 2012. Numărul de copiii de vârstă corespunzătoare învățământului obligatoriu care se află în afara școlii a fost estimat în 2012 la peste 170,000 c copii (UNICEF, 2013).

⁸ Rata deprivării materiale severe se măsoară ca proporție a indivizilor care trăiesc într-o gospodărie în care condițiile de trai sunt puternic marcate de lipsa de resurse, respectiv nu își pot permite cel puțin 4 din următoarele 9 elemente: i) să-și plătească chiria sau utilitățile la timp; ii) să-și încălzească locuința adecvat; iii) să achite cheltuieli neprevăzute; iv) să mănânce carne, pește sau un echivalent proteic o dată la două zile; v) o săptămână de vacanță în afara locuinței; vi) un automobil; vii) o mașină de spălat; viii) un televizor color sau ix) un telefon

⁹ Populația de 18-24 ani care a absolvit cel mult gimnaziul și nu mai frecventează o formă de învățământ sau de instruire se consideră că a părăsit timpuriu școala

**Tabel 4. Rata abandonului școlar
în învățământul primar și gimnazial (%)**

		2004/ 2005	2005/ 2006	2006/ 2007	2007/ 2008	2008/ 2009	2009/ 2010	2011/ 2012
Învățământul primar	Total	1,5	1,7	1,7	1,4	1,4	1,6	1,6
Învățământul Gimnazial	Total	2,0	2,1	2,3	2,2	1,9	1,7	2,0

Sursa: UNICEF 2013 (pe baza calculelor experților
Institutului de Științe ale Educației)

În condițiile în care studiile (Heckman, J.J, 2011) arată că investiția timpurie în educație reprezintă cea mai bună cale de recuperare a deficitelor de dezvoltare a copiilor proveniți din medii defavorizate, și că este cel mai înalt eficientă în recuperarea costurilor, în România nivelul este încă departe de ținta fixată în cadrul strategiei Europa2020, de 95%. Doar aproximativ $\frac{3}{4}$ dintre copiii între 3 și 6 ani sunt cuprinși în nivelul preșcolar de educație; ultima decadă e împărțită între o primă perioadă, din 2001, de creștere ușoară și 2006-2011, cu ușoare oscilații de dinamică; peste 86% dintre copiii de vârstă corespunzătoare din mediul urban merg la grădiniță în comparație cu aproximativ 70% în rural (TransMonEE).

La accesul scăzut la sistemul de învățământ, se adaugă calitatea scăzută a acestuia: România se află constant printre ultimele țări europene în ierarhia scorurilor obținute de elevii de 15 ani la testările internaționale cu privire la competențe de scris și lectură, matematică și științe. De asemenea, la examenele de final de ciclu de învățământ teoretic, rezultatele sunt extrem de slabe: de exemplu, în 2014, doar aproximativ 60% dintre elevii înscriși la prima sesiune a examenului de bacalaureat au reușit să îl promoveze (pagina dedicată centralizării rezultatelor, <http://bacalaureat.edu.ro/>). În paralel, filiera tehnică și profesională nu mai pregătește specialiști competitivi, cu șanse reale de încadrare pe piața muncii (MMFPSPV, Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei 2014-2020).

Analize sectoriale – sănătate

După 25 de ani de tranziție, procentul nou-născuților subponderali este mai ridicat, respectiv de 8,4 în 2011 față de 7,3 în 1989, înregistrându-se una dintre cele mai mari valori din UE28 și din regiunea ECE. Ponderea

copiilor sub 2500 de grame la naștere a oscilat în jurul a 10 procente din total în toată perioada tranziției, depășind această valoare în anumiți ani.

Ponderea copiilor sub doi ani vaccinați împotriva bolilor infecțioase (difteria, tetanos, tbc, poliomielită) a început să scadă în ultimii ani; se înregistrează incidențe mari ale unor boli transmisibile (infecțioase), prevenibile prin vaccinare, comparativ cu restul statelor membre UE. România are o incidență a tuberculozei de 6 ori peste media UE; aproape un sfert dintre cazurile de TBC din UE se înregistrează în România, dintre acestea 15% afectându-i pe copii – 30,5 la 100,000 copii în 2011.

Rata mortalității infantile era de 9‰ în 2012, de trei ori mai scăzută decât în 1990; în ciuda acestei scăderi, este în continuare cea mai ridicată valoare din UE, de peste două ori mai mare comparativ cu media UE (vezi tabel); o treime dintre cauzele de deces survin din cauze evitabile. Situația este critică și din punct de vedere al mortalității copiilor sub atingerea pragului vârstei de 5 ani.

**Tabel 5. Mortalitatea infantilă în România,
UE27 și câteva țări componente**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
UE27	4,9	4,6	4,5	4,3	4,2	4	3,9	:
Bulgaria	10,4	9,7	9,2	8,6	9	9,4	8,5	7,8
Cehia	3,4	3,3	3,1	2,8	2,9	2,7	2,7	2,6
Germania	3,9	3,8	3,9	3,5	3,5	3,4	3,6	3,4
Franța	3,8	3,8	3,8	3,8	3,9	3,6	3,5	3,5
Ungaria	6,2	5,7	5,9	5,6	5,1	5,3	4,9	4,9
Polonia	6,4	6	6	5,6	5,6	5	4,7	4,6
Portugalia	3,5	3,3	3,4	3,3	3,6	2,5	3,1	3,4
România	15	13,9	12	11	10,1	9,8	9,4	9
Turcia	23,6	22,6	16,8	16,1	13,8	12,2	11,4	11,6

Sursa: Eurostat

Se înregistrează 20,3 de cazuri de sifilis și gonoree la 100,000 de adolescenți, de aproximativ 5 ori mai puțin decât la nivelul anilor 1990. Anual, apar câteva sute de cazuri noi HIV /SIDA.

Se înregistrează o tendință de creștere consumului de substanțe psihoactive în rândul tinerilor de 16 ani, ponderea fiind de 10% în 2011, de două ori mai ridicată decât în 2007 (ANA și MS, Rezultatele studiului național în școli privind consumul de tutun, alcool și droguri, ESPAD 2011) . În ciuda creșterii răspândirii consumului de substanțelor psihoactive, numărul utilizatorilor înregistrați oficial ca dependenți a scăzut în ultima decadă, aproximativ 100 de tineri fiind semnalati în 2011; capacitatea

scăzută a sistemului de a identifica și prelua cazurile este prin urmare evidentă.

În România, starea de sănătate dentară a copiilor nu este înregistrată sistematic în timp ce accesul la serviciile de îngrijire nu este subvenționat. Date mai vechi (baza de date a Organizației Mondiale a Sănătății pentru 2007) indică o situație extrem de îngrijorătoare din acest punct de vedere (INSP-CNEPSS, 2014).

Costuri ale neglijării investiției în copil: costuri pentru familie, costuri pentru copii, costuri sociale generale

În analiza anterioară, conceptul de costuri ale creșterii copilului – la nivel de familie, dar și de societate – a fost deja menționat în mod repetat, ca revers al investiției sociale – lipsa investiției lasă neacoperite o serie de costuri și chiar, mai grav, generează altele noi.

Costuri economice și ocupaționale

Aproape unul din zece copii trăiau în 2012 în gospodării în care adulții nu aveau loc de muncă. Șomajul tinerilor este considerabil mai ridicat decât pe ansamblul populației: 21,2% pentru grupa de vârstă 15-24 de ani și 10,7% pentru grupa de vârstă 25-34 de ani în România față de 7% pe total populație în 2012; în UE28, nivelul șomajului pe total populație în același an era de 10,2% (EUROSTAT). Șomajul ridicat al tinerilor este cu atât mai semnificativ cu cât se referă la categoria de vârstă când apare, în medie, primul /singurul copil.

Încadrarea pe piața muncii formală, atunci când este asigurată, nu reprezintă însă garanția unui standard de viață care să permită creșterea în condiții decente a copiilor, 22,3% dintre gospodăriile cu copii în care adulții lucrează fiind sărace (față de 14,3% dintre gospodăriile fără copii – Eurostat). Rigiditatea pieței formale a muncii, cu puține forme flexibile de ocupare pentru părinți, antrenează strategii de flexibilizare neregularizată sau forțată a ocupării (Wallace, C, 2003: p.6), respectiv muncă ocazională sau ocupare pe cont propriu și implicarea, pe fondul insuficienței locurilor de muncă, în forme de agricultură de subzistență. Aceste tipuri de ocupare au la rândul lor costuri ulterioare specifice atât pentru mamă cât și pentru copil (lipsă de acces la sistemele de asigurări sociale)

Piața muncii este una mai degrabă rigidă, fără forme flexibile de angajare disponibile, care să permită creșterea copilului (sau, alternativ, continuarea studiilor) în paralel cu angajarea. Doar 17,3% din tinerii angajați din România între 15 și 24 de ani lucrau în 2010 cu program de lucru parțial față de 28,9% în UE-28. Dintre tinerii români angajați part-time, aproape $\frac{3}{4}$

erau încadrați astfel involuntar spre deosebire de situația la nivel european, unde numai aproximativ un sfert dintre tineri lucrau cu program redus pentru că nu au găsit un loc de muncă full-time, restul preferând acest tip de angajare. Rămâne de analizat câte dintre aceste aranjamente part-time sunt cu adevărat forme flexibile de ocupare sau mai degrabă bariere pe piața muncii (la fel ca angajarea cu contracte pe timp determinat) puse de angajatorii care nu vor să ofere garanția unui loc de muncă stabil.

O mare parte a populației lucrează în sectorul informal, așadar fără acces la sistemul de beneficii acordate de stat pentru creșterea și îngrijirea copiilor. Ocuparea informală în România cuprindea 2,9 milioane persoane în 2011, respectiv 31,5% din totalul populației ocupate; cea mai mare parte, $\frac{3}{4}$ din total, o reprezenta ocuparea în gospodăria proprie (BNS, 2011). Estimările variază în privința ponderii sectorului informal în ocupare în funcție de definiții, Banca Mondială oferind, conform unei definiții mai restrânse, o estimare de 15% în 2012 a ponderii sectorului informal în ocupare (Banca Mondială, Romania Functional Review, Labor and Social Protection Sector, cap. I, 2012)

Un deficit important de suport al ocupării părinților îl reprezintă disponibilitatea extrem de limitată a creșelor (15.206 de paturi în creșe în anul 2011 – INS). Sectorul privat, cu o ofertă limitată și prea puțin relevantă pentru populația cu venituri medii și scăzute, nu a oferit o alternativă.

Costuri pe dimensiunea locuirii

Este cunoscut faptul că în România este extrem de răspândit modelul gospodăriilor extinse, multigeneraționale. Această situație este, din nou, o combinație între un model cultural de conviețuire, rezultatul lipsei serviciilor specializate de îngrijire a vârstnicilor și al unei crize pe piața imobiliară: după împrăștierea masivă după 1990 (97% dintre locuințe se află în proprietate personală – INS, Recensământul locuințelor și al populației, 2011), accesul la o locuință a devenit extrem de dificil. Veniturile scăzute, prețurile prohibitive și lipsa unor soluții compensate de locuire au dus practic la un blocaj. Tinerii nu au la dispoziție soluții de locuire autonomă; stocul de vânzare este redus ca număr de unități și oferit spre vânzare la prețuri extrem de mari în timp ce chiriile sunt ridicate, mai ales în mediul urban (fără diferențe care să fie semnificative între regiunile de dezvoltare în care se află localitatea, respectiv proporționale cu puterea de cumpărare la nivel local). Lipsa accesului la o locuință decentă pentru tineri, coroborat cu gradul ridicat de dependență a vârstnicilor, conduce la aglomerarea în gospodării multigeneraționale. Se înregistrează a doua cea mai ridicată

pondere a populației rezidente în locuințe supra-aglomerate din UE-27, după Ungaria. Supraaglomerarea¹⁰ afectează mai mult de trei sferturi dintre copii în 2012 (78,3%), față de media UE27 (42,5%). În aceste condiții, decizia de a avea copii este limitată structural de lipsa unui spațiu pentru creșterea adecvată a acestora.

Costuri educaționale

Deși nu există o evaluare comprehensivă a costurilor ascunse ale educației, diferite studii (Învățământul gratuit costă! Cercetare cu privire la „costurile ascunse” din educație, Salvați copiii, 2010: pp. 26-27) indică faptul că aceste costuri sunt importante și dezechilibrează chiar și bugetele familiilor cu un standard de viață deasupra pragului de sărăcie. Pentru familiile sărace, costurile accesului la școală sunt și mai împovărătoare decât pentru restul populației, pentru că implică achiziționarea de îmbrăcăminte și încălțăminte pentru copii (pentru restul populației, nu este neapărat vorba despre cheltuieli suplimentare decât cele care apar în mod obișnuit), rechizite școlare (doar parțial asigurate gratuit pe baza testării mijloacelor) și acoperirea unor costuri de transport (microbuzele școlare fiind disponibile doar într-un număr redus de localități). Familiile defavorizate nu pot acoperi diferite costuri informale precum cele presupuse de fondul clasei.

Lipsa investiției în educația copiilor din medii defavorizate, și în special a celor de vârstă preșcolară, reprezintă un exemplu fără echivoc cu privire la costurile sociale enorme antrenate ca urmare a pasivității politicilor publice. Studiile arată faptul că:

- educația este unul dintre principalii determinanți ai sărăciei, atât în sensul că un capital educațional scăzut al părinților conduce la sărăcie și excluziune socială a copiilor, inclusiv lipsă de acces la educație¹¹, cât și în sensul că părăsirea timpurie a școlii conduce la o creștere considerabil a riscului de șomaj și sărăcie
- investiția în educație, și în special cea preșcolară, este clar eficientă din punct de vedere economic; ecuația lui Heckman arată că cel mai ridicat nivel de beneficii la nivelul beneficiarilor dar și al societății în

¹⁰ Rata de supraaglomerare a locuinței se măsoară luând în calcul numărul de camere disponibile în gospodărie, numărul de membri precum și vârsta și statutul lor familial (Eurostat)

¹¹ O trecere în revistă a cercetărilor cu privire la efectele intergeneraționale ale capitalului educațional scăzut poate fi de exemplu consultată în „OECD, Barbara Wolfe and Robert Haveman, Accounting for the Social and Non-market benefits”; autorii arată că studiile indică în corpore faptul că „există o relație puternică și pozitivă între educația părinților și mai multe dimensiuni ale capitalului uman ale copiilor – nivelul de școlarizare, riscul de naștere a unui copil în afara căsătoriei, starea de sănătate a copiilor” (p.14)

ansamblu îl aduce investiția în educație la vârste cât mai mici, educația preșcolară fiind cea mai bună investiție din acest punct de vedere (Heckman, 2011: 31)

Costuri de sănătate

Ca urmare a deficitului de intervenție preventivă și tratamente timpurii, efectele în planul stării de sănătate a copiilor sunt considerabile. Aceste efecte sunt însă costisitoare și pentru sistem, fiind necesară acoperirea ulterioară a bugetului necesar pentru finanțarea intervențiilor de urgență, la care populația apelează preponderent, dat fiind caracterul lor gratuit. Plățile informale sunt considerate o barieră și în accesul la sistemul de sănătate, în special al populației vulnerabile economic și social (Comisia Europeană, 2014: p.5). Copiii sunt asigurați automat și gratuit la sistemul de sănătate, fără condiționarea contribuției adulților la sistemul de asigurări. Totuși, o serie de analize și servicii de sănătate pentru copii nu sunt compensate sau au fost complet abandonate. Un astfel de exemplu îl reprezintă analizele medicale la înscrierea în grădiniță sau în școală. În prezent, aceste analize nu sunt obligatorii, fiind necesar doar avizul medicului de familie, acesta din urmă fiind acordat de multe ori 'din oficiu'. Pentru copii proveniți din familii marginalizate sociale, pentru care eventuala înscriere în sistemul de educație este de multe ori unul dintre primele contacte cu serviciile publice, aceste analize medicale, făcute gratuit, ar fi însă esențiale în vederea detectării timpurii a problemelor de sănătate.

Deficite la nivelul politicilor sociale de răspuns la problemele familiei și copilului

La nivel central, sistemul de protecție a drepturilor copilului a trecut prin schimbări frecvente, entitatea coordonatoare a politicii de profil fiind în diferite perioade o autoritate cu personalitate juridică subordonată MMFPSPV sau doar o direcție specializată în cadrul acestuia. Ca momente cheie ale istoricului protecției copilului pot fi amintite legea protecției copilului și adopției din 1997 și legea asistenței sociale din 2011.

Gradul de prioritate acordat politicilor sociale dedicate familiei și copilului nu a fost niciodată pe măsura nivelului de urgență a nevoilor sau a importanței strategice a intervenției. Aceste deficite au fost asumate de noua Strategie de protecție a copilului, care-și propune remedierea lor până în 2020. Atunci când copilul a devenit o prioritate, intervenția a fost direcționată îngust, marea masă de copii afectați de sărăcie și deprivare fiind ignorați, în timp ce majoritatea resurselor s-au concentrat exclusiv pe reforma sistemului de protecție specială. Deși importantă la rândul ei și cu

rezultate impresionante, această reformă a instituțiilor rezidențiale, cu identificarea unor forme alternative de îngrijire, constituie doar un segment al politicilor de profil necesare. Este totuși important de amintit că numărul de copii protejați în servicii de tip rezidențial a scăzut abrupt după 2000 dar și în ultimii ani, ajungând la aproximativ 22000 la sfârșitul anului 2013.

În cadrul formelor de suport acordate familiei defavorizate cu copii, accentul a fost plasat în mod constant pe transferurile financiare. În continuare, se mai așteaptă o serie de reforme pe această dimensiune, în vederea unificării diferitelor beneficii și creșterii performanțelor suportului financiar. Au fost inițiate, mult prea târziu, și o serie de eforturi pentru dezvoltarea componentei de servicii de asistență socială, totuși insuficiente și fără a asigura realizarea obiectivului de constituire a unei rețele de intervenție primară eficientă.

Creșterea accentului pus în ultimul timp pe politicile de prevenire a separării copilului de familie, absolut justificată și așteptată, nu se poate realiza însă fără un sistem de asistență dezvoltat adecvat. Descentralizarea activităților de protecție a copilului nu a condus la delegarea competențelor și resurselor până la nivelul comunităților, multe dintre primăriile din rural fiind lipsite în continuare de aportul unei persoane specializate în asistență socială și cu atribuții exclusiv în această zonă. Ancheta-recensământ (IRECSON, 2013) din 2013 a Direcțiilor Generale de Asistență Socială și Protecție a Copilului (DGASPC) și a Serviciilor Publice de Asistență Socială (SPAS) a evidențiat o serie de aspecte critice la nivelul acestora:

- SPAS sunt sub-dezvoltate la nivelul țării, mai ales în mediul rural, fiind adesea lipsite de personal calificat și dedicat integral muncii de asistență socială (vezi și Strategia anti-sărăcie și de promovare a incluziunii sociale 2014-2020, MMFPSPV, 2014)
- Nu există un management al resurselor umane la nivel local, performanțele sunt evaluate mai mult formal, posturile existente sunt subocupate, lucrătorii în asistență socială la nivel local sunt supraîncărcați cu sarcini (unele dintre acestea nefiind specifice postului)
- Cea mai mare parte a timpului de lucru disponibil al asistenților sociali de la nivelul SPAS este alocată administrării dosarelor realizate pentru acordarea de beneficii financiare, activitatea de prevenire a separării copilului de familie fiind astfel neglijată
- Marea majoritate a serviciilor destinate prevenirii separării copilului și menținerii acestuia în familie sunt concentrate la nivelul DGASPC, serviciile SPAS fiind limitate la administrarea beneficiilor financiare

- Metodologiile și procedurile de lucru după care se ghidează sistemul de asistență socială comunitară sunt neclare sau chiar lipsesc pentru anumite zone de activitate

Necesitatea investiției sociale în familie și în copil și a asistenței sociale integrate la nivel comunitar

În cadrul perspectivei actuale asupra politicilor sociale, suportul public pentru îmbunătățirea condițiilor de viață a indivizilor trebuie acordat, pentru a fi sustenabil și a conduce la incluziune socială, având în vedere toate dimensiunile – ocupare, educație, sănătate, condiții de locuit, capital social. O intervenție integrată nu înseamnă însă exclusiv una cu caracter multi-dimensional și inter-disciplinar (cu implicarea educatorului, medicului, asistentului social, polițistului și a reprezentanților tuturor celorlalte servicii publice), ci în egală măsură și una care urmărește **asigurarea unui trai adecvat familiei în întregul său**. De exemplu, programele de suport pentru copii nu vor fi înalt eficiente dacă nu mobilizează suportul familiilor pentru dezvoltarea copilului și nu urmăresc în egală măsură asigurarea unui trai decent pentru acestea.

De altfel, din ce în ce mai mult în ultimul timp, diferitele programe de intervenție își propun să asigure implementarea măsurilor direct la nivelul familiilor beneficiarilor, pentru a asigura acordarea lor în mod personalizat, în funcție de problemele specifice. Este necesară generalizarea acestei opțiuni, într-un efort de deplasare a accentului pe **servicii sociale active și comprehensive pentru familii și în comunitate**.

În același timp, costul exorbitant antrenat de combaterea unor probleme sociale deja apărute a condus la deplasarea accentului înspre **prevenția** acestor probleme. Din nou, mediul familial este cadrul cel mai propice în care suportul public acordat timpuriu, de la vârste fragede și din primele etape ale apariției unei nevoi, dizabilități, forme de deprivare, poate produce efecte semnificative. Este necesar ca accentul politicilor sociale să fie deplasat de la viziunea corectării exclusiv a unor probleme deja cronicizate la **dezvoltare socială și investiție socială**, familia fiind instituția centrală în cadrul acestei noi abordări.

În cele ce urmează, se propun câteva direcții prioritare de acțiune pornind de la aceste principii de intervenție și de la deficitul enunțat ulterior:

Politici anti-sărăcie și pentru categoriile vulnerabile de copii

- Plasarea accentului la nivelul politicilor de combatere a sărăciei copiilor pe măsuri de dezvoltare socială, prin investiția constantă în copil;
- Relansarea unui program național anti-sărăcie, cu atenție specială pe copii, destinat prevenirii transmiterii intergeneraționale a excluziunii sociale;
- Acordarea unor forme de sprijin pentru tinerii părinți în vederea asigurării unei vieți independente, a întemeierii unei familii proprii, a stimulării natalității și a compensării dezavantajelor specifice pe piața muncii;
- Implementarea unor reforme ale reglementărilor pieței muncii și a unor programe de instruire profesională dedicate persoanelor inactive, șomerilor și persoanelor angajate în economia informală, cu copii în întreținere, pentru creșterea oportunităților de angajare în forme de ocupare flexibile și cu venituri decente;
- Sprijinirea părinților în asumarea rolului de educare și ocrotire a copilului; capitalizarea rolului benefic al mamei, în paralel cu consolidarea rolului tatălui, în cadrul implementării programelor dedicate protecției și dezvoltării copiilor;
- Combaterea formelor de sărăcie tradițională care afectează copiii din mediul rural și duc la forme de deprivare de bunuri de bază, lipsă de acces la infrastructura de utilități și la servicii publice;
- Elaborarea unui pachet complex de servicii sociale adresate copiilor din zonele urbane cu sărăcie extremă, în vederea acordării de alimentație sănătoasă, facilitării accesului la educație și a dezvoltării normale în plan social (programe de dezvoltare comunitară);
- Reducerea disparităților spațiale în ceea ce privește disponibilitatea și calitatea ofertei educaționale și de servicii de sănătate;
- Echilibrarea raportului dintre beneficii financiare, servicii și suport în natură pentru copii în vederea asigurării mai bune a tuturor nevoilor fundamentale; completarea programelor de ajutoare bănești cu servicii și prestații în natură, în special în legătură cu nutriția, sănătatea, locuința și transportul copiilor la diferite servicii sociale;
- Dezvoltarea mai largă a sistemului de servicii de asistență socială și sporirea pachetului de măsuri care previn separarea copilului de familie;
- Combaterea, prin programe dedicate acestor categorii, a sărăciei și excluziunii sociale care afectează: copiii care provin din familii

sărace, copiii separați de familiile lor, copiii de etnie romă, copiii cu dizabilități, copiii din familiile monoparentale;

- Implementarea unui pachet de măsuri integrate pentru copiii romi; problemele copiilor romi trebuie abordate în cadrul mai larg al drepturilor și problemelor copiilor săraci și excluși social;
- Conceperea unor noi programe de construire sau amenajare de locuințe sociale pe baza unei diagnoze a nevoii reale la nivelul României;
- Eradicarea problemei copiilor străzii; integrarea acțiunilor de combatere a fenomenului copiilor și tinerilor fără adăpost în ansamblul strategiilor de acțiune și al politicilor MMFPSPV; pregătirea unui cadru instituțional integrat de intervenție.

Asistență socială acordată în comunitate și în familie și intervenție timpurie

- Sprijinirea în continuare a tranziției de la modelele instituționale la îngrijirea comunitară a copiilor;
- Dezvoltarea capacității de creare a unui sistem de servicii de asistență socială durabil și echitabil și îmbunătățirea competențelor profesioniștilor și practicienilor;
- Acordarea de sprijin infrastructural pentru centre integrate de îngrijire comunitară;
- Reducerea inegalității sociale de la vârste mici, prin investiții în alimentația, accesul la resurse, educația și îngrijirea copiilor preșcolari și antepreșcolari;
- Utilizarea sistemelor de educație și îngrijire ca sisteme de alertă timpurie pentru identificarea problemelor fizice, psihologice și sociale ale copiilor;
- Consolidarea accesului copiilor la îngrijiri și asistență medicală de calitate, dezvoltarea de servicii de îngrijire medicală și socială integrate, inclusiv la nivelul comunității, și instruirea mai bună a specialiștilor de medicină primară integrată în scopul acordării de asistență copiilor;
- Îmbunătățirea acoperirii programelor de educație pentru sănătate și planificare familială în rândul categoriilor de populație sărace;
- Scăderea în continuare a mortalității copiilor prin prevenirea tuturor deceselor evitabile.

Dezvoltare instituțională

- Asigurarea unor nivele de finanțare sustenabilă a sistemelor educațional, de sănătate și a programelor de protecție a copiilor, inclusiv a celor din familii sărace;
- Consolidarea capacității MMFPSPV și ANPDC de a coordona programe focalizate pe zonele cu ponderi mai ridicate de copiii afectați de sărăcie și excluziune socială;
- Declanșarea unor acțiuni de combatere a sărăciei și a excluziunii sociale a copilului pe întregul spectru al politicilor;
- Consolidarea capacității la nivel județean /local de a gândi strategic protecția socială a copiilor;
- Consolidarea capacității autorității locale de a deveni actor principal în eradicarea sărăciei și a problemelor sociale ale copilului și familiei, cu suportul unor structuri de asistență socială la nivel comunitar funcționale;
- Utilizarea mai bună și asigurarea sustenabilității resursei de profesioniști care pot sprijini dezvoltarea socială a comunităților: în primul rând asistenți sociali, dar și mediatori sanitari, asistente medicale comunitare, mediatori școlari, consilieri psiho-sociali, consilieri pentru romi (și corelarea mai bună între aceste sisteme).

Notă: Acest capitol a fost elaborat și publicat sub auspiciile Institutului de Cercetare a Calității Vieții, Academia Română ca parte din proiectul co-finanțat de Uniunea Europeană prin Programului Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 în cadrul proiectului Pluri și interdisciplinaritate în programe doctorale și postdoctorale Cod Proiect POSDRU/159/1.5/S/141086

Bibliografie

- Banca Mondială, 2012, *Functional Review, LABOR AND SOCIAL PROTECTION SECTOR Final Report*
- Bădescu, G., Niculina, P., 2012 *Bunăstarea copilului din mediul rural*, World Vision
- Cantillon, B, 2011, *The paradox of the social investment state: growth, employment and poverty in the Lisbon era*, Journal of European Social Policy December
- Cantillon, B, Lancker W, V, *Three Shortcomings of the Social Investment Perspective*, Social Policy and Society / Volume 12 / Issue 04 / October 2013, pp 553 – 564, Published online: 18 March 2013
- Comisia Europeană, 2013, *Investiția în copii: ruperea cercului vicios al defavorizării*, Recomandarea Comisiei Europene din 20 februarie 2013,
- Comisia Europeană, 2014, *Recomandările asupra programului național de reformă în sectorul sănătății publice și opinia Consiliului Europei asupra programului de convergență a României (2014)*, COM (2014) 424 final

- Conventia ONU cu privire la drepturile copilului*, Publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr, 109 din 28 septembrie 1990
- Esping-Andersen, G, 2005, *Children in the welfare state, A social investment approach*, Department of Political and Social Sciences, University Pompeu Fabra
- Heckman, J., 2011 *The Economics of Inequality – The Value of Early Childhood Education*, American Educator
- Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Național de Evaluare și Promovare a Stării de Sănătate, 2014, *Raportul Național de Sănătate a Copiilor și Tinerilor din România*
- Institutul Național de Statistică, 2011, *Recensământul populației și al locuințelor*, <http://www.recensamantromania.ro/rezultate-2/>
- Institutul Național de Statistică, 2012, *Activitatea unităților sanitare*
- IRECSON, 2013, *Studiu concluziv, bazat pe evaluarea la nivel național a DGASPC, SPAS și a altor instituții și organizații implicate în sistemul de protecție a copilului*
- Lazăr F., Grigoraș V, 2009, *Estimarea numărului de copii și tineri ai străzii în București, Brașov și Constanța folosind metoda captură-recaptură*, Raport de cercetare Organizația Salvați Copiii, Editura Speed Promotion, București
- Ministerul Fondurilor Europene, 2014, Acord de parteneriat propus de România pentru perioada de programare 2014-2020
- Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, 2014, *Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei (2014-2020)*, draft circulat în vederea consultărilor publice
- Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, 2014, *Strategia națională pentru protecția și promovarea drepturilor copilului 2014-2020*
- Ministerul Sănătății, Ministerul Administrației și Internelor, Agenția Națională Anti-drog, 2011, *Rezultatele studiului național în școli privind consumul de tutun, alcool și droguri, ESPAD*
- OECD, Wolfe, B, Haveman, R, *Accounting for the Social and Non-market benefits*
- Popescu, R, 2009, *Introducere în sociologia familiei. Familia românească în societatea contemporană*, Editura Polirom
- Salvați copii, Grădinaru, C, Manole M. (coord.), 2010, *Învățământul gratuit costă! Cercetare cu privire la costurile ascunse din educație*
- Stănculescu, M, S, și Berevoescu I, (coord.), 2004, *Sărac lipit, caut altă viață*, Editura Nemira, București
- Stănculescu, M, S, Marin, M, 2012, *Copil în România, O diagnoză multidimensională*, Raport UNICEF, București
- Stănculescu, M, S, Marin, M, 2012, *Sprîjinirea copiilor invizibili, Raport de evaluare*, Raport UNICEF, București,
- UNICEF, 2013, *Deinstitutionalization in Romania*, draft UNICEF paper on the situation and recommendations

- UNICEF, Briciu, C. (coord), 2013, *Raport de fundamentare a Străgiei naționale de protecție și promovare a drepturilor copilului*,
- Blocul Național Sindical, Voinea, L, Albu, L (coord.), 2011, *Economia informală și impactul ei asupra pieței muncii*
- Wallace, C, 2003, *Work Flexibility in Eight European Countries: A cross-national perspective*, Institute for Advanced Studies, Vienna
- Whelan, C T, Maître, B, Nolan, B, 2011, *Analysing Intergenerational Influences on Income Poverty and Economic Vulnerability with EU-SILC*, UCD Geary Institute Discussion Papers
- Zamfir, C., Zamfir, E (coord.), 1997, *Pentru o societate centrată pe copil*, București, Editura Alternative
- Zamfir, C., (coord.), 2005, *Diagnoza sărăciei și a riscurilor în dezvoltarea copilului din România*, ICCV, UNICEF

Tinerii post-instituționalizați: nevoi, riscuri și recomandări

ALEXANDRA VÎLCU

Introducere

Acest capitol își propune să ofere o analiză globală a situației tinerilor post-instituționalizați. Această categorie socială vulnerabilă are posibilitatea să se integreze în societate? Care sunt nevoile și riscurile la care sunt expuși acești tineri? Ce exemple de bună practică există, cu privire la serviciile de asistență socială destinate lor?

Între categoriile sociale defavorizate, beneficiare de asistență socială, copiii și tinerii instituționalizați constituie un segment semnificativ, care necesită o atenție specială. Conform datelor furnizate de EUROSTAT, la data de 1 Ianuarie 2010, România avea o populație de 21.466.174 de persoane, dintre care 4.400.000 de copii, ajungând, în luna Ianuarie 2013, la aproximativ 3.600.000 de copii. Dintre aceștia, 2% figurau ca beneficiari de servicii sociale în centre de plasament la 31 Decembrie 2006. Același studiu furnizează și alte date cu privire la aceasta categorie vulnerabilă. Între anii 2000 și 2006, numărul copiilor din centrele de plasament publice a scăzut de la 53.335 la 21.198, în timp ce numărul copiilor protejați de asistenți maternali a crescut de la 5.157 la 19.809. Datele sunt oferite de Fundația pentru o Societate Deschisă. În același timp, ultimele date prezentate de Agenția Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului (ANPDC), (30.09.2009) certifică faptul ca la data respectiva existau 23.590 de copii și tineri beneficiari de protecție specială în instituții de tip rezidențial, dintre care 19.359 în instituții publice de plasament și 4.231 în instituții private. Totalul tinerilor cu vârsta de pana la 26 de ani care își continuă studiile universitare și încă se află în sistemul de protecție socială este de 6.436, dintre care 5.989 în instituții publice și 447 în instituții private. Dintre tinerii cu vârste cuprinse între 14 și 18 ani care nu urmează studii superioare, majoritatea lucrează în producția de confecții, tâmplărie, mecanică, construcții și alimentație publică.

Împlinirea vârstei de 18 ani, precum și pregătirea pentru viața de adult, reprezintă un moment de cumpănă în viața oricărui tânăr. Însă, în cazul unui tânăr care provine dintr-o instituție de ocrotire a copilului, lipsa mijloacelor materiale suficiente și a suportului unei familii îl supun unor riscuri sociale crescute. În cazul în care un tânăr instituționalizat decide să

nu își continue studiile, obligațiile sistemului legal de protecție a copilului ar trebui să înceteze, tânărul fiind nevoit să părăsească instituția de îngrijire. Însă, conform unor modificări legislative semnificative apărute pe parcursul anilor 2000, tânărul poate beneficia la cerere de protecție încă doi ani, chiar dacă nu își continuă studiile, în scopul facilitării integrării sale sociale. Mai exact, vorbim despre Legea Marginalizării Sociale. Aceasta are drept obiectiv „garantarea accesului efectiv, în mod deosebit al tinerilor, la drepturi elementare și fundamentale, cum sunt: dreptul la un loc de muncă, la o locuință, la asistență medicală, la educație, precum și la instituirea unor măsuri de prevenire și combaterea marginalizării sociale și mobilizarea instituțiilor cu atribuții în domeniu.” Între prevederile legale ale documentului, amintim faptul că Agenția Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă (ANOFM) are obligația de a oferi un acompaniament social personalizat tinerilor aflați în situații de risc și care se află în pericol de excluziune socială și profesională, în această categorie intrând și tinerii proveniți din centrele de plasament (art. 5, Legea Marginalizării Sociale). Serviciile de acompaniament social includ și dreptul la consiliere și mediere profesională din partea personalului specializat.

Nevoile tinerilor post-instituționalizați și riscurile la care sunt expuși

Un bun punct de plecare este stabilirea unui set concret de nevoi comune ale acestui grup-țintă, pentru a putea defini direcțiile de acțiune. Literatura de specialitate consultată (Muga, M., 2005, pp. 2-3), precum și informațiile oferite de către instituțiile menționate pe parcursul acestui capitol, sunt convergente către aceleași idei și recomandări principale.

Nevoile primare ale tinerilor post-instituționalizați cel mai des menționate sunt:

- asigurarea unui ajutor financiar minim și a unor servicii specializate și personalizate în vederea integrării lor sociale și a pregătirii pentru viața de adult
- asigurarea unui loc de muncă, prin care să poată deveni independent din punct de vedere financiar.
- asigurarea unei locuințe.
- asigurarea unui suport psihologic, în lipsa suportului unei familii
- asigurarea posibilității de a participa activ în cadrul comunității.

La polul opus se află o serie de impedimente în calea integrării sociale normale, cu care acești tineri se confruntă, și care sunt prezente într-o măsură mult mai mare, comparativ cu tinerii de aceeași vârstă, dar care provin dintr-un mediu familial normal. Unele probleme pot fi depășite

treptat, prin experiența acumulată de subiect de-a lungul timpului, dar mai ales printr-o consiliere adecvată din partea personalului specializat. Dintre aceste probleme, amintim: :

- Lipsa experienței de a interacționa cu autorități și instituții din afara mediului lor (în familiile normale, adolescenții sunt deseori învățați să se descurce în afara casei, experimentând interacțiuni al căror grad de complexitate crește o dată cu vârsta).
- Capacitatea scăzută de a comunica și de a socializa în afara instituției.
- Lipsa unui model familial real, fapt care poate afecta sănătatea emoțională a acestor tineri.
- Dificultatea de a se deprinde cu noua situație de viață independentă și cu responsabilitățile vieții de adult.
- Dificultăți în găsirea și mai ales păstrarea unui loc de muncă, fenomen mai accentuat decât în situațiile normale.

Deși integrarea cu succes a acestor tineri în societate depinde și de modul în care au fost tratați și educați în instituțiile de ocrotire, riscurile la care aceștia sunt expuși nu dispar. Prin urmare, sprijinul care le este oferit o dată cu părăsirea sistemului prezintă o importanță esențială. Problemele amintite mai sus nu sunt insurmontabile, însă necesită o atenție și o acțiune crescută din partea asistenților sociali. În caz contrar, ele pot afecta treptat moralul, voința, stima de sine, și încrederea în capacitățile proprii ale tânărului, aflat oricum la o vârstă delicată. Consecințele pot fi dramatice: tânărul riscă excluderea socială și marginalizarea, poate începe să frecventeze anturaje periculoase, să se îndrepte către infrafracționalitate, consum de droguri sau prostituție, situații care pot fi prevenite cu ajutorul unor activități eficiente de asistență socială.

În următoarea secțiune vom analiza importanța comunităților locale în sprijinirea categoriilor defavorizate, în contextul descentralizării serviciilor de asistență socială de la nivelul național către cel județean sau municipal.

Importanța comunităților locale și exemple de bună practică în asistarea tinerilor post-instituționalizați

Un argument deseori adus în discuție în literatura de specialitate este fenomenul de descentralizare a sistemului de politici sociale, și implicit a serviciilor de asistență socială. Chiar dacă autoritățile publice locale se implică permanent în implementarea unor proiecte și programe menite să prevină și să combată aceste probleme sociale, trebuie menționat faptul că aceste practici diferă de la o zonă geografică la alta (Zamfir, E., 2012, p. 150).

Prin urmare, o foarte mare responsabilitate revine administrației publice locale, pentru care este esențială cunoașterea temeinică și informarea permanentă cu privire la situația în plan local a categoriilor defavorizate și a nevoilor acestora. Cu atât mai mult, este indicat ca fiecare caz în parte să fie urmărit îndeaproape și pe o perioadă mai îndelungată. Numai astfel, autoritățile pot crea un plan de măsuri și programe structurate, pe termen scurt și lung, conform particularității fiecărui subiect, și pot aloca resursele umane și financiare necesare activității de asistență socială.

Proximitatea față de beneficiar constituie o garanție în plus în vederea construirii unor politici sociale și a unor servicii de asistență eficiente, întrucât „comunitatea locală, familia tind să devină, astfel, subiectul activ al rezolvării unei largi game de probleme cu care se confruntă. Presupoziția centrală a acestei strategii este că orice comunitate, indiferent de gradul ei de dezvoltare, deține o serie de resurse importante a căror utilizare rațională poate duce la rezolvarea în timp a nevoilor, în ordinea priorităților lor. Aici principiul fundat pe resurse umane și capacitatea de solidaritate este unul central. „Fiecare persoană este caracterizată, în virtutea apartenenței la o comunitate, de o anumită propensiune pentru acțiuni de susținere colectivă” (Zamfir E., 2012, p. 157). În cazul tinerilor post-instituționalizați, cărora le lipsește un model familial propriu-zis, am putea adăuga faptul că, pe lângă instituția în care au crescut, comunitatea ar putea reprezenta entitatea cea mai apropiată de ideea de familie, unde pot găsi sprijinul material, profesional, moral și emoțional de care au nevoie, în vederea prevenirii excluziunii sociale și a integrării depline în societate.

Reforme și programe la nivel național și european

Problema tinerilor post-instituționalizați a fost reglementată atât la nivel european, cât și adaptată la contextul național, pentru ca apoi atenția să fie concentrată la nivel local/comunitar. „Strategia Națională de incluziune socială a tinerilor care părăsesc sistemul de protecție a copilului” (2006-2008) a fost o prioritate a Programului de Guvernare din acea perioadă. Scopul principal îl reprezintă integrarea tinerilor post-instituționalizați în societate și încurajarea lor către fructificarea propriului potențial în vederea construirii unei vieți independente și active, evitând astfel excluziunea socială. Planul de Măsuri inclus în Strategia Națională se bazează pe politici sociale menite să stimuleze pe termen mediu și lung incluziunea socială a acestor tineri, mizând într-o mare măsură și pe responsabilitatea și solidaritatea comunităților locale. Cele mai importante

prevederi ale Strategiei Naționale se refera la politici de locuire și de ocupare. Dintre acestea, amintim construirea de locuințe sociale sau subvenționarea pe o perioadă de 3 ani a plății chiriei. De asemenea, în ceea ce privește incluziunea acestor tineri pe piața muncii, se recomandă identificarea la nivel local a locurilor de muncă disponibile în funcție de programul de lucru și tipologia contractului, dar și oferirea unor servicii de mediere și formare profesională.

Un alt exemplu de program național bazat pe normative europene este Programul Național de Reformă 2011 – 2013 . Acesta a avut ca scop principal definirea și aplicarea politicilor sociale în vederea dezvoltării economice a României, dar, într-un cadru foarte amplu de prevederi, nu sunt omise nici reducerea sărăciei și integrarea și reintegrarea socială a grupurilor vulnerabile. Astfel, în anul 2011 a fost elaborată o serie de acte normative care au avut ca obiectiv, printre altele, și îmbunătățirea și modernizarea serviciilor sociale destinate copiilor și tinerilor separați temporar sau definitiv de părinți, precum și organizarea și asigurarea unei bune funcționări a serviciilor de tip familial.

Actualmente este în vigoare Strategia pentru Protecția și Promovarea Drepturilor Copilului 2014 – 2020. Deși grupurile vizate includ toate categoriile de copii și adolescenți aflați în situații de risc (cei din familiile sărace, cei din mediul rural, etc.), una dintre aceste categorii este și cea a tinerilor ce părăsesc centrele de plasament. Unul dintre principalele obiective în acest sens este menționat ca fiind suportul acordat acestor tineri în procesul de tranziție de la îngrijirea instituțională la viața independentă, prin sprijinul comunitar și prin „dezvoltarea abilităților de viață independentă ale copiilor în vederea pregătirii acestora pentru părăsirea sistemului de protecție socială”.

De asemenea, Ministerul Tineretului și Sportului propune Strategia în Domeniul Politicii de Tineret 2014 – 2020 unde o atenție deosebită este acordată categoriilor de tineri care riscă excluziunea socială, inclusiv tinerii care părăsesc instituțiile de plasament, și al căror număr este estimat la aproximativ 5.000 în fiecare an. Ministerul Tineretului și Sportului propune o serie amplă și variată de politici sociale, în patru domenii principale de intervenție: cultură și educație non-formală; sănătate, sport și recreere; participare și voluntariat; muncă și antreprenoriat. În ceea ce privește incluziunea socială a tinerilor din categoriile vulnerabile, dintre obiectivele strategiei fac parte:

- Promovarea unei piețe a muncii mai inclusive la adresa tinerilor în general și cu tinerii din categorii defavorizate în mod special, asigurarea unei piețe a muncii flexibile și creșterea siguranței cu privire la menținerea locului de muncă

- Direcționarea educației non-formale spre reintegrarea socială a tinerilor excluși social, dar și asigurarea menținerii sau restabilirii accesului la educația formală.
- Promovarea accesului egal la sănătate al tinerilor și menținerea accesului gratuit la un pachet de servicii medicale de bază.
- Împuternicirea comunităților sărace locuite de copii și tineri ce fac parte din categoriile excluse social.
- Relansarea politicilor de combatere a sărăciei și promovare a incluziunii sociale în România cu accent pe tineri și copii.
- Conceperea unor noi programe de construire sau amenajare de locuințe sociale.

Informații centralizate pentru activitățile desfășurate pe teritoriul întregii țări

Informarea publicului cu privire la datele statistice legate de situația tinerilor post-instituționalizați, precum și cu inițiativele deja derulate, sunt prezente pe pagina de internet a Direcției Protecția Copilului, care face parte din MMFPSPV <http://www.gender.ro> <http://www.gender.ro>. Conform informațiilor existente la nivelul Direcției Protecția Copilului din cadrul MMFPSPV, un număr de 3959 tineri peste 18 ani beneficiau la sfârșitul anului 2012 de o măsură de protecție într-un centru de tip rezidențial. În ceea ce privește tinerii post-instituționalizați, trebuie menționat faptul că după încetarea măsurii de protecție specială, aceștia pot beneficia în continuare de servicii în cadrul DGASPC-ului de la domiciliu, în conformitate cu prevederile art. 2, lit. a) din Regulamentul-cadru de organizare și funcționare a direcțiilor generale de asistență socială și protecție a copilului, aprobat prin HG 1434/2004, în calitate de persoane adulte aflate în dificultate. În ceea ce privește informațiile referitoare programele derulate în sprijinul tinerilor, pot fi menționate cele derulate de către MMFPSPV prin AM POSDRU. În plus, la nivel local se pot derula proiecte și parteneriate public-privat, în funcție de problematica specifică fiecărei zone în parte. În acest context putem menționa proiectul „Creșterea șanselor de integrare profesională a tinerilor care părăsesc sistemul de ocrotire la împlinirea vârstei de 18 ani din 3 regiuni ale țării”, un proiect implementat în 6 județe, cofinanțat din Fondul Social European POSDRU 2007-2013. Proiectul a fost implementat pe durata a cinci ani în Brașov, Sibiu, Arad, Timiș, Constanța și Brăila, în colaborare cu Direcțiile Generale pentru Asistența Socială și Protecția Copilului județene, Asociații partenere din țara și din străinătate, precum și un număr de 24 organizații publice/private din cele 6 județe. Proiectul a fost finalizat în 2013

și a avut ca rezultat realizarea a șase strategii județene menite să faciliteze integrarea socio-profesională a cel puțin 40% dintre acești tineri.

Un alt studiu de acest gen, însă mai recent, este reprezentat de cercetarea realizată de Fondul Român de Dezvoltare Socială, în anul 2010, în cadrul proiectului ACTIN – *Proiect pilot de cercetare și formare pentru integrarea activă a tinerilor din sistemul de protecție a copilului*, proiect finanțat de UE. Studiul se concentrează pe tinerii post-instituționalizați din județele Alba și Iași, și nevoile acestora legate de integrarea în viața independentă care urmează după părăsirea instituției de ocrotire. Aspectele analizate cuprind abilitățile generale de viață, orientarea profesională, politicile de incluziune socială, și modul în care instituțiile specializate îndeplinesc aceste nevoi în momentul desfășurării cercetării. Analiza este făcută din perspectiva ambelor părți implicate: atât cea a tinerilor post-instituționalizați ca beneficiari de asistență socială, cât și cea a educatorilor. În recomandările finale, accentul se pune în mod deosebit pe investiția în calificarea personalului menit să asiste acești tineri, precum și angajarea unor profesioniști cu o pregătire cât mai diversificată: asistenți sociali, psihopedagogi, psihologi, consilieri în resurse umane. Este recomandat ca acești profesioniști să aibă acces permanent la cât mai multe surse de formare și informare, dar și să învețe să încurajeze copiii instituționalizați să își dezvolte timpuriu abilitățile profesionale și de viață, care îi vor ajuta mai târziu în procesul de integrare socială.

Chiar dacă serviciile sociale sunt supuse descentralizării, este bine ca informațiile disponibile cu privire la aceste servicii să fie, pe cât posibil, centralizate la nivel național și actualizate. Prin urmare, un posibil exemplu de bună practică pentru viitor ar fi realizarea anuală a raporturilor de acest gen, care să fie vizibil, în primul rând, profesioniștilor din domeniul asistenței sociale.

Fundații și organizații non-guvernamentale

Fundațiile și organizațiile non-guvernamentale au jucat dintotdeauna un rol important în procesul de ajutorare și sprijinire a categoriilor sociale defavorizate. În plus, majoritatea acestora sunt centrate doar pe activitatea la nivel local, ceea ce demonstrează eficiența descentralizării serviciilor sociale. Pentru a oferi câteva exemple de bună practică în asistența socială pentru tinerii post-instituționalizați, menționez câteva inițiative din diferite orașe din România.

Fundația COTE din Iași are ca misiune protecția și ajutorarea copiilor și tinerilor vulnerabili. Fundația oferă o gamă largă de servicii printre care: serviciile de asistență și sprijin de tip rezidențial (găzduirea temporară în

sistem protejat, a tinerilor care părăsesc sistemul de protecție a copilului; formarea teoretică și practica supervizată a deprinderilor de viață independentă; sprijin în identificarea unor soluții de locuit stabile; consiliere psihologică și socială), servicii de asistență și sprijin a integrării profesionale (acompaniament social individualizat și mediere pe piața muncii; suport pentru integrarea profesională și menținerea unui loc de muncă stabil), servicii de intervenție în situație de criză (informare și orientare cu privire la drepturi în comunitate, asistență și suport pentru identificarea unei gazde și menținerea acesteia, sprijin material și financiar de urgență pentru depășirea unor situații de criză), asistența pentru promovarea accesului la educație a tinerilor proveniți din centrele de plasament (burse pentru tinerii care își continuă studiile în învățământul postliceal și universitar, plata taxelor de școlarizare, a manualelor și a rechizitelor școlare, meditații la diferite materii), precum și educație nonformală pentru copii și tineri vulnerabili (socializare și timp liber, atelier de creație, activități culturale). Inițiativa a fost finanțată prin fonduri PHARE, precum și de către mai multe fundații românești și internaționale, dintre care amintim Global Fund for Children, Fundația Principesa Margareta a României, Fundația pentru Parteneriat, sau CEE Trust (Trust for Civil Society in Central and Eastern Europe).

Asociația New Generation Impact din Brașov (www.newgenerationimpact.ro) are ca scop principal organizarea a diferite activități și evenimente pentru copii și tineri, și care funcționează pe baza strângerii anuale de fonduri. Unul dintre proiecte este un serviciu special de consiliere a tinerilor post-instituționalizați, și anume centrul de consultanță „Busola”. Printre serviciile oferite se numără sprijinirea traseului educațional, identificarea opțiunilor profesionale și evaluarea potențialului profesional, susținerea în vederea calificării profesionale, medierea pentru integrare și reintegrare profesională, monitorizarea după angajare, sau consultanța financiară.

În Municipiul București, un bun exemplu îl reprezintă Centrul cu Destinație Multifuncțională din Sectorul 6 al Capitalei, înființat în 2012, din care face parte Centrul de Consiliere și Sprijin pentru Tinerii în Situații de Risc adresat tinerilor aflați în situații de risc, în special cei care părăsesc sistemul de protecție a copilului. Dintre serviciile oferite fac parte: consilierea în vederea dezvoltării deprinderilor pentru o viață independentă, asigurarea unor măsuri de prevenire a excluziunii sociale, găzduire pe perioadă determinată, consiliere psihologică și juridică, orientare profesională, precum și desfășurarea unor campanii de informare a tinerilor din centrele de plasament și de sensibilizare a angajatorilor cu privire la facilitățile acordate prin lege la angajarea tinerilor aflați în situație de risc.

Proiectul interjudețean World Vision România, finanțat prin Fondul Social European prin POSDRU 2007-2013 Investește în Oamenii!, a avut, de asemenea, drept beneficiari, copiii și tinerii din categoriile sociale vulnerabile, inclusiv tinerii de peste 18 ani care părăsesc sistemul instituționalizat. Proiectul s-a desfășurat în 10 centre multifuncționale, atât în mediul urban cât și în mediul rural, în județele Vâlcea, Dolj, Cluj și Constanța. Activitățile au fost centrate către acordarea de sprijin acestor tineri în vederea integrării în societate și pe piața muncii, dar și către oferirea de training-uri specializate profesioniștilor care lucrează cu acești copii și tineri (asistenți sociali, asistenți comunitari, îngrijitori, etc.).

În final, un ultim exemplu de buna practică ne este oferit de Asociația Sfântul Stelian, o organizație cu o experiență îndelungată în domeniul ajutorării umanitare. În anul 2010, în județul Giurgiu, a fost implementat proiectul „Pe cont propriu – pregătire pentru viață a copiilor și tinerilor în abandon familial”, dedicat copiilor și adolescenților din centrele de plasament și centrele de tip familial. Obiectivele proiectului au constat în: stimularea abilităților de viață independentă, construirea unei rețele de parteneri din mediul public și din mediul privat, care să sprijine acești tineri în cadrul procesului de integrare socială, dar și creșterea nivelului de calificare profesională a personalului specializat. Dintre activitățile desfășurate, amintim: activități educaționale și recreative, consiliere, mediere, activități de dezvoltare profesională

Tinerii post-instituționalizați și antreprenoriatul social

Dificultățile în procesul de angajare reprezintă una dintre problemele cel mai des invocate, dintre cele cu care se confruntă tinerii post-instituționalizați. Cu toate acestea, una dintre cele mai bune soluții o reprezintă antreprenoriatul social, prin definiție centrat pe crearea de locuri de muncă destinate categoriilor defavorizate, și care este un domeniu care prezintă din ce în ce mai mult interes la nivel internațional. În legislația românească, noțiunea de economie socială este menționată pentru prima dată în 2002, în cadrul HG 829/2002, în legătura cu aprobarea Planului Național anti-sărăcie și promovarea incluziunii sociale. Baza noțiunii de economie socială constă în desfășurarea unor „activități economice care includ obiective de tip social” (MMFPS, 2010, p. 34), dar și crearea unor programe teritoriale menite să îmbunătățească infrastructura, condițiile de mediu sau calitatea vieții populației. Antreprenoriatul social oferă anual 14,5 milioane de locuri de muncă la nivel european (Stănescu S.M. et al, 2013, p.13). În România, însă, această formă de afacere este încă foarte nouă, insuficient reglementată juridic și susținută de instituțiile publice relevante.

Exemplele de entități corespunzătoare principiilor economiei sociale și reglementate juridic în România sunt acele întreprinderi și organizații care își asuma „un rol economic activ în procesul de incluziune socială, de exemplu cooperative, întreprinderi sociale, ONG-uri (fundații și asociații), și organizații nonprofit care au un rol important în activități de gestionare și consolidare.” (MMFPS, 2010, p.35). Alte exemple includ și casele de ajutor reciproc ale salariaților și pensionarilor, cooperativele de credit și societățile cooperative de gradul I (Stănescu S.M. *et al.*, 2013, p.14).

Studiul oferă câteva modele de întreprinderi sociale active la nivel local sau comunitar, atât din București cât și din țară (județele Bihor și Bacău). Întreprinderile sociale sunt constituite chiar în incinta instituțiilor de protecție a copilului (centre de plasament, case de tip familial), și, o dată ce acești copii ajung la vârsta majoratului, vor avea posibilitatea să învețe o meserie și să o practice în cadrul întreprinderi sociale respective. Printre domeniile de activitate ale întreprinderilor sociale se numără activitățile creative și artizanale (croitorie, tâmplărie, confecționarea de produse *hand-made*), producția de alimente, activități tehnice (atelier auto) sau comerciale (gestiunea unui magazin).

Concluzii

Asistența socială oferită tinerilor instituționalizați care au părăsit sistemul de protecție a copilului are ca scop principal pregătirea acestora pentru o viață adultă și independentă. Cele mai eficiente inițiative sunt derulate la nivel local, întrucât se desfășoară în contextul unei cunoașteri aprofundate al teritoriului, a populației locale și a nevoilor acestuia, fiind posibilă acordarea unei atenții crescute față de fiecare caz în parte.

Există două direcții principale în care trebuie acționat. Prima se referă la dezvoltarea abilităților de viață independentă, și la dezvoltarea tuturor deprinderilor legate de viața în afara instituției. Acești tineri trebuie să învețe să se îngrijească singuri, să administreze resursele materiale, și să dezvolte strategii de viață pe termen mediu și lung. În acest scop, este util și sprijinul psihologic acordat acestor tineri, asistentul social și psihologul ajutându-i să dezvolte calități precum încrederea în sine, moralitatea, ambiția, și capacitatea de discernământ în vederea evitării situațiilor și anturajelor periculoase.

După ce se intervine la acest nivel, se poate aborda cea de-a doua direcție de acțiune, și anume aspectul profesional, și, în consecință, cel material, de care depinde independența financiară a tânărului. Este importantă îndrumarea și sprijinirea acestuia către învățarea unei meserii sau către continuarea studiilor, dar mai ales către crearea sau găsirea unui

loc de muncă. Aici, un rol important îl poate avea antreprenoriatul social, dar și campaniile de comunicare socială care au ca obiectiv sensibilizarea angajatorilor cu privire la această categorie socială vulnerabilă.

Și, nu în ultimul rând, este recomandabil ca informațiile referitoare la situația acestor tineri și la demersurile efectuate pentru integrarea lor în societate să fie centralizate, actualizate permanent, și disponibile la nivelul surselor de informare ce aparțin instituțiilor publice. Astfel, se oferă și profesioniștilor din asistența socială posibilitatea de a învăța unii din experiența celorlalți, din diferitele exemple de bună practică desfășurate pe teritoriul întregii țări.

Bibliografie

Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale (2010), *Raport de cercetare privind economia socială în România din perspectivă europeană comparată*, Proiect finanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial de Dezvoltarea Resurselor Umane 2007 – 2013.

Muga, M. (coord.) 2005, *Studiu privind situația tinerilor care părăsesc sistemul de protecție a copilului*, Institutul Național de Cercetare Științifică în Domeniul Muncii și Protecției Sociale.

Stănescu, S. M. (coord.), 2013, *Modele de întreprinderi sociale pentru tineri peste 18 ani care părăsesc sistemul instituționalizat de protecția copilului*, Programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare

Zamfir, E., 2012, Asistența socială față în față cu societatea riscurilor din perspectiva politicilor sociale Europene, *Revista Calitatea Vieții*, anul XXIII, nr. 2, Editura Academiei Române.

Legislație și documente strategice:

Legea 116/2002 privind prevenirea și combaterea marginalizării sociale, publicată în Monitorul Oficial nr. 193 din 21 Martie 2002.

HG 829/2002 privind Aprobarea Planului Național Antisărăcie și promovarea incluziunii sociale, publicată în Monitorul Oficial Partea I, nr. 662 din 6 Septembrie 2002.

HG 1434/2004 privind atribuțiile regulamentului-cadru de organizare și funcționare ale Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului, publicată în Monitorul Oficial nr. 869 din 24 Septembrie 2004.

HG 669/2006 privind aprobarea Strategiei Naționale de incluziune socială a tinerilor care părăsesc sistemul de protecția copilului (2006-2008), publicată în Monitorul Oficial nr. 479 din 2 Iunie 2006.

Strategia Națională în Domeniul Protecției și promovării drepturilor copilului 2008 -2013: <http://www.copii.ro/Files/Strategia%20Nationala%20in%20domeniul%20protectiei%20dreptu.pdf>

Guvernul României (2011), Programul Național de Reformă 2011-2013, http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/nrp/nrp_romania_ro.pdf

Strategia Națională pentru Protecția și Promovarea Drepturilor Copilului 2014 – 2020, http://www.copii.ro/Files/2014-02-03_Anexa1_HG_Strategie_protectia_copilului.pdf

Strategia Națională în Domeniul Politicii de Tineret 2014 – 2020, <http://mts.ro/noutati/m-t-s-lanseaza-in-dezbatere-publica-strategia-nationala-pentru-tineret-2014-2020-2/>

Pagini web instituționale:

Asociația New Generation Impact: www.newgenerationimpact.ro

Asociația Sfântul Stelian: www.sfstelian.org

Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție:
www.copii.ro

Centrul de Resurse și Informare pentru Profesiuni Sociale din București, Proiectul
ACTIN: www.crips.ro/doc/cdpfactin.doc

Fundația COTE: www.fundatiacote.ro

Fundația pentru o Societate Deschisă: www.fundatia.ro

World Vision: <http://centrumultifunctional.worldvision.ro>

Grupul vulnerabil al familiilor cu copii din România 1989-2013¹

ADINA MIHĂILESCU

Dinamica politicilor sociale

Contextul socioeconomic actual al României ne conduce spre un adevăr destul de greu de acceptat, în care o mare parte a populației este lipsită de condiții decente de muncă și viață. Pentru a determina aceste condiții vom folosi ca metodă de cercetare, metoda normativă, ce identifică sărăcia și vulnerabilitatea unor persoane sau grupuri în raport cu standardele general acceptate în societate. Structura capitolului va cuprinde prezentarea modelului de consum la nivel minim decent, o analiză pe datele cercetării Diagnoza calității vieții (ICCV) și măsuri de politică economică și socială adoptate în intervalul de timp 1989-2013, pentru diminuarea situației de sărăcie în care se află persoanele asistate din fondurile publice.

Fenomenul sărăciei a fost și este prezent în toate tipurile de comunități umane și în toate timpurile. Diversele metode utilizate pentru măsurarea sărăciei pornesc de la definirea unei linii de demarcație între cei mai săraci și cei mai puțin săraci. Persoanele sau familiile care beneficiază de un standard de viață situat sub această linie de demarcație numită convențional **prag de sărăcie** sunt considerate sărace. Fenomenul sărăciei este real în orice societate și produce consecințe durabile în sfera dezvoltării umane.

În principiu, sărăcia combină trei mari probleme pentru individ și familia acestuia:

1. Un nivel de viață inferior unui **minim social acceptabil**, o diminuare a independenței individului în societatea din care face parte și incapacitatea sa de depășire a situației respective, moment în care statul trebuie să intervină prin politici publice pentru a ajuta individul și familia acestuia să iasă din situația respectivă.

¹ O versiune parte a acestui capitol a fost publicată în Mihăilescu, A. (2014). Minimum de trai, o constantă a activității de cercetare și Mihăilescu A. (2014) Minimumul de trai, opțiune de lucru în politicile sociale în Mihăilescu, A. (2014) Minimumul de trai: instrument în politicile sociale, București, Editura Academiei

2. Efectul neacoperirii minimumului de trai acceptat în societatea respectivă conduce la **excluderea socială** a acelor persoane, cu creșterea riscului de cădere în sărăcie.

3. Programele de protecției sociale trebuie să aibă în vedere nu numai populația situată sub pragul sărăciei ci și populația situată într-o zonă de precaritate, economică, sau **zona de risc socio-economic**, ce poate fi definită în mod legal. Pentru populația din zona de risc, pot fi elaborate măsuri de protecție socială cu caracter preventiv, pentru ca probabilitatea intrării acesteia în conul de umbră al sărăciei să scadă cât mai mult cu putință.

În timp ce societatea civilă românească așteaptă măsurile de combatere a sărăciei sau de atenuare a efectelor acesteia, instituțiile caută încă, strategia comună care să definească cine anume sunt săracii din România și câți sunt ei.

Politicienii ezită să accepte ca oficială oricare dintre estimările avansate separat de către experți, cei ce realizează prin mijloace specifice astfel de analize. Această atitudine face ca măsurile luate să nu fie resimțite de populație

Metoda normativă utilizată în ICCV

Indicatorii destul de des utilizați în descrierea amplitudinii și intensității sărăciei, pornesc de la venituri și consum. Veniturile realizate de diverse tipuri de consumatori: persoană, familie, gospodărie în raport cu consumul reflectă puterea reală de cumpărare a bunurilor și serviciilor de pe piață.

În Institutul de Cercetare a Calității Vieții (ICCV) se folosește ca metodă de determinare a sărăciei și amploarea acesteia, metoda normativă. Ea pornește de la consumul populației și se bazează pe norme apreciate de specialiști privind dezvoltarea și manifestarea persoanei și familiei acesteia. În cadrul ICCV s-au calculat două minimuri folosind această metodă: **minimul decent** și de **subzistență**. Pentru a putea compara necesarul de consum pe membrii de familie se folosește scala de echivalență sau consumul pe adult echivalent. Calculul de consum pe adult echivalent pornește de la necesitățile primului adult activ din gospodărie, care capătă valoarea 1; continuă cu cel de-al doilea adult din gospodărie, se presupune soția capului gospodăriei, care are un consum de 0,9 din necesarul primului adult, adică al soțului. Cheltuielile pentru primul copil reprezintă 0,7 din cheltuielile primului adult din gospodărie, adică tatăl copilului. Cel de-al doilea copil consum 0,5 din consumul tatălui său, primul adult din gospodărie. În total scala de echivalență pentru familia de doi adulți activi cu doi copii în întreținere este de 3,1 (1+0,9+0,7+0,5).

Metodologia prin care se ajunge la acest necesar minim aparține cercetătorului care ține seama de recomandările specialiștilor nutriționiști, în ceea ce privește partea alimentară, de nevoile de îmbrăcăminte și încălțăminte ale adultului și copilului în funcție de sexul persoanei și de anotimp, de cheltuielile medii declarate de populație la întreținerea locuințelor, de nevoile școlare ale copiilor din familie, de întreținerea sănătății tuturor membrilor din familie, de participarea acestora la diferite evenimente din familie sau din afara acesteia, de deplasarea familiei cu copiii o dată pe an, în timpul vacanței școlare de vară spre o destinație de odihnă, etc.

Starea de sănătate a individului este în strânsă legătură cu mediul înconjurător. Impactul factorilor de mediu asupra stării de sănătate a populației, factorii de risc sau de protecție pentru sănătate; modalitățile de evaluare și prevenire a riscului asupra stării de sănătate determinat de factorii de mediu abiotici (aerul, apa, solul, locuința) și biotici (alimentele); evaluarea stării de sănătate și a influenței mediului în perioada copilăriei și adolescenței; promovarea unui stil de viață sănătos țin de știința medicală profilactică numită igienă. Fiecare organism necesită un minimum de calorii zilnic pentru a funcționa într-un mod echilibrat și a preveni îmbolnăvirea. Chiar dacă unele persoane pot supraviețui fără probleme cu 1.200 de calorii pe zi, o medie de circa 2.000 de calorii zilnic ar satisface necesarul energetic, fără riscuri de îmbolnăvire. Nutriționiștii susțin că necesarul de hrană care se învâрте în jurul valorii de 2.000 de calorii este ideală, dacă ții cont și de ceea ce mănânci și de efortul fizic sau intelectual pe care îl faci.

În opinia nutriționiștilor americani, care se confruntă cu o mare problemă în societatea lor – obezitatea și persoanele supraponderale – o femeie adultă care nu depune eforturi fizice deosebite are nevoie de numai 1200-1600 de calorii/zi pentru a-și menține greutatea optimă și pentru a-și păstra sănătatea. La fel stau lucrurile și în cazul bărbaților sedentari, cu un necesar caloric de 1600-2400 de calorii/zi (Deihl, H. Ludington, A. 2005, pp.75-76).

Norma minimă de alimente pe care este bine să o consume un adult activ, care lucrează în condiții obișnuite, adică un efort fizic și psihic mediu de lucru este stabilită la 2.700 de calorii/zi de Institutul de Igienă și Sănătate Publică din București și cuprinde la produse alimentare: carne și derivate din carne, lapte și derivate din lapte, grăsimi de origine vegetală și animală, legume, fructe, zahăr și dulciuri.

Institutul Național de Statistică prezenta următoarele valori ale consumului caloric, pentru populația României, în Anuarul Statistic din 2013. Ceea ce se constată este că populația României are un consum caloric și de factori nutritivi peste minimul de 2.700 considerat minim necesar de

nutriționiștii de la Institutul de Igienă și Sănătate Publică plasându-se la limita superioară a consumului caloric, adică peste 3.200 calorii/zi. Putem constata totuși că acest consum mediu zilnic pe locuitor, pe parcursul intervalului de timp 2006-2012, a cunoscut o scădere spre finalul intervalului atingând valoarea de 3.283 calorii/zi (a se vedea tabelul de mai jos).

Tabel 1. Consum alimentar mediu zilnic exprimat în calorii și factori nutritivi pe locuitor

- medii zilnice pe o persoană -

Calorii/Ani	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Număr	3455	3393	3455	3450	3400	3390	3283	2.403

Sursa: I.N.S., Tab.4.26/p.200, Anuarul Statistic 2013, București, 2014

(2006-2012). Pentru anul 2013 sursa este

http://economie.hotnews.ro/stiri-finante_banci-17767334-cinci-locuri-care-cautam-cresterea-degeaba-economica-din-anul-trecut.htm

Pentru mediul rural se ia în calcul și autoconsumul care include: lactate (lapte, telemea, iaurt, unt), carne de porc, vită și pui, untura și ouă, legume, rădăcinoase, fructe obținute din gospodăriile țărănești. Evaluarea autoconsumului s-a realizat cu prețurile lunii respective în care se face evaluarea coșului, ca medie a prețurilor țărănești din țară. Prețurile sunt furnizate și calculate de Institutul Național de Statistică în buletinele informative lunare. Produsele nealimentare includ îmbrăcăminte, încălțăminte, articole de uz gospodăresc, rechizitele școlare și alte articole de papetărie, medicamente. Serviciile cuprind cheltuieli cu transportul, serviciile culturale, de igienă personală, de reparare și întreținere a obiectelor de îmbrăcăminte și încălțăminte ale adulților și copiilor.

Pentru calculul necesarului de consum pentru o familie a mai fost prevăzut un procent de 10% din calculul final al coșului de consum, pentru un fond de economii pentru situații neprevăzute.

URBAN**Tabel 2. Structura coșului de consum corespunzător minimului de trai decent și de subsistență pentru familia de doi salariați cu doi copii în întreținere, în luna decembrie 2013**

Nr. crt.	Specificație	Minim decent	Minim de subsistență
		Pentru o familie de doi salariați cu doi copii	Pentru o familie de doi salariați cu doi copii
		% și valoare în lei	% și valoare în lei
1	Alimente	48,0 – 1.106,0	52,7 – 984,4
2	Îmbrăcăminte	6,6 – 152,0	5,5 – 102,7
3	Dotarea locuinței	3,4 – 78,3	3,1 – 57,9
4	Transport	7,7 – 177,4	9,4 – 175,5
5	Servicii culturale	2,6 – 59,9	3,1 – 58,0
6	Igienă personală	3,1 – 71,4	3,8 – 70,9
7	Servicii de reparații și întreținere îmbrăcăminte/ încălțăminte	0,7 – 16,1	0,9 – 16,8
8	Cheltuieli cu locuința*	17,5 – 403,2	19,8 – 370,0
9	Cheltuieli cu medicamente**	1,4 – 32,3	1,7 – 31,8
10	Fond de siguranță	9,0 – 207,4	0
Total		100,0 – 2.304 lei	100,0 – 1.868 lei

* La capitolul cheltuieli cu locuința au fost incluse și cheltuielile de poștă și telecomunicații, respectiv cheltuieli cu articolele de papetărie.

** La capitolul cheltuieli cu medicamente au fost introduse valorile INS referitoare la cheltuielile medii lunare pe gospodărie cu medicamente de uz uman – Tab.28/p.66 Cheltuieli pentru cumpărarea de mărfuri nealimentare, pe categorii de gospodărie, în trim. III 2009, Veniturile și consumul populației trim. III 2009, INS, București, 2010.

Tabel 3. Valoarea coșului de consum pe persoană în mediul urban

Total în lei la familia de doi adulți cu doi copii în întreținere	Scala de echivalență 3,1	2.304 lei	Scala de echivalență 3,1	1.868 lei
Costul primului adult activ	1	743 lei	1	603 lei
Costul celui de-al doilea adult activ	0,9	669 lei	0,9	542 lei
Costul primului copil	0,7	520 lei	0,7	422 lei
Costul celui de-al doilea copil	0,5	372 lei	0,5	301 lei

RURAL**Tabel 4. Structura coșului de consum corespunzător minimului de trai decent și de subzistență pentru o familie de agricultori cu doi copii în întreținere, din mediul rural, în luna decembrie 2013**

Nr. crt.	Specificație	Minim decent	Minim de subzistență
		Pentru o familie de doi salariați cu doi copii	Pentru o familie de doi salariați cu doi copii
		% și valoare în lei	% și valoare în lei
1	Total consum alimentar, din care:	48,0 - 891,4	65,8 - 1.067,3
	- alimente cumpărate	17,6 - 326,8	19,1 - 309,8
	- alimente din autoconsum	30,4 - 564,5	46,7 - 757,5
2	Îmbrăcăminte	6,6 - 122,6	2,1 - 34,1
3	Dotarea locuinței	3,4 - 63,1	2,1 - 34,1
4	Transport	7,7 - 143,0	9,4 - 152,5
5	Servicii culturale	2,6 - 48,3	1,9 - 30,8
6	Igienă personală	3,1 - 57,5	3,8 - 61,6
7	Servicii de reparații și întreținere îmbrăcăminte/încălțăminte	0,7 - 13,0	0,9 - 14,6
8	Cheltuieli cu locuința*	17,5 - 325,0	12,3 - 199,5
9	Cheltuieli cu medicamente**	1,4 - 26,0	1,7 - 27,5
10	Fond de siguranță	9,0 - 167,1	0
Total		100,0 - 1.857 lei	100,0 - 1.622 lei

* La capitolul cheltuieli cu locuința au fost incluse și cheltuielile de poștă și telecomunicații, respectiv cheltuieli cu articolele de papetărie.

** La capitolul cheltuieli cu medicamente au fost introduse valorile INS referitoare la cheltuielile medii lunare pe gospodărie cu medicamente de uz uman - Tab. 28/p. 66 Cheltuieli pentru cumpărarea de mărfuri nealimentare, pe categorii de gospodărie, în trim. III 2009, Veniturile și consumul populației trim. III 2009, INS, București, 2010.

Sursa: Datele INS au fost culese din Buletinul Veniturile și consumul populației, trim. I/2010, tab.14/p. 41.

Tabel 5. Valoarea coșului de consum pe persoană în mediul rural

Total în lei la familia de doi adulți cu doi copii în întreținere	Scala de echivalență 3,1	1.857 lei	Scala de echivalență 3,1	1.622 lei
Costul primului adult activ	1	599 lei	1	523 lei
Costul celui de-al doilea adult activ	0,9	539 lei	0,9	471 lei
Costul primului copil	0,7	419 lei	0,7	366 lei
Costul celui de-al doilea copil	0,5	300 lei	0,5	262 lei

Capitol esențial în existența oamenilor, consumul necesită o analiză amănunțită așa cum rezultă din datele Institutului Național de Statistică (INS) sau din cercetarea ICCV, „Diagnoza calității vieții”.

Conform **datelor furnizate de INS** privind categoriile socio-ocupaționale ale României, cele mai afectate de sărăcie, au fost: în decila 1 de venit, s-au situat de regulă, familiile de șomeri și cele de agricultori; pentru următoarele decile 2, 3, 4 s-au plasat familiile de șomeri, agricultori și pensionari, care trăiesc dintr-o singură pensie medie de asigurări sociale sau dintr-una sau două pensii minime garantate (pensia minimă socială s-a acordat începând cu anul 2010). La jumătatea scalei de evaluare a veniturilor pornind de la segmentul sărac spre cei bogați se plasează familiile de pensionari, dar și cele de salariați care trăiesc din salariul minim pe economie. Decilele 6 și 7 ale scalei de autoevaluare a bunăstării populației României se găsesc familiile de pensionari, care trăiesc din două pensii de asigurări sociale de stat, dar și salariații plătiți peste nivelul salariului minim pe economie. Ultimele decile de venit adică 8, 9 și 10, respectiv persoanele sau familiile, care constituie pătura bogată a societății românești sunt salariații plătiți la nivelul și peste nivelul salariului mediu pe economie, liberii profesioniști, patronii, persoanele specializate pe piața muncii care lucrează în corporații internaționale, bănci, societăți de asigurări, alți specialiști care lucrează la nivel de vârf, în cadrul unor societăți recunoscute pe plan național sau internațional.

Trebuie spus că veniturile populației din România au resimțit efectele crizei financiare internaționale, începută în anul 2010 când, veniturile totale ale gospodăriilor au scăzut față de anii anteriori. Reduceri mai mari au suportat veniturile agricultorilor, o parte din veniturile pensionarilor, dar și cele ale șomerilor.

Minimul de trai analizat în datele INS și programul de cercetare „Diagnoza Calității Vieții” din ICCV

Și din datele Cercetării **Diagnoza Calității Vieții** populația își **autoevaluează veniturile în raport cu consumul** la modul următor:

Tabel 6. Estimarea veniturilor populației în raport cu necesitățile

Cum estimați veniturile totale ale familiei dvs. în raport cu necesitățile ?	Răspunsuri la un eșantion de 1161 persoane (%)
1. Nu ne ajung nici pentru strictul necesar	30,6
2. Ne ajung numai pentru strictul necesar	33,8
3. Ne ajung pentru un trai decent, dar nu ne permitem ceva mai scump	25,7
4. Reușim să cumpărăm și unele obiecte mai scumpe, dar cu efort	9,5
5. Reușim să avem tot ce ne trebuie, fără prea mari eforturi	0,5
Total	100,0

Sursa: Prelucrări pe baza de date **Diagnoza calității vieții 2010**,
coord. prof. univ. dr. Mărginean I. și Precupețu I.

Luând în calcul veniturile ce se pot obține într-o gospodărie, așa cum au fost ele declarate de intervievații cercetării de teren **Diagnoza Calității Vieții**: salarii, pensii, alocații ale copiilor, burse ale studenților, alte surse de venit provenite din fondurile de protecție socială sau pensii alimentare la care s-au adăugat contravaloarea în lei a autoconsumului și contravaloarea în bani a reparațiilor, bunurile produse în jurul casei de către membrii familiilor cu care au avut loc discuțiile și care evident se constituie ca economii la bugetul familial ne conduc la următoarele concluzii privind poziționarea gospodăriilor din eșantion pe scala bunăstării de la sărac notată cu 1 spre bogat notată cu 10. Cele mai multe familii se concentrează la mijlocul scalei. 90% din acestea ocupă notele de la 2 la 7. Chiar mijlocul scalei, adică valoarea 5, plasează 31% din familii, adică o treime din întregul grup concentrat la mijloc.

Tabel 7. În orice societate, unii oameni se consideră bogați, alții se consideră săraci. Având în vedere numerotarea de la 1 la 10, dvs. unde vă situați?

Scala de la 1 la 10	Număr de răspunsuri	Procente
1 – sărac	63	5,4
2	106	9,1
3	161	13,9
4	202	17,4
5	361	31,1
6	132	11,4
7	84	7,2
8	42	3,6
9	3	0,3
10 – bogat	5	0,4
Total	1159	100

Sursa: Prelucrări pe baza de date Diagnoza calității vieții 2010, coord. prof. univ. dr. Mărginean I. și Precupețu I.

Acoperirea produselor de strictă necesitate constituie o problemă pentru mai mult de jumătate din respondenții eșantionului de diagnoză a calității vieții, în anul 2010. Pe prima poziție unde nici strictul necesar nu este acoperit cu veniturile gospodăriei sunt cuprinse aproape o treime din gospodăriile 30,6%. Cealaltă treime este poziționată la al doilea nivel, în care gospodăriile își acoperă doar strictul necesar cu veniturile obținute. Practic **65% din aceste familii trăiesc la nivel de supraviețuire, adică trăiesc în sărăcie**. Plasarea pe nivelul trei al scalei de evaluare, acolo unde se ajunge la un **traid decent minim**, fără a putea cumpăra și obiecte mai scumpe se află **un sfert din familiile cuprinse în studiu (25,7%)**. Ultimele două niveluri de trai, care nu mai ridică **niciun fel de obstacol în achiziționarea produselor** de pe piață pentru gospodăriile sunt poziționate doar **10% din gospodăriile eșantionului**.

În cadrul ICCV se calculează lunar coșul de consum al populației pe număr de membri din gospodărie, medii de rezidență, statut socio-ocupational al capului de gospodărie. Valoarea coșului de consum pentru familia de doi salariați cu doi copii în întreținere din mediul urban era în decembrie 2013 de 2304 lei, la familia de pensionari de 1431 lei, iar în rural pentru agricultorii cu copii în întreținere valoarea coșului era de 1857 lei, iar la doi vârstnici de 1366 lei. Teoretic, el reflectă, ceea ce se consideră de către specialiști absolut necesar consumului: alimente, îmbrăcăminte,

încălțăminte, locuință, sănătate, educație, cultură, recreere etc. și la fel de importantă partea de afirmare și integrare socială a individului.

La capitolul consum în cercetarea Diagnoza calității vieții s-au avut în vedere: cheltuielile alimentare necesare existenței; cheltuielile cu băutura și țigările, cheltuielile cu îmbrăcămintea și încălțăminte, cheltuielile cu întreținerea locuinței, transportul, sănătatea, partea de educație, cultură în care includem cumpărarea de cărți, caiete, rechizite, articole de papetărie, ziare, reviste etc. Sumele cheltuite sunt extrem de mici după cum declară respondenții, fiind necesare cam încă pe atât din sumele declarate, pentru acoperirea nevoilor la capitolul respectiv; cam în aceeași termeni cu capitolul mai sus menționat putem discuta despre alte cheltuieli lunare necesare: zugrăvit, reparații casă, mașină, concediu de odihnă, etc. La gospodăriile țărănești autoconsumul acoperă o mare parte din consumul intern al gospodăriei, ceea ce rămâne pentru piață fiind prea puțin sau inexistent.

Prezentăm pentru anul 2010, luna iunie, coșul de consum pe cele mai importante tipuri de familii și pe medii de rezidență, iar pentru comparabilitate tot la nivelul lunii iunie 2010 atașăm câștigul salarial mediu net lunar calculat de INS și pe cel rezultat din datele cercetării Diagnoza calității vieții.

Tabel 8. Câștigul salarial mediu net lunar pentru luna iunie 2010

Iunie 2010						
Minim de trai (1)	De- cent (2)	Subzis- tență (3)	Decent (4)	Subzis- tență (5)	Câștigul salarial lunar al respond. (E=1161 pers.) (6)	Câștigul salarial mediu net lunar pe activ. ec. (7)
Statut ocupațional	Urban		Rural		ICCV 2010	I.N.S.
1 salariat (agricultor)	638	519	515	450	1.453 (1.017)	1.391 (1.024)
2 salariați (agricultori)	1.212	985	979	855	2.906 (2.034)	2.782 (2.048)
2 salariați (agricultori) cu 1 copil	1.658	1.350	1.341	1.170	2.948 (2.076)	2.824 (2.090)
2 salariați (agricultori) cu 2 copii	1.977	1.610	1.599	1.392	2.990 (2.118)	2.866 (2.132)

Iunie 2010						
Minim de trai (1)	De- cent (2)	Subzis- tență (3)	Decent (4)	Subzis- tență (5)	Câștigul salarial lunar al respond. (E=1161 pers.) (6)	Câștigul salarial mediu net lunar pe activ. ec. (7)
2 salariați (agricultori) cu 3 copii	2.327	1.869	1.856	1.620	3.032 (2.160)	2.908 (2.174)
2 pensionari (vârștnici rural)	1.232	988	1.177	905	1.512 (756 lei pensia medie pe eșantion)	1.576 (614)

Notă:

Coloanele 2-5 ale tabelului sunt rezultatul calculelor minimurilor de trai decent și de subzistență, efectuate în cadrul ICCV, pentru luna iunie 2010, prin metoda normativă.

Coloana 6 reprezintă prelucrări efectuate pe baza de date Diagnoza calității vieții iunie 2010, coord. prof. univ. dr. Mărginean I și Precupețu I.

Coloana 7 reprezintă Tab. 4.8 / p. 148, „Câștigul salarial nominal mediu brut și net lunar, pe activități ale economiei naționale și pe sexe”, din Anuarul Statistic al României 2011, INS, București.

Măsuri de politică economică și socială luate în intervalul 1989-2013

În cele ce urmează vom vedea cum diferite fluctuații ale prețurilor de pe piață la bunuri și servicii a perturbat evoluția consumului la aceste familii vulnerabile. Eliminarea subvențiilor bugetare (octombrie 1990-martie 1991), introducerea TVA, modificarea cursului de schimb valutar au condus în martie 1991 la o creștere a prețurilor de consum (cu 26,5% în aprilie și cu 144,5% în iunie 1991, față de octombrie 1990) la produse alimentare de bază (pâine, ulei, carne, pește, conserve din fructe, zahăr), la produse nealimentare (medicamente, săpun și detergenți, articole pentru copii, cărți și rechizite școlare) și cu aproximativ 80% la acea parte a bunurilor și serviciilor de consum care nu au fost considerate de strictă necesitate, ceea ce a declanșat o scădere a puterii de cumpărare a veniturilor la familiile cu copii.

În iulie 1991 scad prețurile la produsele de sezon: legume, cartofi, ouă dar cresc la mărfurile nealimentare cu 21,3 % (articole de îmbrăcăminte și încălțăminte, articolelor chimice, articole de igienă, cosmetică,

medicamente) și la servicii cu 28,2% (materiale de construcție și produse culturale). Pentru a păstra un raport suportabil venituri/prețuri în perioada aprilie-iunie 1991 s-au acordat compensații salariaților, într-un cuantum de 2875 lei lunar brut (2100 lei net) și suma alocațiilor pentru doi copii a crescut cu 44,7 % față de octombrie.

În mai-august 1992 o nouă măsură de creștere a veniturile (cu 65% față de octombrie 1991) pentru ca populația să facă față la creșterile de prețuri. S-au indexat salariile în noiembrie 1992 (cu 20% salariile de bază din unitățile finanțate de la bugetul public național) și s-au compensat în medie pe salariat la 9.000 lei brut.

În octombrie 1992, față de aceeași lună a anului 1990, se înregistrează o creștere de aproape 2,5 ori a prețurilor față de salarii. Și alocația pentru copii cunoaște o scăzută putere de cumpărare între anii 1992-1996.

În 1993 are loc o adevărată explozie a prețurilor. Ca urmare a eliminării în întregime a subvențiilor, indicele prețurilor crește de peste 4 ori, cu mult față de indicele salariului real care a înregistrat o creștere doar de 3,3 ori, ceea ce a impus ca măsură de protecție socială acordarea unei compensații de 10.160 lei brut lunar la salariu, începând cu luna aprilie.

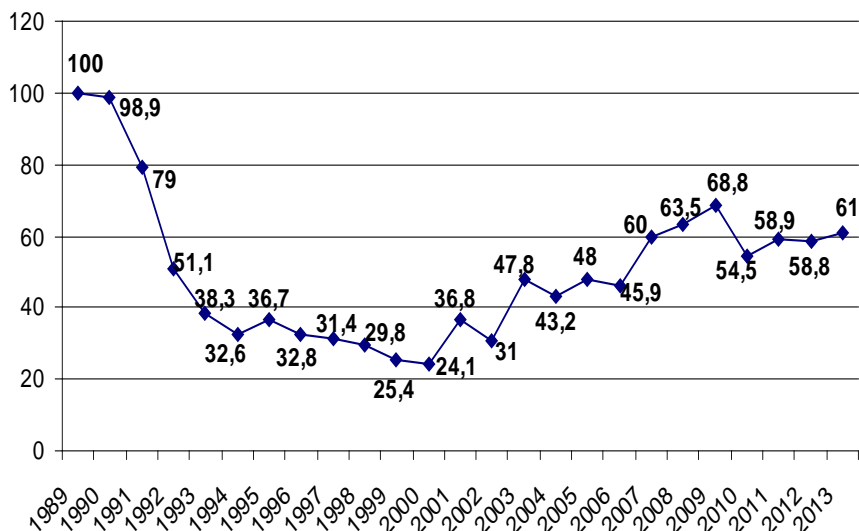
În octombrie 1994 cresc cu prețurile la produsele alimentare de origine vegetală și animală. Ca urmare s-au indexat salariile în trei etape: cu 24.800 lei lunar brut prin H.G. nr. 34/1994; cu 19.350 lei lunar brut prin H.G. nr.177/1994; cu 10.100 lei lunar brut prin H.G. nr. 443/1994.

În octombrie 1995 au avut loc creșteri mari de prețuri în principal la unele produse alimentare (legume, fructe, ulei comestibil, făină, ouă, zahăr, tutun, medicamente), la unele servicii (îngrijire medicală, salubritate, consum de apă, transport, consum de combustibil) dar și la produse de uz casnic (mobilă și frigidere).

În 1998 și 1999 situația se deteriorează și mai mult, ca urmare a scumpirii prețului la carburanți, energie electrică, metru cub de apă caldă și rece, ceea ce afectează veniturile reale la nivelul întregii societăți românești. Alocația pentru copii cunoaște o nouă scădere reală în 2000.

Valoarea reală a **salariului minim pe economie** a avut în tot intervalul de timp studiat 1990-2013 o tendință de scădere, atingând un nivel maxim în anii 1999 și 2000 (scădere cu 74,2% și respectiv 75,6%), ca urmare a creșterii prețurilor la carburanți, energie și apă menționați mai sus. În intervalul de timp 1999-2000, puterea de cumpărare a unui salariu minim era la un sfert din ceea ce se putea cumpăra în anul de bază, 1989. Situația se mai îmbunătățește începând cu anul 2005, ca apoi, spre sfârșitul intervalului de analiză, puterea de cumpărare a acestuia să rămână aproape constantă la valoarea de 60%.

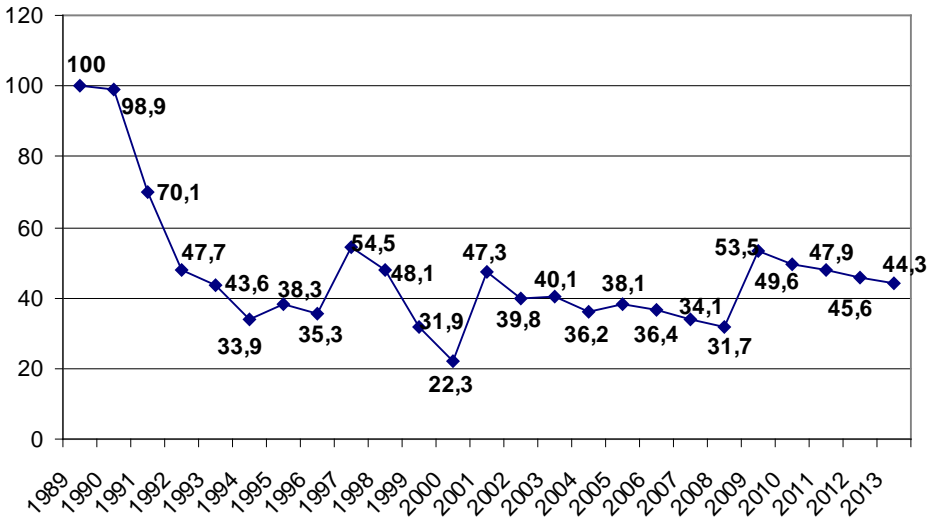
Grafic 1. Dinamica salariului minim real, în perioada octombrie 1989-2013 (1989=100%)



Sursa de date: Mihăilescu Adina, *Minimul de trai instrument în politicile sociale*, Editura Academiei Române, București, 2014, p. 62.

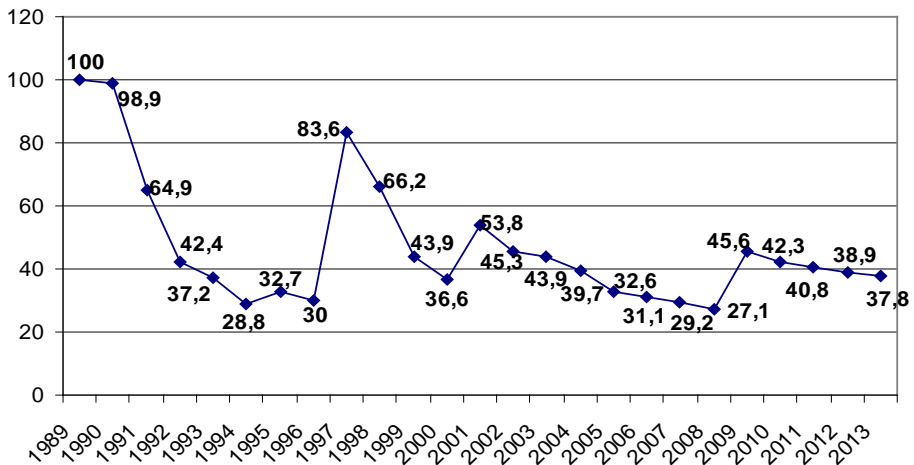
După anul 1989, inflația în continuă creștere a determinat și diminuarea puterii de cumpărare a **alocației de stat pentru copii**. Anii, în care alocația copiilor a cunoscut cea mai scăzută putere de cumpărare au fost: 1992 – 1996, apoi perioada 1999-2008; cea mai accentuată scădere întâlnindu-se în 2000 (22,6% la alocația primului și 37,1% la alocația celui de-al doilea copil); schimbările pozitive din 1997 și 1998 au fost rezultatul majorării alocației la 50.000 lei (de la 12.500 lei) în februarie 1997 și al acordării alocației suplimentare pentru copiii de rangul 2 la 4. Începând cu 2009 se produce o nouă majorare a alocației copiilor, de la 24 la 42 de lei pentru primul și al doilea copil ș.a.m.d. aspect ce a dus la mărirea cu circa 50% a puterii de cumpărare în ultimii ani a acestui venit, față de 1989.

Grafic 2. Dinamica alocației reale pentru primul copil, octombrie 1989-2013



Sursa de date: Mihăilescu Adina, *Minimul de trai instrument în politicile sociale*, Editura Academiei Române, București, 2014, p. 64.

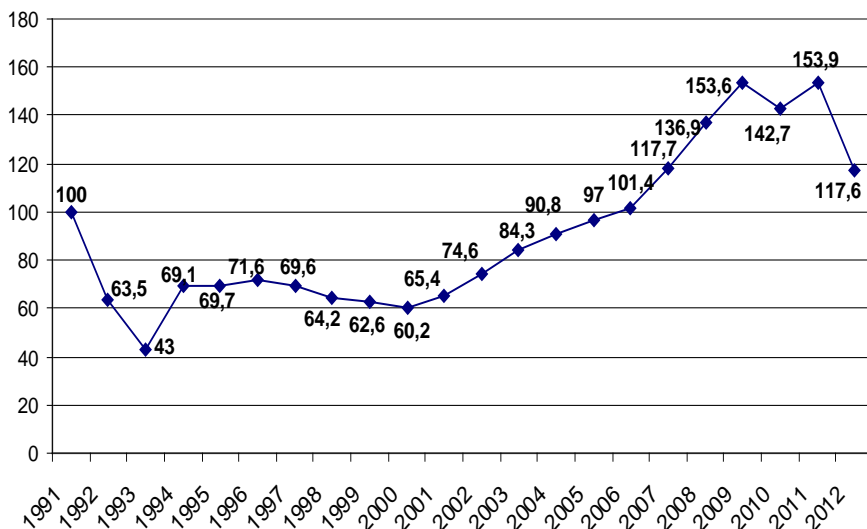
Grafic 3. Dinamica alocației reale pentru al doilea copil, octombrie 1989-2013



Sursa de date: Mihăilescu Adina, *Minimul de trai instrument în politicile sociale*, Editura Academiei Române, București, 2014, p. 65.

Anul 1991 marchează acordarea ajutorului de șomaj în țara noastră. Creșterea numărului lor a condus la degradarea condițiilor de existență pentru multe familii de salariați, unde unul sau ambii întreținători au rămas fără locuri de muncă. În cele ce urmează vedem evoluția reală a indemnizației de șomaj, ca suport pentru familiile nevoiașe.

Grafic 4. Dinamica reală a indemnizației de șomaj, în perioada octombrie 1991-2012



Sursa de date: Mihăilescu Adina, *Minimul de trai instrument în politicile sociale*, Editura Academiei Române, București, 2014, p. 67.

În România, măsurile de politică socială, orientate spre grupurile vulnerabile de populație, aflate în risc de cădere în sărăcie sau chiar în sărăcie reală, au fost puțin sesizabile. Distribuția și redistribuirea unor fonduri insuficiente către categoriile sociale dezavantajate, aflate într-un proces de extindere îngrijorătoare, nu pot să ofere decât soluții temporare nu să schimbe situația, în sens pozitiv.

Din studiile efectuate în Institutul de Cercetare a Calității Vieții asupra condițiilor de viață din România, poziția cea mai delicată o dețin familiile care au copii în întreținere și mai ales cele cu mai mult de doi copii și familiile monoparentale cu doi copii, cu atât mai mult cele cu și mai mulți copii. Fiecare copil în plus, aflat în grija unei familii, prin nevoile sale proprii poate agrava situația generală a familiei. La venitul general al familiei, copiii contribuie cu o sumă mică, alocația pentru copii.

Dacă se ia în considerare alocația de bază aceasta reprezenta:

- 65.000 de lei, în octombrie 1999, circa 5,8% din minimumul de trai decent al unui școlar;
- 42 de lei, în octombrie 2000 reprezenta 9% din minimumul decent al unui școlar;
- 42 de lei, în octombrie 2013 reprezenta 8% din necesarul minim decent al unui copil de vârstă școlară.

Alocația pentru copii raportată la salariul mediu net pe economia națională reprezenta: mai puțin de 5,6% în 2001; 1,8% în 2008; 2,9% în 2011; 2,6% în 2013.

Nu ne mirăm că aceste familii se descurcă din ce în ce mai greu, o dată cu adăugarea celui de al doilea sau al treilea, ș.a.m.d. copil. Pentru copii au fost adoptate unele măsuri de politică socială, cu începere din 1993 (vezi paragraful II), pentru toți copiii până la vârsta de 16 (respectiv 18 ani), indiferent de statutul socio-profesional și de volumul veniturilor susținătorilor. Copiii de vârstă școlară au putut beneficia de această alocație dacă frecventau cursurile unei școli. Acordarea, cu începere din ultimul trimestru al anului 1997, a alocației suplimentare pentru cel de-al doilea până la cel de-al patrulea copil, ca și mărimea acestei alocații a putut fi diferențiată, după rangul copiilor. Generalizarea alocației a reprezentat soluția de eliminare a discriminărilor, principiu prevăzut atât în documentele organismelor internaționale, cât și în Constituția țării noastre.

Concluziile diverselor anchete sociologice efectuate de colective din ICCV arată că, în multe cazuri, motivul principal al renunțării la pregătirea școlară a copiilor din familiile nevoiașe îl reprezintă lipsa de posibilități materiale și în principal de venituri. Pentru aceste familii, în special în cazul când părinții au un grad scăzut de instruire, primirea alocației de stat, atâta cât a fost și este aceasta, nu reprezintă un stimulent pentru a da sau a susține pe copii la școală.

Salariul minim din diferite țări europene raportat la minimumul decent de trai din România

Având ca bază de raportare produsele și serviciile din coșul minim decent de trai calculat pe piața românească, ne propunem să analizăm puterea de cumpărare a salariilor minime din diferite țări europene pentru acoperirea acestui nivel de trai minim decent din România. Coșul de consum corespunzător unui minim decent de trai din România este transformat în euro, pentru comparabilitatea datelor în luna iulie 2013. Considerând că persoana salariată din țările europene trebuie să-și acopere capitolele

fundamentale de cheltuieli cu acest tip de venit, să vedem structura și valorile coșului de consum, la nivelul lunii iulie 2013, pentru salariul minim.

Tabel 9. Structura și valoarea coșului de consum corespunzător minimului de trai decent pentru un salariat, la nivelul lunii iulie 2013²

		MINIMUL DECENT DE TRAI	
Specificație		Pentru un adult activ pe piața muncii	
Nr. crt.		%	Valoarea coșului în lei (iulie 2013)
1	Alimente	17,7	249,4
2	Îmbrăcăminte/încălțăminte	1,7	23,7
3	Dotarea locuinței	1,3	18,5
4	Transport	2,0	28,9
5	Servicii culturale	1,0	14,1
6	Igienă personală	1,3	18,5
7	Servicii de reparații și întreținere îmbrăcăminte și încălțăminte	0,2	3,0
8	Cheltuieli cu locuința*	15,2	214,0
9	Cheltuieli cu medicamente	2,0	28,9
10	Chirie (150 Euro)	47,6	669,0
11	Fond de siguranță și economii	10	67
12	Total	100,0	1.409
Cursul de schimb Euro-leu BNR		-	4,4603
Valoare coș salariat în Euro		-	316

* La capitolul cheltuieli cu întreținerea și dotarea locuinței au fost incluse: cheltuielile de poștă și telecomunicații și articolele de papetărie.

Sursa de date: Mihăilescu Adina, Minimul de trai instrument în politicile sociale, Editura Academiei Române, București, 2014, p. 20.

La nivelul anului 2013, luna iulie, putem defini patru praguri de acoperire al minimului decent de viață și anume:

1. cel mai spectaculos grad de acoperire al minimului decent de trai din România l-au avut salariile minime din Belgia (4,8), Olanda (4,7), Irlanda (4,6), Franța (4,5 ori) și Marea Britanie de 4 ori.

² Mihăilescu Adina, „Coșul de consum al populației României”, Ed. Expert, Academia Română, București, 2012.

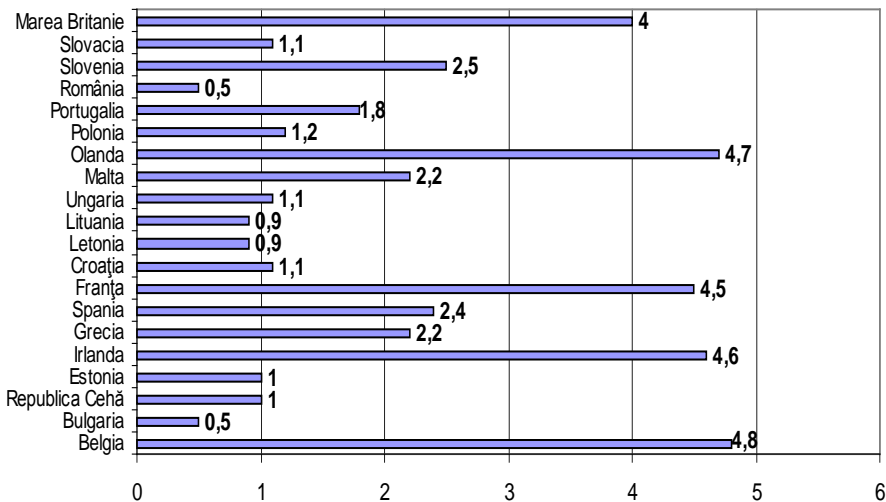
2. la jumătatea valorilor de pe prima treaptă a puterii de cumpărare din Europa se plasează Slovenia și Spania (2,5 și respectiv 2,4 ori).

3. la jumătate din a doua treaptă, chiar la nivelul minimului decent de trai calculat pentru o persoană activă de pe piața muncii se plasează salariul minim din Polonia (1,2), Croația, Ungaria și Slovacia (1,1), Republica Cehă, Estonia (1,0), Letonia și Lituania (0,9).

4. la jumătate din pragul trei se plasează salariul minim din România și Bulgaria.

Toate aceste trepte ale puterii de cumpărare, din țările descrise în acest tabel, reflectă practic potențialul economic și financiar pe care se plasează, la mijlocul anului trecut (2013), țări ale UE.

Grafic 5. Puterea de cumpărare a bunurilor și serviciilor de pe piață, cu un salariu minim pe economie, iulie 2013



Sursa: Datele Eurostat,

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Wages_and_labour_costs/ro, Bază de date: Earnings (t_earn), Minimum wages (tps00155) (în Euro); (SPC- Standardul Puterii de Cumpărare)³, 2013.

³ Eurostat, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Wages_and_labour_costs/ro, bază de date: Earnings (t_earn), Minimum wages (tps 00155), 2013.

Dinamica prestațiilor sociale

Pe parcursul perioadei de analiză 1990-2013 veniturile diferitelor familii cu copii beneficiare de ajutor din bugetul de asigurări sociale de stat (vezi legislația acordării ajutorului social) nu au putut ține pasul cu creșterile de prețuri la produsele și serviciile de pe piață. Acest lucru a determinat în timp o deteriorare a calității vieții familiilor cu copii în România.

Prezentăm cuantumulurile actuale pentru VMG după numărul de persoane (VMG) și alocația de susținere a familiei.

Tabel 10. Valoarea venitului minim garantat după numărul de persoane

VMG după număr de persoane Legea din 2004	1 per-soană	2 per-soane	3 per-soane	4 per-soane	5 per-soane	6 per-soane
În lei	125	225	315	390	465	496

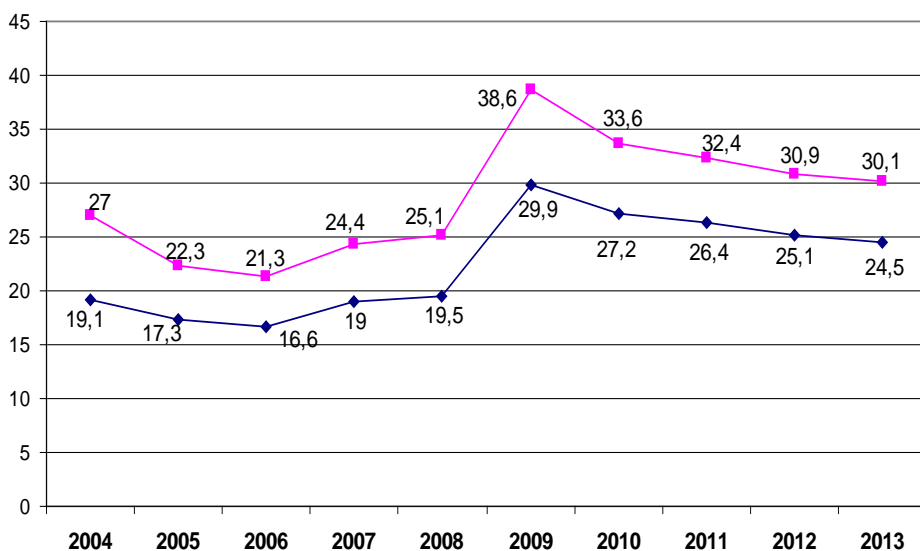
Tabel 11. Valoarea alocației de susținere a familiei

Legea 61/1993 privind alocația de stat pentru copii, republicată în 2012. ISR este indicatorul social de referință.	Familie					
		Prag venit	1 copil	2 copii	3 copii	4+ copii
Alocația de susținere a familiei						
Familie cu 2 părinți	Cuantum actual	<200 lei 201-370 Ron	30 25	60 50	90 75	120 100
Familie Monoparentală	Cuantum actual	<200 lei 201-370 Ron	50 45	100 90	150 135	200 180

Vom analiza în cele ce urmează dinamica consumului și veniturilor diferitelor familii cu copii aflate în risc crescut de sărăcie sau chiar în sărăcie cronică comparativ cu minimul de trai decent și minimul de subzistență calculate prin metoda normativă în cadrul Institutului de Cercetare a Calității Vieții. Valorile celor două minimuri pe medii de rezidență și structură de familie sunt prezentate în Anexa 2.

Familia monoparentală (un adult întreținător) cu 2 copii din mediul urban este una din acele familii ce se încadrează în legile de protecție socială. Dacă privim graficul pentru acest tip de familie și considerând că sumele la care s-ar califica ar fi VMG (VMG pentru 3 persoane, adult și doi copii) **acordat de stat plus alocațiile celor doi copii**, chiar și cu aceste venituri la care, cu greu, se poate încadra acest tip de familie, ea nu poate acoperi decât o treime din minimul de subzistență (MS), calculat prin metoda normativă în ICCV, un vârf atingându-se în anul 2009, de circa 39% din MS (Grafic 6).

Grafic 6. Dinamica raportului dintre VMG acordat pentru trei persoane și două alocații de copii la minimul decent de trai și minimul de subzistență pentru o familie de trei persoane, în urban, în perioada octombrie, anii 2004-2013



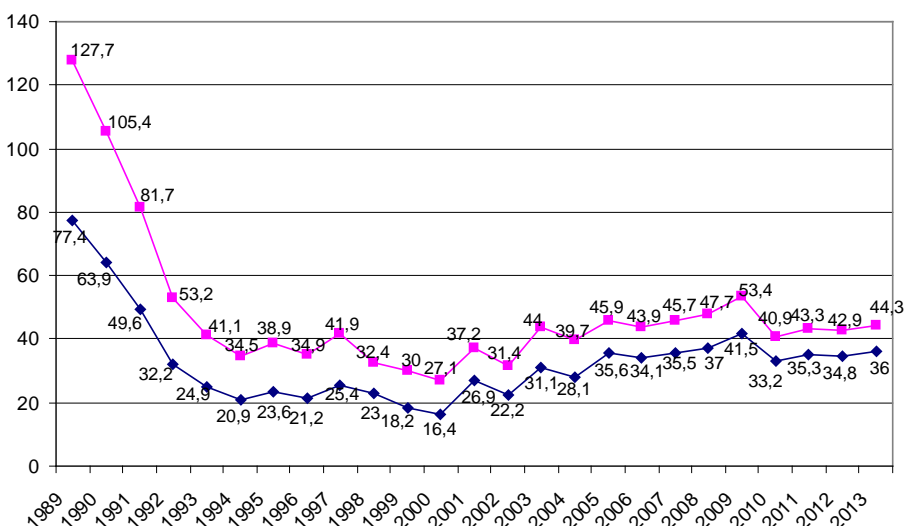
Legendă: - ◆ - VMG 3pers./ MD 3pers.; - ■ - VMG 3pers./ MS 3pers.

Sursa de date: Mihăilescu Adina, *Minimul de trai instrument în politicile sociale*, Editura Academiei Române, București, 2014, p. 31.

Situația este dramatică și în cazul analizei **unui salariu minim și două alocații de copil**, acest venit acoperind minimul de subzistență doar în anii 1989 și 1990, după care puterea reală de cumpărare a venitului acestui tip de familie nu a mai făcut față cheltuielilor necesare vieții. Sfârșitul

intervalului de analiză, anul 2013, plasa această familie pe un nivel de 44,3% din valoarea coșului corespunzător unui trai de subzistență și 36% din cel al unui trai decent (Grafic 7).

Grafic 7. Dinamica raportului dintre un salariu minim și două alocații de copii la minimum decent și de subzistență pentru o familie monoparentală cu doi copii în întreținere, în urban, în perioada octombrie, anii 1989-2013

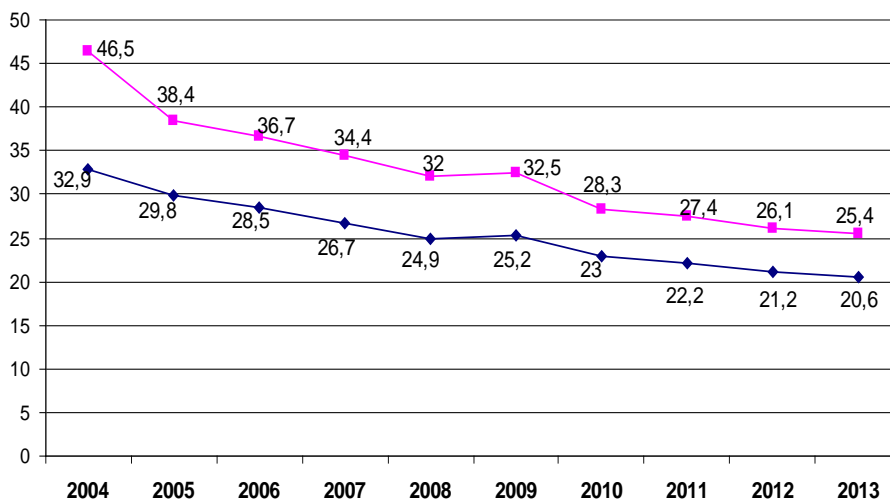


Legendă: - ◆ - Un salariu minim+două alocații copii./ MD 3pers.;
 - ■ - Un salariu minim+două alocații copii./ MS 3pers.

Sursa de date: Mihăilescu Adina, *Minimumul de trai instrument în politicile sociale*, Editura Academiei Române, București, 2014, p. 30.

Al doilea tip de familie pe care dorim să-l analizăm este **familia de doi adulți cu doi copii în întreținere** din urban. Această familie dacă dispune de un venit format dintr-un **venit minim garantat acordat pentru patru persoane** (VMG 4 persoane, doi adulți și doi copii) **plus două alocații de copii** se află încă într-o situație economică extrem de grea. Până și minimumul decent de trai care în 2004 era acoperit aproape pe jumătate începe să scadă cu fiecare an, până la sfârșitul analizei în 2013 ajunge să acopere doar un sfert din coșul de subzistență și o cincime din cel decent (Grafic 8).

Grafic 8. Dinamica raportului dintre VMG acordat pentru patru persoane și două alocații de copii la minimumul decent de trai și minimum de subzistență pentru o familie de patru persoane, în urban, în perioada octombrie, anii 2004-2013

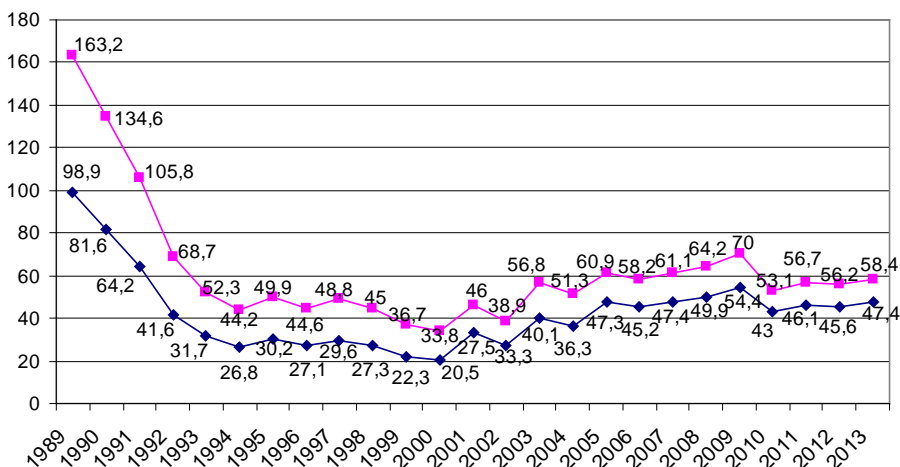


Legendă: - ◆ - VMG 4pers./ MD 4pers.; - ■ - VMG 4pers./ MS 4pers.

Sursa de date: Mihăilescu Adina, *Minimumul de trai instrument în politicile sociale*, Editura Academiei Române, București, 2014, p. 32.

Familia de doi adulți cu doi copii în întreținere din urban cu un venit format din **două salarii minime și două alocații de copii**, de-a lungul perioadei analizate 1989-2013 se află încă într-o situație economică extrem de grea. În ultimii ani, veniturile acestei familii au scăzut chiar și sub limita minimumului de subzistență începând cu anul 1992 (68,7%), continuând să scadă dramatic în 2002 (38,9%), iar în ceea ce privește minimumul decent, el a fost în dificultate de a fi acoperit cu acest venit încă din 1990 (81,6%), ajungând la 20%, o cincime, în 2000, continuând să se mențină la valori extrem de mici până la sfârșit. În anii terminali 2011-2013 venitul descris mai sus nu acoperea nici jumătate din minimumul decent de viață al anului de referință, 1989 (Grafic 9).

Grafic 9. Dinamica raportului dintre două salarii minime și două alocații de copii la minimumul decent de trai și minimumul de subzistență pentru o familie de patru persoane, în urban, în perioada octombrie, anii 1989-2013



Legendă: - ◆ - Două salarii minime+două alocații copii./ MD 4pers.;
 - ■ - Două salarii minime+două alocații copii./ MS 4pers.

Sursa de date: Mihăilescu Adina, *Minimumul de trai instrument în politicile sociale*, Editura Academiei Române, București, 2014, p. 33.

Concluzii

Problema acordării venitului minim garantat în unele țări europene, printre care și România, este greu de soluționat pe plan intern, unde bugetele de stat sunt limitate. În condițiile în care un sfert din populația UE se află sub riscul căderii în sărăcie devine imperativă acordarea unui venit minim la nivel european, ca instrument în lupta împotriva sărăciei și excluziunii sociale. Conform indicatorilor Eurostat ⁴ în 2012, 124,5 milioane de persoane – 24,8 % din populația celor 28 de state membre UE – se aflau sub risc de sărăcie sau de excluziune socială. În contextul crizei economice și al politicilor de austeritate, aceste cifre continuă să crească de la un an la altul. Ratele cele mai ridicate se

⁴ <http://www.sabincutas.ro/2014/01/avem-nevoie-de-un-venit-minim-garantat-la-nivel-european/>

înregistrează în Bulgaria (49,3%), România (41,7%) și Letonia (36,2%). Cum inegalitatea socială continuă să se adâncească, creând decalaje nu doar între statele membre, ci și între regiunile aceluiași stat, problema acordării venitului minim dintr-un fond european devine presantă pentru Executivul european.

Printre măsurile de prevenire a sărăciei și excluziunii sociale, încă din octombrie 2010, Parlamentul European a adoptat o rezoluție referitoare la rolul venitului minim în lupta împotriva sărăciei și a cerut Comisiei Europene să formuleze o astfel de propunere. De asemenea, Comitetului Economic și Social European a adoptat, în 10 decembrie 2013, un aviz prin intermediul căruia evidenția nevoia urgentă de garantare a unui venit minim corespunzător în UE. În contextul în care Carta drepturilor fundamentale a UE garantează respectarea și protejarea demnității umane (art.1) este posibil ca executivul european să analizeze posibilitatea de finanțare a unui venit minim, inclusiv prin crearea unui fond european în acest sens.

Guvernul României a discutat pe această temă cu FMI. Premierul Victor Ponta anunța: „Guvernul va majora cuantumul ajutoarelor sociale, începând cu 1 iulie 2013, pentru a compensa creșterea prețurilor la energie”. Se preciza că suma venitului minim garantat va crește în medie cu 13%, în două tranșe, iar alocația de susținere a familiei va fi majorată în medie cu 30%. În medie VMG a fost majorat cu 8,5% din luna iulie 2013 și cu 4,5% din ianuarie 2014. Efortul bugetar pentru aplicarea acestor creșteri, începând cu a doua parte a anului 2013, fiind de circa 200 milioane lei.

La începutul anului 2014, MMFPSPV a pus în dezbatere publică un proiect de ordonanță de urgență prin care propunea reglementarea măsurilor speciale destinate beneficiarilor de ajutor social și de alocație pentru susținerea familiei în vederea acoperirii cheltuielilor suplimentare determinate de eliminarea tarifului social la energie electrică și creșterea prețului la energie electrică și gaze naturale. Conform unor estimări realizate de experții Băncii Mondiale pe baza datelor existente la Autoritatea Națională de Reglementare în domeniul Energiei și a celor furnizate de INS, creșterea cheltuielilor cu energia electrică pentru categoriile vulnerabile se situează între 14 lei și 20 de lei, la care se adaugă o creștere medie de 3 lei a prețului la gazele naturale. Aceste ajutoare dacă se vor acorda, vor fi diferențiate în funcție de veniturile familiei sau persoanei singure după cum urmează:

- 23 de lei pentru beneficiarii ajutorului social și ai alocației pentru susținerea familiei care au venituri / membru de familie de până la 200 lei;

- 18 lei pentru beneficiarii alocației pentru susținerea familiei care au venituri / membru de familie cuprinse între 201 și 370 lei⁵.

Bibliografie

- Deihl H., Ludington, A., 2005, *Tablete de stil de viață*, Casa de Editură Viață și Sănătate, București.
- Gonțea I., 1975, *Alimentația rațională a omului modern*, Editura Didactică și Pedagogică, București.
- Mărginean I., Bălașa, A. (coord.), 2002, *Calitatea vieții în România*, Editura Expert, București.
- Mihăilescu A., 2001, *Nivelurile minime de trai în condițiile actuale în mediul urban*, revista *Calitatea Vieții* 1-2, Editura Academiei Române, București.
- Mihăilescu A., 2002, *Nivelurile minime de trai decent și de subzistență în România în mediul rural*, revista *Calitatea Vieții* 1-4, Editura Academiei Române, București.
- Mihăilescu A., 2004, *Minimul de trai și costurile sociale concepute operaționale în analiza calității vieții*, Editura A' 92, Polirom, Iași.
- Mihăilescu A., 2012, *Coșul de consum al populației României*, Editura Expert, București.
- Mincu I., 1975, *Alimentația rațională a omului sănătos*, Editura Medicală, București.
- Stanciu M.(coord.), Chiriac D., Humă C., Ilie S., Mihăilescu A., Neagu G., Urse L., 2010, *Consumul populației din România*, Editura Omnia UNI S.A.S.T., Brașov.
- Stanciu M., Mihăilescu A., 2011, *Starea sărăciei din România în context european*, Raportul social al ICCV nr. 4, București, 2011. «on-line» www.iccv.ro/node/277.
- Stanciu M., Mihăilescu A., 2011, *Consumption patterns and purchasing power* Revista *Calitatea Vieții* nr. 1-2, Editura Academiei Române, București.
- Stanciu M. (coord.), Mihăilescu A., Ilie S., Humă C., Chiriac D., 2012, *România în austeritate*, Editura Omnia Uni S.A.S.T., Brașov.
- Zamfir, Cătălin, (coord.), 1995, *Dimensiuni ale sărăciei*, Ed. Expert, București.
- Zamfir C., Ilie S., Stănescu I. (coord.), 2010, *Raportul social al ICCV După 20 de ani : Opțiuni pentru România*, Editura Academiei Române, București.
- Zamfir, C., (coord.), Ilie S., Stănescu I., Scutaru C., Zamfir E., Raport social al ICCV, 2011, *România: răspunsuri la criză*, Editura Academiei Române, București.
- Zamfir, E., (coord.), 2000, *Strategii antisărăcie și dezvoltare comunitară*, Editura Expert, București.
- Zamfir E., Zamfir C. (coord.), 1997, *Pentru o societate centrată pe copil*, Editura Alternative, București.

⁵ <http://www.mediafax.ro/social/ajutorul-suplimentar-pentru-curent-si-gaze-naturale-18-sau-23-lei-in-functie-de-venituri-proiect-10610218> – Ajutorul social pentru curent și gaze naturale, 18 sau 23 lei, în funcție de venituri – proiect

- http://economie.hotnews.ro/stiri-finante_banci-17767334-cinci-locuri-care-cautam-cresterea-degeaba-economica-din-anul-trecut.htm
- <http://www.sabincutas.ro/2014/01/avem-nevoie-de-un-venit-minim-garantat-la-nivel-european/>
- <http://www.mediafax.ro/social/venitul-minim-garantat-creste-cu-8-5-din-iulie-si-cu-4-5-din-2014-10868600>).
- http://epp.eurostat.ec.europa.eu//statistic_explained/index.php/Wages_and_labour_costs/ro, Bază de date: Earnings (t_earn), Minimum wages (tps00155) (în Euro); (SPC-Standardul Puterii de Cumpărare), 2013.
Eurostat,
- http://epp.eurostat.ec.europa.eu//statistic_explained/index.php/Wages_and_labour_costs/ro, Bază de date: Earnings (t_earn), Monthly earnings (earn_ses10_mo), Mean monthly earnings by sex, economic activity and collective pay agreement (earn_ses10_19), 2010.

Familia monoparentală grup social vulnerabil

LUMINIȚA IONESCU

Familia monoparentală – grup social vulnerabil

Prezentul capitol vizează explorarea modalităților de apariție a familiilor monoparentale, a transformărilor produse la nivelul funcțiilor familiale, a impactului acestora asupra copiilor, precum și prezentarea tipurilor de prestații și servicii care încearcă să le ofere suport.

Famiiliile monoparentale se situează printre categoriile vulnerabile pe considerentul că un singur părinte este nevoit să acorde îngrijire unuia sau mai multor copii. Vulnerabilitatea este legată de funcțiile : *economică* (asigurarea mijloacelor materiale și economice necesare satisfacerii necesităților și asigurării siguranței și bunăstării familiei), *pedagogico-educativă și morală* (care vizează socializarea și influențează major dezvoltarea personalității copiilor), și *de coeziune și solidaritate familială* (prin care copilul află ce este încrederea și siguranța familiei, sprijinul și protecția acesteia).

Familia monoparentală apare ca rezultat al divorțului, al separării, sau al decesului unuia dintre părinți. De asemenea acest tip de familie se consideră și în situația în care o anumită persoană decide să adopte sau să conceapă un copil, în circumstanțele în care nu are soț sau un partener stabil.

Totuși, divorțul este situația cea mai frecventă care alimentează categoria familiilor monoparentale. Relația conjugală care are la bază existența unor sentimente de afecțiune și respect față de partener, poate activa în mod corect rolurile și funcțiile familiei. Din acest punct de vedere, există două tipuri de familii: familii în care funcțiile și rolurile conjugale sunt asumate în mod eficient, unde există realizări, satisfacții și împliniri pe măsura așteptărilor, și familii în care rolurile și funcțiile conjugale sunt asumate și realizate precar: există neînțelegeri între parteneri, stări de tensiune, indiferență, relaționarea este deficitară iar echilibrul relațional este instabil. Aici pot să apară acte de violență, dezechilibre și probleme în socializare, atât la copii cât și la părinți. „Reușita maritală este dependentă în mare măsură de capacitatea partenerilor de a-și asuma rolurile conjugale, de a satisface aspirațiile și trebuințele specifice, de a armoniza și stabili unitatea grupului” (Voinea, M. 2007, p. 15). Conceptul de rol conjugal reprezintă „configurația de modele de conduită ale partenerilor maritali, ce asigură cadrul psihosocial al funcționării vieții de familie” (Ciupercă, C., 2003, p. 320). Rolul conjugal „se învață” prin observarea

și imitarea modelelor oferite de părinți sau de persoanele care s-au ocupat de creșterea și educarea copiilor. După încheierea căsătoriei, acestea pot suferi unele modificări în raport cu nevoile și cerințele noului nucleu familial.

Din punctul de vedere al structurii rolurilor, în cadrul familiei există familii complete formate din soț, soție și copii, și familii incomplete sau monoparentale, formate dintr-un părinte care are spre creștere și educare unul sau mai mulți copii. Familiile monoparentale pot apărea din mai multe situații: prin divorț (separarea definitivă a celor doi parteneri ajunși în situația de a nu se mai putea înțelege), decesul unuia dintre părinți, nașteri în afara căsătoriei sau adopția unui copil fără a fi căsătorit. Termenul de „familie monoparentală” a fost introdus în Franța de Andree Michel, sociolog feminist, în anul 1975. Aceasta s-a inspirat din experiențele familiilor americane, preluând și oferind termenul ca pe un model de „familie neregulată” mai accentuat negativ decât cel al parentalității refăcute” (Roudinesco, E., 2000).

Familii monoparentale au existat din cele mai vechi timpuri, disoluția familiei având cauze multiple, cum sunt: involuția relațiilor de afectivitate și respect reciproc, apariția dificultăților de natură economică, religioasă, diferența mare dintre mediile sociale din care provin partenerii, diferența dintre nivelurile educaționale ale acestora, „emanciparea economică a femeii” (Chipea, F. 2001, p. 281), care îi oferă independență în relația cu soțul, dându-i posibilitatea de a putea alege singură despărțirea dacă „mariajul nu mai merge” (*ibidem*), violența domestică, apariția unor probleme de sănătate (sterilitatea), diferențe mari în sistemele de valori), incapacitatea adaptării unuia dintre parteneri la noul statut. Imaturitatea partenerilor, și neputința lor de a reuși să se cunoască mai bine, în vederea continuării vieții de familie poate fi o altă cauză a disoluției familiei. Lisa Parkinson (*apud* Constantinescu, M., 2008, p. 89) mediator de familie și fondator de mediere de familie din Bristol, Marea Britanie, precizează, în explicarea acestui fenomen, așteptările cuplurilor care se căsătoresc de a obține prin căsătorie fericirea personală, spre deosebire de așteptările generațiilor precedente, care se mulțumeau cu dezvoltarea comportamentului satisfăcător al partenerului de stăpân al casei și întreținătorul familiei. Neîmplinirea fericirii mult așteptate a generației actuale dă naștere cu multă ușurință deziluziilor (Constantinescu, M. 2008, p. 89). „Sistemul marital întemeiat dominant pe nevoi expresive (suport emoțional, afecțiune, confort psihologic și sexual) și mai puțin pe nevoi instrumentale (creșterea copiilor, presiunile familiei extinse) conduce la o mai mare libertate de dizolvare oficială a cuplurilor carentate” (Iluț, P. 1995 *apud* Constantinescu, M. 2008, 89).

După cum consideră Mihăilescu Ioan (1999, 99), relațiile dintre parteneri evoluează continuu, fiind influențate de factori interni sau externi. Aceste influențe pot duce fie spre creșterea satisfacției și a realizării familiei, fie

spre diminuarea sentimentelor de dragoste, afectivitate și apariția unor tensiuni, conflicte, violență, care pot determina disoluția familiei. Tipul de familie monoparentală nu mai este judecat ca o „deviație a familiei”, ci este considerat o alternativă a tipului de familie clasic (Lazăr, G. 2005, 149). Această alternativă oferă membrilor familiei posibilitatea de a-și reevalua sentimentele, de a se echilibra psihoemoțional și de a decide singuri ce vor face mai departe.

Famiiliile pot avea statut temporar sau permanent de monoparentalitate. Cele care au statut temporar sunt tipurile de familii care își schimbă dinamica după un interval de timp: soț/soție divorțat(ă) care se recăsătorește, soț/soție văduv(ă) care se recăsătorește, soți separați în fapt care ajung să restabilească relația conjugală separați care se căsătoresc după apariția unui copil. Famiiliile monoparentale permanente sunt cele care nu-și schimbă statutul. În această situație fiind femei divorțate nerecăsătorite, femei văduve nerecăsătorite, femei separate în fapt de soți care nu se mai împacă, un părinte necăsătorit, având un copil nelegitim. Acest fenomen psihosocial modifică viața partenerilor și a copiilor acestora. În cazul în care partenerii s-au implicat sentimental în relație, ruptura provoacă mari dezamăgiri, pot apărea probleme psihologice, traume, care sunt direct proporționale cu intensitatea sentimentelor investite. Aspectul se complică în situația în care în familie există copii. Aceștia suferă în momentul despărțirii de unul dintre părinți, mai ales dacă este părintele de care copilul se simte mai atașat.

O problemă des întâlnită în rândul famiiliilor care se află în divorț o constituie lipsa unor explicații oferite copiilor, pentru ca aceștia să înțeleagă ce se întâmplă cu familia. Această carență a părinților poate genera apariția unor sentimente precum frustrările, culpabilizările, de respingere din partea părinților, de lipsă de iubire și afectivitate, fapt ce îi poate complexa pe unii copii, scăzându-le stima de sine, încrederea în ei, încrederea în valorile și protecția familiei. Dacă, după divorț, copiii țin legătura cu părintele care a părăsit familia și dacă acești copii primesc explicații pertinente în raport cu vârsta pe care o au, problemele psiho-comportamentale sunt mici. Aceștia se situează la un nivel comparativ cu copii din familii biparentale. Apariția și dezvoltarea unor efecte negative la copiii traumatizați de disoluția familiei sunt determinate de gradul de neînțelegere din familie, de lipsa acordării sprijinului din partea familiei lărgite, de nivelul educațional al părinților și de mediul social în care aceștia trăiesc. De asemenea, și vârsta copiilor prezintă o importanță deosebită la momentul divorțului. Cei de vârstă preșcolară sunt cel mai puternic afectați: devin mai neascultători, mai dependenți, mai agresivi și mai puțin afectuoși (Rădulescu 2001, *apud* Constantinescu, M., 2008, 96). Copiii cu vârste cuprinse între 6 și 8 ani sunt mult mai triști, prezintă sentimente de frustrare, confuzie și anxietate, unii dintre aceștia dorind să ia

legătura cu părintele plecat mai mult decât o făceau înainte (Constantinescu, M., 2008, 96). Adolescenții devin mai furioși, sunt triști și au un sentiment de neliniște permanent referitor la viitorul lor (Stănculescu, E., 1997, *apud* Constantinescu, M. 2008, 96).

Lisa Parkinson, după cum prezintă Maria Constantinescu (2008, 97), a reușit să intervieveze un număr de 100 de copii, tineri și adulți cu vârste cuprinse între 6 și 57 de ani, care au fost de acord să vorbească despre experiența trăită de ei în momentul divorțului părinților lor. Astfel, din totalul subiecților, 17% au spus că le-a adus o oarecare ușurare, 26% simțeau că divorțul i-a afectat foarte tare, iar 32% spuneau că au suportat consecințe amestecate, ... Cea mai rea consecință a fost că se simțeau frământați de proasta comunicare” (Constantinescu, M., 2008, 97). Conform concluziilor autoarei, aproape toți suferiseră tulburări emoționale în perioada divorțului părinților.

Din experiențele unor terapeuți familiali (Montalvo și Halley), rezultă că, de multe ori, comportamentul copiilor nu este doar un răspuns individual la o situație, ci este și încercarea lor de a-i influența pe ceilalți membri ai familiei pentru a face față acelei situații copleșitoare (*ibidem*). „Strategiile de supraviețuire ale copiilor, în mare măsură inconștiente, pot fi o încercare disperată de a obține dragostea și securitatea de care au nevoie, de a-și păstra familia așa cum o cunosc și de a acorda părinților lor dragostea și sprijinul de care ei înșiși au foarte mare nevoie” (*ibidem*). În trecut se considera că acest tip de căsătorii nereușite este bine să se mențină doar pentru copii, neluându-se în considerație și efectele negative care pot apărea în familie, pe fondul existenței unor tensiuni, neînțelegeri, poate și a unor forme de agresivitate.

Familia monoparentală temporară sau permanentă, privită ca alternativă pozitivă la căsătoria nereușită (din diferite motive), poate ajuta la reechilibrarea membrilor ei din punct de vedere psihosocial și comportamental. „Creșterea divorțialității este doar una dintre dimensiunile transformării familiei nucleare și nu poate fi înțeleasă decât în ansamblul transformărilor care au avut loc. De remarcat că, în țările în care familia a suportat cele mai profunde transformări (în atitudinea față de căsătorie, în comportamentul nupțial, în fertilitate, în situația femeii în familie și în societate), divorțialitatea înregistrează cele mai ridicate niveluri” (Mihăilescu, I., 1999, 104). Tendința de a găsi o alternativă în rezolvarea problemelor apărute în familie se dezvoltă mult în ultimele decenii. Accelerarea procesului de disoluție a cuplurilor familiale s-a produs cu deosebire după anii 1960, așa cum rezultă din tabelul următor:

Tabel 1. Evoluția ratei divorțialității în câteva țări industrializate (divorțuri la 1000 femei căsătorite)

Țara	1960	1970	1980	1988
Statele Unite	9,2	14,9	22,6	20,7
Canada	1,8	6,3	10,8	12,6
Franța	2,9	3,3	6,3	8,4
Germania	3,6	5,1	6,1	8,8
Japonia	3,6	3,9	4,8	4,9
Suedia	5,0	6,8	4,9	11,4
Marea Britanie	2,0	4,7	12,0	12,3

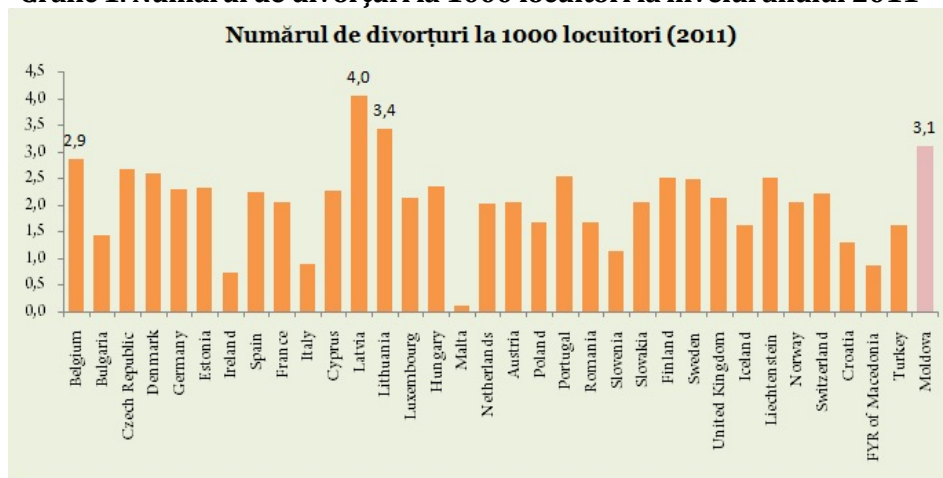
Sursa: Scanzoni J.,1995, *Contemporary families and relationships*, p. 283

Dintre țările industrializate menționate mai sus, rata divorțialității (divorțuri la 1000 femei căsătorite a înregistrat cea mai mare creștere în Statele Unite (11,5), urmate de Canada (10,8), Marea Britanie (10,3), Suedia (6,4), Franța (5,5), Germania (5,2), și Japonia (1,3).

Diferențele ratei divorțialității între țările menționate sugerează influența unei multitudini de factori sociali, culturali, economici asupra statutului familiei.

Alte date referitoare la rata divorțurilor au fost calculate pentru țările europene după cum sugerează graficul următor.

Grafic 1. Numărul de divorțuri la 1000 locuitori la nivelul anului 2011



Sursa: diez.md/2013/07/15/moldova-locul-3-in-europa-dupa-rata-divorțurilor/, accesat la data de 11.07.2014

Analizând numărul divorțurilor la mia de locuitori la nivelul anului 2011, conform datelor statistice prezentate mai sus rezultă că Letonia se situa pe primul loc cu o valoare de 4,, urmată în de aproape de Lituania pe locul doi cu o valoare de 3,4%, Moldova cu un nivel de 2,1%, Belgia cu o valoare de 2,9%, România fiind prezentată cu o valoare de 1,7%. Cea mai mică valoare a divorțurilor (unde va sub 0,5) a fost calculată pentru Malta.

Datele referitoare la rata divorțialității pot sugera efectele divorțului asupra dezvoltării copilului și vulnerabilitatea părintelui singur.

Copiii reprezintă valoarea, realizarea cea mai mare a familiei, împlinirea ei totală, precum și viitorul țării. Dar, în același timp, ei sunt cei mai expuși la situațiile de risc, izolare, neglijare, etichetare, marginalizare sau chiar excludere socială, deoarece nu știu și nu pot să se ajute pentru a se putea descurca singuri.

În literatura de specialitate (Mihăilescu, I., 1999, Iluț, P., 2005, Voinea, M., 2005, Chișea, F., 2001) sunt vizați factorii de risc cu care se confruntă familiile monoparentale: degradarea standardului de viață, apariția unor disfuncționalități în cadrul familiei, legate de insuficiența sau lipsa veniturilor, a timpului liber, incapacitatea membrilor familiei de a-și forma propriul sistem care să funcționeze. Aceste familii au nevoie de sprijin, informare și orientare pentru a reuși să se echilibreze din punct de vedere economic și social, să poată ajunge să se descurce singure.

Modul în care este înțeleasă familia monoparentală de unii membri ai societății transmite asupra acestui tip de familie, de multe ori, percepții sociale care etichetează negativ, afectând viața copiilor și a părinților acestora. „Consecințele divorțului asupra copilului sunt multiple și, de altfel, cel mai puternic resimțite. În societățile tradiționale se manifestă chiar tendința de *stigmatizare* a copilului ai cărui părinți sunt divorțați, tendință care este resimțită și trăită negativ *pe plan psihologic de copil și care va influența* comportamentul său psihomoral” consideră Floarea Chișea (2001, p. 289).

În funcție de valorile și principiile promovate de specificul cultural și susținute în context religios, membrii familiei se pot confrunta cu apariția complexelor de inferioritate, cu o vulnerabilitate care poate escalada și chiar cu marginalizare socială. Vârsta copiilor la momentul divorțului reprezintă un factor extrem de important și poate avea un impact major în raport cu echilibrul psihoemoțional al acestora. Prin preluarea majorității funcțiilor familiei de către un singur părinte (care poate exercita atât rolul matern cât și pe cel patern), modul de relaționare a acestuia cu copilul/copiii poate suferi o dinamică ce se răsfrânge în mod direct asupra formării personalității minorului.

Familia monoparentală se confruntă, în funcție de contextul economic, social și politic, cu o serie de factori care pot genera influențe sau premise negative în raport cu echilibrul psihologic, economic și relațional la nivelul membrilor care o alcătuiesc.

Psihologul Paul Bohannon (*apud* Chipea, F. 2001, p. 287) precizează șase dimensiuni ale „experienței” de divorț:

- *dimensiunea emoțională*, care se referă la deteriorarea relațiilor dintre parteneri și implicarea acestora în raporturile afective,
- *dimensiunea legală*, care constă în pronunțarea definitivă a disoluției familiei de către o instanță judecătorească,
- *dimensiunea economică*, ce constă în divizarea proprietății între parteneri, împărțirea bunurilor comune și stabilirea obligațiilor de plată a pensiei alimentare în favoarea copiilor,
- *dimensiunea parentală*, ce constă în încredințarea copiilor minori spre creștere și educare unui părinte și stabilirea dreptului celuilalt părinte asupra copiilor,
- *dimensiunea comunitară*, prin împărțirea comunității de prieteni și retragerea sau izolarea de comunitatea de rudenie a fostului soț, și
- *dimensiunea psihică*, reprezentând dobândirea autonomiei față de fostul partener.

În familia monoparentală rezultată prin divorțul părinților apar o serie de factori de risc la adresa funcțiilor familiei, care sunt asumate de singurul părinte. Exercitarea ambelor roluri parentale pune, de cele mai multe ori, părintele în cauză într-o mare criză de timp pentru a putea face față la toate obligațiile familiei. Apare lipsa de timp dedicată copiilor, a relaționării și educării, precum și problema asigurării resurselor pentru un trai decent. Astfel, *funcția economică* are de suferit din cauza limitării surselor veniturilor (singurul adult înseamnă o singură sursă de venit). În mod frecvent, sărăcia cu care se confruntă copiii din aceste familii poate duce, la apariția și intensificarea fenomenului de abandon școlar, care poate atrage după sine alte fenomene nedorite, cum ar fi analfabetismul, marginalizarea socială, delinvența juvenilă, sau chiar excluderea socială. În multe cazuri monoparentalitatea aduce după sine starea de sărăcie care odată instalată greu poate fi îndepărtată. *Funcția de socializare* este afectată și ea, deoarece părintele singur, preocupat permanent de responsabilitățile pe care le are față de copii și de gospodărie, nu mai are timp pentru a le arăta copiilor dragostea și afectivitatea pe care le-o poartă, nemaiavănd timp să realizeze actul unei socializări calde, firești în cadrul familiei și integrarea copiilor în societate (Voinea, M., 2005, p. 148). Din cauza lipsei de timp, părintele rămas singur devine indisponibil pentru nevoile copiilor. În aceste

condiții se manifestă lipsa de comunicare, închiderea în sine a copiilor și apar frustrările. Părintele singur nu mai reușește să le arate copiilor dragostea pe care le-o poartă, nu-i mai poate supraveghea suficient, nu le mai poate oferi protecția și sentimentul de siguranță de care au nevoie. „Efectele asupra copilului privat de afecțiunea și îngrijirea familiei sunt multiple. Acești copii se simt frustrați, marginalizați și, de multe ori, în școli, sunt *etichetați*. Efectele abandonului sunt foarte complexe, de multe ori greu de analizat din perspectiva ecuației clasice cauză-efect. Unul dintre efectele imediate și permanente este acela de privare sau deprivare, care acționează la nivelul tuturor structurilor psihice ale copilului abandonat. Putem vorbi de deprivare afectivă, senzorială, cognitivă, socială” (Dumitrescu, H., 2008, p. 133).

Dacă în familie a existat agresivitate verbală și violență fizică, iar părintele nu reușește să creeze climatul de siguranță (prin timp suficient pentru a arăta dragoste față de copii, căldura și liniștea necesare) aceștia rămân traumatizați, pot avea probleme psihologice și de relaționare, formându-și „modele greșite” despre viața de familie. Unicul părinte (mama/tatăl) are nevoie de suport pentru a minimiza potențialele efecte negative ale divorțului asupra copiilor, pentru a deveni conștient de reacțiile emoționale și comportamentale ale copiilor, pentru a putea să le vorbească deschis despre această despărțire fără a intensifica sentimentele de vinovăție sau fragmentare a sincerității, să rețină grijile și preocupările personale doar pentru sine, să nu le transmită și copiilor, pentru a nu-i încărca emoțional cu responsabilități nepotrivite vârstei lor (Mardare, E., 2010, p. 448).

De cele mai multe ori, „factorii de risc decurg în principal din situația profesională a părintelui singur, care determină nu numai nivelul venitului său, ci și vulnerabilitatea sa pe piața muncii în termeni de fragilitate, de dependență, de uzură psihologică etc.” (Stănculescu, E., 1997, p. 144). Reușita școlară, profesională și cea de viață a copilului care provine dintr-o familie monoparentală în urma divorțului părinților este condiționată în mod direct de nivelul educațional, cultural al familiei, de modul direct de implicare a părintelui prezent în creșterea, educarea și formarea viitorului copilului (*ibidem*).

În familia monoparentală, situația pare mai dificilă și dintr-un alt punct de vedere: în mod firesc, în familiile în care există ambii părinți, aceștia pot deține controlul asupra copilului (copiilor) direct sau indirect aproape în totalitate. Pot determina calitatea și cantitatea informațiilor cu care aceștia vin în contact, pot oferi modelele personale care să influențeze dezvoltarea atitudinilor copiilor. Astfel, părinții reprezintă prima sursă de informații și exemple pentru copii (socializarea primară), după care urmează sistemul

educațional prin intermediul grădiniței, școlii, mass-media (în special televiziune, internet), anturajul și mediul în care se hotărăsc să se stabilească la maturitate copiii. Toate aceste aspecte revin părintelui singur din familia respectivă.

Lisa Parkinson (1993, p. 58), în urma efectuării unor cercetări în Marea Britanie și în Statele Unite, menționează, în lucrarea „Separarea, divorțul și familia”, nevoia copiilor de a ști și de a simți că sunt iubiți și nu sunt abandonați de părinți, nevoia de explicații și informații referitoare la schimbările care au loc în viața lor, la dreptul pe care îl au de a se comunica cu ei, de a fi ascultați și, mai ales, de a nu fi responsabili pentru deciziile luate de părinții lor. Aceeași cercetare arată că „modul în care părinții despărțiți stăpânesc conflictul emoțional și restructurarea relațiilor de familie poate fi chiar mai important pentru sănătatea psihologică a copiilor și pentru rezultatele lor la învățatură decât sărăcia sau condițiile proaste de locuire” (Parkinson, L. 1993, 58). Aceste aspecte pot fi explicate, înțelese și soluționate, acolo unde există dezechilibre, prin intermediul cunoașterii și aplicării unor teorii.

Procesele complexe care au loc în cadrul familiilor monoparentale pot fi mai bine înțelese prin raportarea la diferite perspective teoretice, precum teoria învățării sociale, teoria comparării sociale, cea privind frustrarea-agresivitatea și teoria sinelui.

Data fiind situația de vulnerabilitate cu care se confruntă familiile monoparentale, societatea nu poate rămâne indiferentă, și instituie prin asistența socială diferite beneficii și servicii sociale menite să răspundă nevoilor lor specifice.

Conceptul de *asistență socială*, reprezintă „ansamblul de instituții, programe, măsuri, activități profesionalizate de protejare a unor *persoane*, grupuri, comunități *cu probleme sociale*, aflate temporar în dificultate, în criză și deci vulnerabile (Zamfir, E., 1993, p. 46). Prin aceste programe se urmărește promovarea schimbării în viața persoanelor aflate în dificultate și mobilizarea acestora spre rezolvarea propriilor probleme și a readaptării lor la viața socială care se află într-o continuă transformare. Scopul acestei activități îl reprezintă creșterea bunăstării sociale, reducerea sărăciei, dezvoltarea resurselor și prevenirea apariției neajunsurilor (Miley, K.K., 2006, p. 26). În acest sens, *serviciile de asistență socială* (care fac parte din sistemul de protecție socială), „au drept obiectiv menținerea, refacerea și dezvoltarea capacităților individuale pentru depășirea unei situații de nevoie, cronice sau de urgență, în cazul în care persoana sau familia este incapabilă să o soluționeze singură” (Buzducea, D., 2005, p. 61). Termenul de „nevoie” acoperă nevoile fiziologice, nevoile de securitate și protecție, nevoile sociale, nevoia de stimă și nevoia de autoîmplinire. Toate acestea

reprezentând condiții minime normale de viață, conform piramidei lui A. Maslow (*apud* Zamfir, E., 2006, p. 161). Prin funcțiile pe care le îndeplinesc – în cazul copiilor proveniți din familii monoparentale dar și al celorlalți copii care se confruntă cu greutăți materiale în cadrul familiei în care trăiesc, serviciile specializate din asistență socială trebuie să dea răspunsuri punctuale la nevoile lor: consiliere și adăpost pentru o perioadă limitată de timp, sprijin pentru reintegrare în societate. Dezvoltarea unui sistem de servicii publice care să vină în sprijinul familiilor monoparentale diminuează mult creșterea dificultăților acestora și se poate realiza doar dacă se află în strânsă legătură cu „alte tipuri de politici”, cum ar fi cele de factură economică, politicile de locuire, politicile destinate educației, inclusiv cele referitoare la forța de muncă și protecția categoriilor defavorizate pe piața muncii (Ștefan, C. 2001, p. 51).

Una din formele importante de sprijin o constituie alocația de susținere a familiei, de care beneficiază și familiile monoparentale. Conform prevederilor Legii 277/2010 privind alocația pentru susținerea familiei beneficiază de această alocație familiile ai căror membri sunt cetățeni români care locuiesc în România și care au venituri situate sub un anumit *quantum*.

Pentru obținerea acestui beneficiu reprezentantul familiei depune o cerere însoțită de actele doveditoare la consiliul local. Ulterior se efectuează o anchetă socială (după modelul prevăzut în normele metodologice de aplicare a legii) prin care se obțin date referitoare următoarele:

- date referitoare la solicitantul alocației (domiciliul, c.n.p., date de contact stare civilă, nivel de studii, dacă beneficiază de alte drepturi de asistență socială, situație profesională și altele)
- date referitoare la copii (c.n.p., vârstă, situație școlară, altele)
- starea locativă
- proprietăți (bunuri mobile și imobile)
- venituri și sursele acestora
- starea de sănătate a membrilor familiei
- nevoi speciale ale unor membri de familie.

În cuprinsul statisticilor publicate de Ministerul Muncii referitoare la Evoluția asistenței sociale în trim. I 2012¹, este prezentată situația alocațiilor pentru susținerea familiei. Acest beneficiu a fost instituit de Legea 277/2010 privind alocația pentru susținerea familiei și se adresează familiilor ce au în

¹ <http://www.mmuncii.ro/pub/imagemanager/images/file/Statistica/Buletin%20statistic/2012/Asist%20site%20trim%20I%202012.pdf>

Îngrijire copii și realizează venituri mai mici decât valoarea unui prag stabilit de lege. Articolul 6 din această lege stabilește modul de calcul al alocației de susținere a familiei monoparentale al cărei venit mediu lunar pe membru de familie se situează până la 0,40 ISR inclusiv (indicele social de referință, care reprezintă unitatea exprimată în lei la nivelul căreia se raportează beneficiile de asistență socială, suportate din bugetul de stat, acordate atât în vederea asigurării protecției persoanelor în cadrul sistemului de asistență socială, cât și în vederea stimulării persoanelor beneficiare ale sistemului de asistență socială, pentru a se încadra în muncă), după cum urmează:

Tabel 2. Modul de calcul al alocației de susținere a familiei monoparentale

Familie cu:	Coeficient ISR
1 copil	0,1
2 copii	0,2
3 copii	0,3
4 sau mai mulți copii	0,4

Sursa: adaptare după Legea nr.277/2010
privind alocația pentru susținerea familiei

Beneficiază de alocație familiile ai căror membri sunt cetățeni români care au domiciliul sau reședința în România, precum și cetățeni ai altor state ori apatrizi care au domiciliul sau, după caz, reședința în România, în condițiile legislației române.

Cuantumurile acesteia variază, în funcție de componența familiei și veniturile acesteia:

Tabel 3. Cuantumul alocației pentru susținerea familiei, în trimestrul I 2012

Componența familiei	Venitul net mediu lunar pe membru de familie	Cuantum lunar în funcție de numărul de copii			
		1 copil	2 copii	3 copii	4 sau mai mulți copii
Familie cu ambii părinți	mai mic de 200 lei	30	60	90	120
	între 201 și 370 lei	25	50	75	100
Familie monoparentală	mai mic de 200 lei	50	100	150	200
	între 201 și 370 lei	45	90	135	180

Sursa: www.mmuncii.ro/pub/imagemanager/images/file/Statistica/Buletin_Statistic/2012/asist_site_trim.1_2012.pdf

În trimestrul I 2012, în medie, 339.576 familii au primit lunar acest tip de alocație, suma totală plătită fiind de 60.193.439 lei. Regiunea de dezvoltare Nord-Est prezenta cel mai mare număr de familii beneficiare: (27,5% din numărul total de familii beneficiare la nivel național), datorită faptului că în județele componente locuiau un număr mare de beneficiari: Neamț (aproape 12.600), Suceava, Bacău, Iași și Vaslui (fiecare cu peste 16.200 beneficiari).

Pe baza componenței familiilor pentru care s-a stabilit dreptul la alocație în trimestrul I 2012 se poate estima numărul de copii care făceau parte din aceste familii. Se obține astfel un număr de 607.899 copii beneficiari; valorile cele mai mici ale acestui indicator fiind de 1.287 copii în Municipiul București, 3.422 copii în Ilfov și 4.314 copii în Tulcea, iar cele mai mari de 32.351 copii în Suceava, 33.851 copii în Iași, 34.089 copii în Bacău și 34.919 copii în Vaslui.

În cazul în care se raportează numărul estimat de copii beneficiari de alocație de susținere la cel de copii beneficiari de alocație de stat pentru copii, se obține un total de 15,7%. Cele mai multe familii beneficiare au fost formate din ambii părinți și copiii acestora: 81,7%. Familiile beneficiare compuse din doi părinți și copiii acestora, au avut următoarea distribuție:

- 36,2% au fost familii care aveau în întreținere un copil;
- 44,4% familii care aveau în întreținere doi copii;
- 12,9% familii care aveau în întreținere trei copii;
- 6,5% familii care aveau în întreținere patru sau mai mulți copii.

În mediul rural au domiciliat circa trei sferturi din familiile cu ambii părinți având unul sau mai mulți copii, beneficiare de alocație (78,1%).

Aproape o cincime (18,3%), respectiv 18556 familii din totalul celor beneficiare de alocație de susținere au **fast monoparentale**, așa cum se poate observa din tabelul următor:

Tabel 4. Distribuția familiilor monoparentale beneficiare de alocație de susținere, în funcție de numărul de copii, trimestrul I / 2012

Familii monoparentală,cu:	număr	%
1 copil	11932	64,3
2 copii	4769	25,7
3 copii	1280	6,9
4 sau mai mulți copii	575	3,1
Total	18556	100,0

Sursa: <http://www.mmuncii.ro/pub/imagemanager/images/file/Statistica/Buletin%20statistic/2012/Asist%20site%20trim%20I%202012.pdf>

Desigur, numărul acestor familii monoparentale este mult mai mic decât cel al totalului familiilor monoparentale, întrucât unele dintre acestea nu îndeplinesc condițiile de eligibilitate în raport cu acest tip de beneficiu de asistență socială. Distribuția numărului de familii monoparentale beneficiare în funcție de numărul de copii a fost următoarea: familiile cu un copil au reprezentat 64,3% din totalul beneficiarilor, familiile cu doi copii 25,7%, cele cu trei copii 6,9%, iar cele cu patru sau mai mulți copii 3,1%. Familiile cu un copil domiciliat în mediul rural aveau ponderea cea mai mare în totalul familiilor monoparentale beneficiare de alocație de susținere: 42,9%.

Cele mai multe familii monoparentale beneficiare au fost înregistrate în regiunea de dezvoltare Nord-Est (reprezentând 23,4% din totalul familiilor monoparentale beneficiare), acestea fiind de 15 ori mai multe decât cele din regiunea de dezvoltare București-Ilfov.

Ponderea familiilor monoparentale care locuiau în mediul rural în totalul familiilor monoparentale beneficiare de alocație de susținere a fost de 66,5%.

Familiile monoparentale având ca unic părinte tatăl (8.570) au reprezentat, în trimestrul I 2012 în medie lunară 14,3% din totalul familiilor monoparentale îndreptățite să primească alocația pentru susținerea familiei. Dintre acestea, locuiau în mediul rural 6.791 familii (79,2% din total) și în mediul urban 1.779 familii (20,8%). Majoritatea bărbaților beneficiari aveau unul sau doi copii (70,0%, respectiv 23,2%), ceea ce arată că familiile cu venituri mici care au ca unic părinte tatăl sunt mai puțin numeroase.

Restul de 85,7% din totalul familiilor monoparentale beneficiare de alocația de susținere aveau ca unic părinte mama, de unde rezultă tendința evidentă de feminizare a acestei categorii vulnerabile.

Familia monoparentală apare ca o structură socială distinctă cu caracteristici de care factorii de decizie politică și economică trebuie să țină seama în mod deosebit, având în vedere riscurile majore la care sunt expuși atât copiii cât și părinții acestora.

Bibliografie

- Chipea, F. 2001, *Familia contemporană – Tendințe globale și configurații locale*, București: Expert.
- Gheorghita L. 2005, *Rolul asistentului social în integrarea socioeducațională a copilului* în *Revista de Asistență Socială*, nr.1-2/2005, București: Polirom
- Chipea, F. 2001, *Familia contemporană – Tendințe globale și configurații locale*, București: Expert.

- Iluț, P. 2005, *Sociopsihologia și antropologia familiei*, București: Polirom.
- Lazăr G. 2005, *Rolul asistentului social în integrarea socio-educatională a copilului în Revista de Asistență Socială*, nr.1-2/2005, București: Polirom.
- Mihăilescu, I. 1999, *Familia în societățile europene*, București: Universităţii.
- Mihăilescu, I. 2003, *România și integrarea europeană*, București: ARS Docendi, pp.157, 158, 162,164, 165
- Milley, K. 2006, *Practica asistenței sociale*, București: Polirom.
- Preda, M. 2007, *Politica socială românească între sărăcie și globalizare*, București: Polirom, pp.15, 79, 80, 136
- Roudinescu, E. 2000, *Familia în dezordine*, București: Trei 2006.
- Stănciulescu, E. 2000, 1997, *Sociologia educației familiale*, Iași: Polirom, pp.25, 144, 145, 146
- Ștefan, C. 2006, *Familia monoparentală*, București: Polirom.
- Voinea, M. 2005, *Familia contemporană. Mica enciclopedie*, București: Focus.
- Zamfir, C. 2003, în *Dicționarul de politici sociale (coord. Luana Pop)*, București: Expert, p.102
- Zamfir, E. 1997, *Psihologie socială*, Iași: ANKAROM, p.78
- Dicționarul de sociologie, 2003, Oxford:Univers Enciclopedie, P.120, 402, 429

Efectele emigrării părinților în opinia adolescenților

IRINEL STEGAR

Unul dintre fenomenele care au însoțit perioadele de tranziție și post-tranziție ale dezvoltării societății românești în ultimii 25 de ani a fost cel a emigrării, efectele acestuia resimțindu-se tot mai puternic în ultima vreme. Concluziile cercetărilor realizate pe această temă reliefează modificări de comportament și atitudine a copiilor aflați în situația de a avea unul sau ambii părinți emigrați, sugerând considerarea lor ca fiind „în situație de risc” (www.fundatia.ro/efectele-migratiei-copii-ramasi-acasa-). O atenție specială ar trebui acordată acestui fenomen și datorită faptului că serviciile de asistență socială nu reușesc decât să monitorizeze problema, rezolvarea ei fiind lăsată la latitudinea, priceperea și disponibilitatea celor direct implicați, adică a părintelui rămas acasă, a altor membri din familie care se ocupă de copil sau a psihologului din unitatea de învățământ. Studiile de specialitate realizate în România în ultimii ani, referitoare la problema migrației au relevat și rezultate pozitive ale influenței occidentale asupra mentalităților și comportamentului celor care au avut aceste experiențe: „în același timp, efectele muncii în străinătate asupra membrilor familiilor migranților sunt semnificative chiar și în cazul normelor și valorilor fundamentale. Datele arată că a avea un părinte care a lucrat peste hotare sporește implicarea civică, încrederea socială și toleranța față de grupurile minoritare. Cu toate acestea, a avea părinți care lucrează în străinătate pare să aibă o influență negativă asupra performanței și aspirațiilor educaționale ale elevilor de liceu” (Bădescu G ș.a., 2009,, p 283). Dacă la vârste mai fragede copiii înțeleg doar că părintele e „plecat să muncească” și e măcinat de un sentiment firesc de dor, la adolescență intervin mai mulți factori, inclusiv necesitatea de a se descurca singuri în pregătirea școlară, de a suporta neajunsuri de care alții de vârsta lor nu au parte, toate acestea combinate nu de puține ori cu un sentiment de abandon din partea celor care sunt plecați. Oricare ar fi situația, este clar că acești copii sunt extrem de afectați, mai ales dacă anterior plecării părintelui climatul familial a fost unul normal, care le-a oferit siguranță și afecțiune.

Lucrarea de față își propune prezentarea și sumara analiză a uneia dintre consecințele „negative” ale acestui proces, referindu-se la problematica copiilor ai căror părinți au emigrat, aspect de care organismele abilitate ale statului se preocupă mai mult sub forma contabilizării lui decât a intervenției.

Aria și metodologia cercetării

Având în vedere toate acestea, cercetarea a pornit de la ipoteza conform căreia **statutul de copil cu părinte plecat la muncă în străinătate determină modificări de percepții și de relaționare cu cei din jur, stimulând sentimentele de insecuritate și de marginalizare socială**. Demersul nostru a încercat să lămurească câteva din aspectele tipice situației în care se află copiii cu părinți emigrați, pornind de la impactul lipsei climatului afectiv familial până la modul în care acești copii își percep statutul și șansele de dezvoltare ulterioară. Inițial am dorit să extindem cercetarea și asupra copiilor din ciclul gimnazial, datorită faptului că fiecare vârstă e grevată de problematica ei specifică, dar ne-am rezumat totuși la a-i chestiona doar pe elevii de liceu, apreciind că adolescența este nu numai o perioadă dificilă din viața fiecăruia ci și o perioadă în care trebuie să-și cristalizeze intențiile de viitor, să își exprime opțiunile referitoare la ceea ce vor să realizeze în continuare, după absolvirea studiilor liceale.

Cercetarea nu este una de mare anvergură, ea fiind limitată la cazurile de acest fel ale unui singur liceu, constituindu-se într-o anchetă pilot în vederea extinderii ulterioare asupra tuturor unităților de învățământ din zonă. Faza de teren a cercetării s-a desfășurat la Colegiul Tehnic „Dimitrie Leonida” din Petroșani, unde, în anul școlar 2013-2014 au fost înregistrați un număr de 65 de elevi ai căror părinți sunt emigrați. Am dorit să realizăm o cercetare de care să-i cuprindă pe toți acești elevi, dar, deși am avut concursul cadrelor didactice și al psihologului din cadrul acestei unități, am reușit doar chestionarea a 56 de subiecți, restul fiind imposibil de abordat în perioada în care s-a desfășurat cercetarea (mai-iunie 2014).

Din totalul elevilor aflați în această situație, doi au ambii părinți plecați în străinătate, iar în cazul a 17 dintre ei cel plecat este tatăl. Structura din punct de vedere al împărțirii pe clase la nivelul întregului lot de elevi cu părinți emigrați este prezentată în tabelul nr 1:

Tabel nr. 1. Situația elevilor de la Colegiul Tehnic „Dimitrie Leonida” cu părinți emigrați (împărțirea pe clase)

Clasa a IX-a	Clasa a X-a	Clasa a XI-a	Clasa a XII-a	TOTAL
14	11	28	12	65

Cei 56 de subiecți ai cercetării sunt împărțiți pe clase după cum urmează (tabel nr 2)

**Tabel nr. 2. Împărțirea pe clase
a subiecților**

Clasa a IX-a	Clasa a X-a	Clasa a XI-a	Clasa XII-a	Total
11	9	25	11	56

Din punct de vedere al sexului, 33 dintre subiecți sunt elevi de sex masculin.

Din cei 56 de elevi, doi au ambii părinți plecați din țară, aflându-se amândoi în grija bunicii, 14 au tatăl emigrat, restul de 40 mama. Exceptând cele două cazuri cu ambii părinți emigrați, chiar dacă unul din părinte este încă în țară, există situații în care copilul se află în grija altui membru al familiei din diverse motive (părinți divorțați, decedați sau care nu au timp să se ocupe de copil). Astfel, 25% dintre ei se află în grija mamei, 35 % a tatălui iar restul sunt supravegheați de către bunici.

Cercetarea a utilizat ca metodă ancheta sociologică indirectă, bazată pe aplicarea chestionarului autoadministrat, chestionarele fiind administrate, în cea mai mare parte a lor, în cadrul orelor de dirigință și nu numai, prin bunăvoința diriginților și a cadrelor didactice. Rata de recuperare a chestionarelor a fost de 100%, cei 9 elevi care mai existau în evidențele școlii în situația de a avea un părinte emigrat nu au frecventat cursurile în acea perioadă, deci nu a fost posibil să-i cuprindem în cercetare.

Analiza și interpretarea rezultatelor

Din convorbirile avute cu personalul didactic, nu de puține ori ne-au fost semnalate probleme în cazul multor dintre acești copii, atât referitoare la situația școlară cât și la aspectele de disciplină. Monitorizarea acestor cazuri se limitează doar la aspectele statistice, fiecare unitate de învățământ având obligația de a transmite Inspectoratului Școlar Județean situația cifrică a acestor copii. În rest nici măcar psihologul școlii nu poate interveni dacă cei în cauză nu solicită consiliere ori ajutor, iar colectivul didactic (în special diriginții) nu au timpul sau cunoștințele necesare pentru a se ocupa în mod special de acești copii.

În ceea ce privește motivația plecării în străinătate a părinților, majoritatea subiecților noștri convin că ea a fost una de tip material-financiar : 93 % dintre copii admit că părinții au plecat în vederea îmbunătățirii situației materiale ori din „dorința de a trăi altfel”, în timp ce 4% apreciază că tentația de a vizita alte țări a fost cauza, restul menționând probleme de sănătate și de tratament medical al părinților.

La momentul emigrării, doar 21% dintre părinți aveau loc de muncă în țară. Procentul relativ mare de părinți pensionați (16%) care au emigrat

se explică prin faptul că, din industria minieră se poate ieși la pensie la 45 de ani, (cu condiția de a avea 20 de ani lucrați în subteran), deci nu este vorba de pensionari înaintați în vârstă ci de oameni aflați încă în deplinătatea puterii de muncă. Peste o treime dintre părinții plecați (37,5%) se aflau în căutarea unui loc de muncă și un sfert au fost mame casnice.

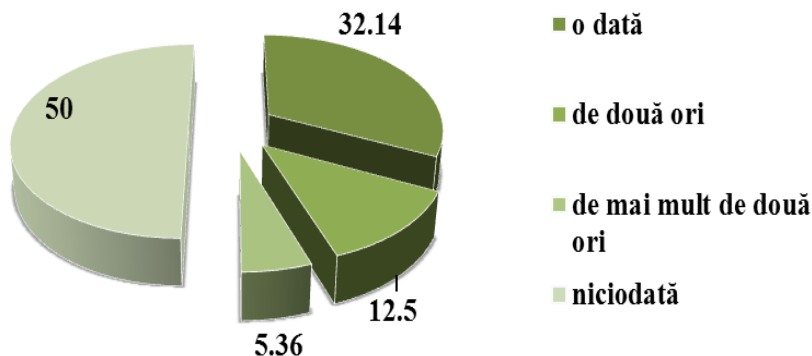
Efectele îndepărtării de părinte sunt proporționale cu perioada de lipsă a acestuia, motiv pentru care le-am cerut subiecților să aprecieze care este perioada trecută de la plecarea părintelui/părinților (tabel nr 3)

Tabel nr. 3. (%) Perioada trecută din momentul plecării părintelui

	sub 1 an	1-2 ani	2-3 ani	3-4 ani	peste 4 ani	Total
	12,50	19,65	41,07	16,07	10,71	56=100

Două treimi dintre elevii chestionați au părinții plecați de cel puțin doi ani, jumătate dintre ei neavând ocazia revederii lor în tot acest timp (figura nr 1).

Figura nr. 1. (%) De câte ori pe an se văd cu părintele plecat în străinătate



Lipsa unui părinte timp de unul, doi sau mai mulți ani, mai ales la vârsta adolescenței își pune cu siguranță amprenta asupra comportamentului copilului, cu atât mai mult dacă este vorba de mamă. Cu toate acestea, copiii lipsiți de grija părintească a cel puțin unuia dintre părinți le găsesc cu ușurință acestora motive valide pentru care revederea este atât de greu de realizat: 34% apreciază că părintele nu

poate lipsi de la muncă, un sfert acuză lipsa posibilităților financiare (costul drumului), 20% sunt de părere că părinții preferă să economisească banii pentru întoarcerea definitivă în țară, 16% acceptă ideea că părintele va rămâne în străinătate și revederea se va face acolo, în timp ce alți trei elevi au indicat „alt motiv” și au specificat „nu vor”, „nu le e dor”, „au uitat că au familie aici” ceea ce nu poate decât să contureze imaginea tristă a unui adolescent lipsit de susținere parentală într-o perioadă destul de dificilă a vieții sale, perioadă în care ar trebui să se cristalizeze sentimentele de siguranță și încredere în cei din jur, perioadă în care copilul are nevoie de îndrumare și sprijin acordate cu tact, de explicații și lămuriri privind propriile sale trăiri și așteptări.

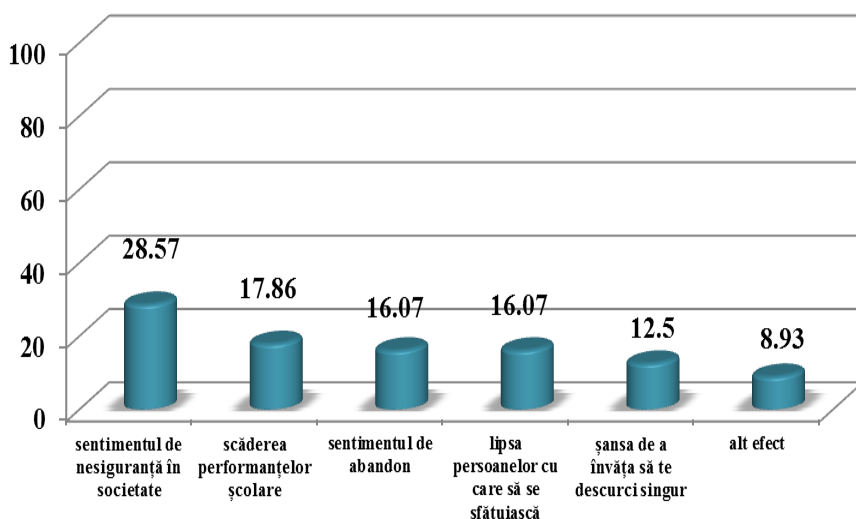
De cele mai multe ori, părintele rămas să aibă grijă de copil/copii are și restul problemelor pe cap, aceasta însemnând menținerea gospodăriei, eventual și a unui loc de muncă, ceea ce face ca timpul acordat copiilor să se diminueze. Cu atât mai problematică e situația când e vorba de un adolescent care, prin prisma trăsăturilor vârstei se simte neînțeleș de cei maturi, se revoltă ușor pe tot ceea ce nu-i convine ori nu înțelege, suferă de lipsă de atenție și afecțiuni, aspecte care pot degenera în comportamente neadecvate, deviante. Dacă marea majoritate a elevilor găesc scuze lipsei părinților (unele probabil reale), a auzi de la un adolescent ideea că mama/tatăl nu revine în țară pentru că „a uitat că are copil/familie” deconspiră și efectele pe care un asemenea dezinteres îl poate provoca copilului, adică pierderea încrederii în sine, manifestarea sentimentelor de frustrare pe căi nepotrivite, deviante, imixtiunea în anturaje rău famate, înclinația spre devianță (cu tot ceea ce presupune aceasta, alcoolism, consum de droguri, acte antisociale etc.).

Referitor la efectul lipsei părinților asupra lor, răspunsurile elevilor au acoperit o largă paletă de variante (fig. nr 2), aspectele considerate de noi ca având impact „negativ” deținând primele locuri în clasament: lipsa sprijinului moral, material, senzația de abandon, incapacitatea de a se descurca.

Aflați la vârsta adolescenței (caracterizată de dorința de independență) te-ai aștepta ca cei în cauză să se simtă mai în largul lor în lipsa părinților, și totuși mulți resimt o stare de insecuritate în societate ori de abandon datorită faptului că au familia dezagregată. Sentimentul de abandon este mai grav, deoarece el denotă în subsidiar un mai mare efort de a se descurca, mai puține șanse de a reuși, motiv pentru care se instalează starea de resemnare ori de răzvrătire împotriva acestei situații. La aceste două efecte îl putem adăuga și pe cel al lipsei persoanelor care să-i susțină moral, să le ofere sfatul ori ajutorul atunci când au nevoie, ceea ce relevă faptul că adolescenții resimt totuși nevoia de ocrotire, de susținere, în

special parentală. Deși, de obicei se spune că adolescenții nu sunt capabili de a se autoevalua corect, 18% dintre subiecți admit că dezinteresul pentru pregătirea școlară și implicit scăderea nivelului rezultatelor sunt motivate de situația familială, de lipsa părintelui; acest aspect poate fi la fel de bine invocat ca și scuză sau mecanism de apărare, dar, pentru că a fost indicat ca efect, îl apreciem ca atare.

Figura nr. 2. (%) Opinia despre efectul lipsei părintelui/părinților asupra copiilor

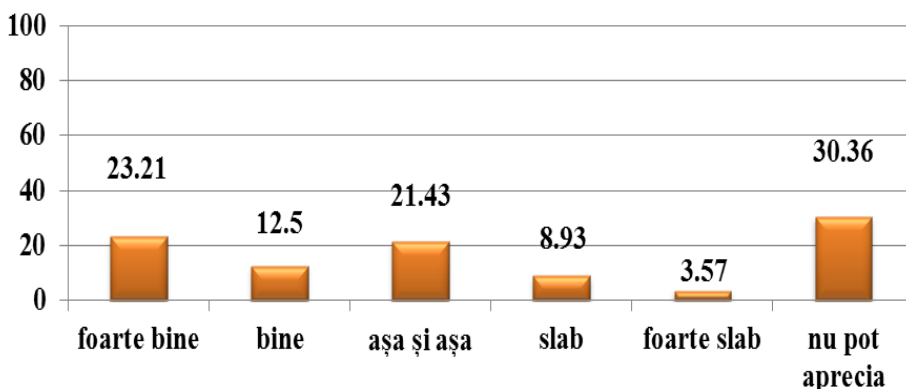


Avem și situații în care unii dintre ei privesc acest inconvenient – lipsa părintelui – ca pe o șansă de a învăța să se descurce singuri, deși adolescența este încă vârsta la care ar trebui să beneficieze de protecția familiei și de susținerea acesteia pe toate planurile.

Una din marile probleme ale societății românești actuale este accesul pe piața muncii, indiferent că este vorba de tineri sau maturi. Valea Jiului fiind o zonă de tip monoindustrial, locurile de muncă sunt insuficiente pentru forța de muncă existentă în zonă, așadar concurența pentru ele este destul de mare. Șansele de ocupare cresc, evident, o dată cu nivelul de calificare, cu interesul pentru perfecționarea continuă a pregătirii profesionale ori pentru recalificare. Chiar dacă elevii nu au avut încă de a face cu problemele pieței muncii (cel puțin nu în mod oficial) situația generală le este oarecum cunoscută, cu atât mai mult cu cât și familiile lor sunt în situația dată tocmai din cauza lipsei locurilor de muncă în zonă.

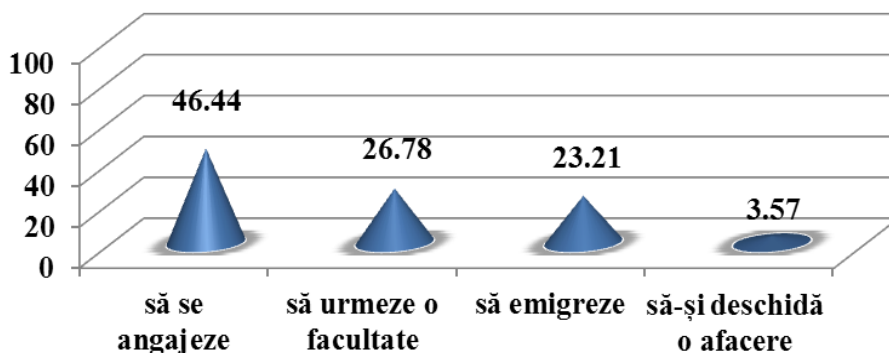
Referitor la nivelul la care se consideră a fi pregătiți pentru a face față cerințelor de pe piața muncii, mulți sunt sceptici, oarecum firesc dacă e să ținem cont de faptul că doar 11 dintre ei se află înaintea examenului de bacalaureat și a absolvirii liceului, pentru restul, mai ales pentru cei de clasele a IX-a și a X-a momentul pregătirii pentru inserția pe piața muncii fiind destul de îndepărtat.

Figura nr. 3. (%) Cât de bine se simt pregătiți pentru a face față pe piața muncii



Aproape o treime nu-și pot evalua competențele în acest sens, iar cei 13% care sunt sceptici în ceea ce privește nivelul lor de pregătire au motivat (în general) cu aprecieri de genul: nu fac față la programa școlară, au senzația că ceea ce învață la școală nu-i va ajuta la angajare, apreciază că s-au orientat greșit și că nu vor practica meseria pentru care se pregătesc, consideră că accesul pe piața muncii nu se prea realizează pe baza competențelor etc. Este evident faptul că, neavând contact cu piața muncii nici nu au date reale și credibile, dar nu e mai puțin adevărat că lipsa locurilor de muncă și numărul mare de șomeri existent în zonă nu fac decât să întrețină o imagine relativ deformată despre ceea ce înseamnă acces pe piața muncii.

Dacă de șansele lor de angajare la absolvirea liceului nu sunt prea convinși, situația e diferită atunci când este vorba de planurile de viitor (figura nr 4).

Figura nr. 4. (%) Intenții de viitor, după absolvirea liceului

Menționăm că, deși precodificarea a inclus varianta „să-mi întemeiez o familie”, aceasta nu a obținut nici o alegere, tinerii fiind mai interesați de supraviețuire decât de acest aspect care, de altfel, se înscrie în tendințe, media vârstei la căsătorie fiind tot mai crescută în ultimii ani. Doar un sfert dintre ei doresc să-și continue pregătirea profesională, motivația multora fiind de genul: „fără școală nu reușești nimic în viață” ori „în ziua de azi nu faci nimic fără diplome”. De partea cealaltă, 87 % din cei care preferă statutul de angajat și-au justificat alegerea cu aserțiuni de tipul: „înainte de orice trebuie să ai ce mânca”, „fără loc de muncă nu le poți avea pe celălalte”, „dacă mă angajez pot să fac școli după aceea”, ș.a.m.d., ceea ce ne relevă faptul că ideea de supraviețuire, de asigurare a condiției economice minime primează pentru acești copii, poate cu atât mai mult cu cât trec prin drama disoluției familiale tocmai datorită lipsei locurilor de muncă în zonă.

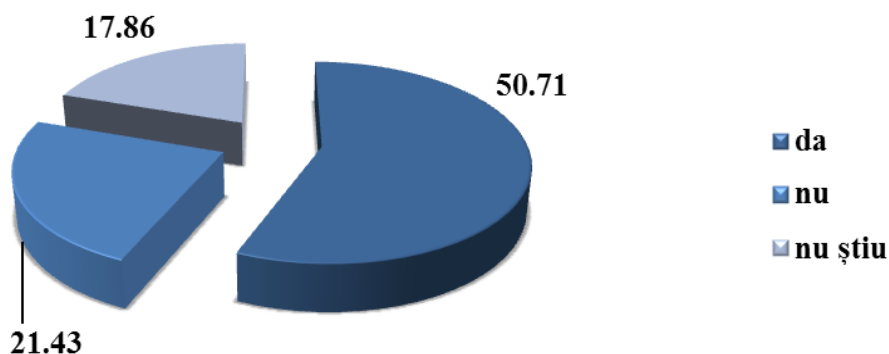
Inutil să mai amintim că motivațiile celor care doresc în mod ferm să emigreze sunt calate în jurul ideilor „în țara asta nu ai șanse să te descurci”, „niciodată aici nu vei câștiga ca afară (în străinătate, n.n.)” sau „oricât de bun ai fi aici nu ți se oferă mai nimic”. Având în vedere că acești tineri încă nu au avut de-a face cu piața muncii pentru ca să poată valoriza corect oportunitățile și comportamentul angajatorilor, este clar că astfel de concepții le sunt inoculate ori sunt preluate de la părinții plecați sau din grupul de prieteni și cunoștințe.

Același tip de concepții nocive transpar și atunci când sunt întrebați care sunt, în opinia lor, criteriile după care se realizează accesul pe piața muncii din România: 61% apreciază că „sistemul de relații” ori posibilitățile financiare sunt absolut indispensabile pentru a reuși să te angajezi, și, chiar dacă este vorba de tineri care încă nu au avut de-a face cu piața muncii, cu atât mai mult aceste concepții nu sunt favorabile unei bune conduite și nici

pregătirii profesionale în vederea angajării. Este posibil și probabil ca aceste opinii să le fie determinate de faptul că părinții nu au reușit să se angajeze, motiv care le-a determinat plecarea în străinătate, ceea ce a indus copiilor ideea imposibilității de a-ți găsi un job pe căi corecte, adică pe baza pregătirii și a competenței profesionale. Chiar dacă acești părinți nu aveau un nivel de calificare ridicat sau au fost relativ dezinteresați în a munci în țară, copiii aflați în această situație și la această vârstă asociază dezagregarea familiei cu lipsa de șanse și de corectitudine de pe piața muncii. Doar 21% consideră că la baza obținerii unui loc de muncă stau competența și buna pregătire profesională, restul vorbesc despre șansă și noroc, aspect fizic și vârstă (în special fetele, cu referire la anumite domenii de activitate).

Există nenumărate situații în care, chiar și cu un climat familial propice și armonios, părinții se află în imposibilitate de a-l ajuta pe copil atunci când este vorba de cerințele de pregătire școlară, din diverse motive: nu au timpul necesar sau nu se pricep s-o facă. Cu atât mai mult, atunci când unul din părinți lipsește, sarcinile în cauză revin celui prezent, care, de multe ori, prins în problemele cotidiene presante – de asigurare a subzistenței familiei – uită ori nu-și poate permite să se ocupe de aceste aspecte. Pentru a lămuri această problemă, am vrut să vedem întâi dacă elevii simt nevoia de ajutor în procesul de pregătire școlară (figura nr 5).

Figura nr. 5. (%) Elevii resimt nevoia de ajutor în procesul de pregătire școlară



Jumătate dintre ei recunosc că au nevoie de acest ajutor, asta însemnând că nu-l găsesc acasă și că singuri nu se pot descurca. Mai tristă e situația în cazul celor care nu pot aprecia dacă se descurcă sau nu, ceea ce poate indica lipsă de interes sau autosuficiență în activitatea de pregătire. Întrebarea referitoare la „cine” i-ar putea ajuta a fost adresată tuturor,

indiferent de disponibilitatea lor pentru a primi acest ajutor. După cum era de așteptat fiind vorba de pregătirea școlară, majoritatea preferă că profesorul de specialitate să le acorde timp suplimentar și interes pentru a-i ajuta, în timp ce unii preferă ajutorul altor membri ai familiei pe care, probabil, îi consideră calificați pentru a le oferi explicații și asistență.

Părerile sunt mai diversificate atunci când este vorba de forma sub care ar trebui să vină acest ajutor, pe prima poziție în preferințe situându-se dorința ca dascălii să le reducă volumul de materie pentru evaluare. O asemenea alegere și într-o pondere atât de mare (38%) ne duce cu gândul la faptul că acești copii se simt oarecum diferiți din cauza statutului lor (elev cu părinte emigrat) sau au învățat să speculeze în favoarea lor această situație.

În aceeași ordine de idei, unii susțin necesitatea ca profesorul să lucreze separat cu ei la clasă sau „să fie mai îngăduitor”, ceea ce înseamnă, din nou, un rabat de la minimul de cerințe și exigență din partea cadrelor didactice, ori un efort suplimentar din partea acestora. Suspectăm și în acest caz o coalizare voită și tacită a acestor elevi în a se autodesemna un fel de victime, de cazuri care necesită atenție aparte și este chiar probabil ca ei să se autoperceapă astfel, fără a exagera sau a încerca să profite de situație.

În ansamblu, relativ puțini (11%) sunt cei care preferă să lucreze suplimentar pentru a corecta eventualele curențe în pregătire, majoritatea consideră că au un statut aparte care ar trebui să oblige corpul didactic la clemență și reducere a cerințelor.

Când este vorba de ajutor referitor la alte probleme cu care se confruntă acești elevi, două treimi din opțiunile lor se îndreaptă cu precădere spre grupul de prieteni, cei mai mulți apreciind că nu găsesc înțelegere și aprobare decât în acest anturaj, rudele, dirigintele ori psihologul ocupând poziții modeste în preferințe. Cele mai multe motivații se referă la „aceeași vârstă”, „aceleași preocupări”, iar aceste aprecieri nu sunt specifice copiilor cu părinți emigrați, de obicei ele sunt caracteristice tuturor adolescenților în perioada în care au senzația că nimeni nu-i poate înțelege mai bine pe lume decât tovarășii de distracție.

Problemele copiilor care au părinți emigrați sunt reale iar faptul că în ultimul timp se discută tot mai mult pe această temă în mass-media, le-a indus acestora ideea unui statut aparte, care trebuie să oblige la compătimire și înțelegere. Această percepție vine și din aspecte întâlnite în realitate, situații în care copiii resimt lipsa părintelui ca pe un neajuns social, având senzația că sunt priviți și tratați altfel în colectivitate. Am încercat să aflăm dacă ei resimt în mod diferit această lipsă, funcție de împrejurarea în care se află, pentru a vedea cât de mult această situație îi afectează din punct de vedere al dezirabilității sociale (tabel nr 4).

Tabel nr. 4. (%) Cât de afectați de statutul de copil cu părinte emigrat se simt în următoarele situații:

	foarte mult	mult	potrivit	puțin	foarte puțin	nu pot aprecia	Total
în cadrul familiei	19,64	16,07	25,00	16,07	12,5	10,72	56=100
în colectivul de la școală	3,70	3,70	24,07	35,19	7,41	25,93	54=100
în grupul de prieteni	-	1,79	7,14	37,50	41,07	12,50	56=100
în general, în societate	3,57	10,71	26,77	16,07	21,44	21,44	56=100

Subiecții noștri sunt dispuși să recunoască că sunt marcați de această stare de fapt mai mult în familie decât în afara ei, dacă 33% resimt în familie lipsa părintelui, doar 7% apreciază că acest lucru îi afectează la școală și 2% în ce cadrul anturajului. Când vine vorba de o situație generală, fără specificații și direcții clare, ponderea celor care se simt „altfel” din acest motiv crește la 14%, ceea ce ne permite să considerăm că aprecierile lor sunt evident corelate cu mediul la care se referă: este firesc ca în grupul de prieteni să nu simtă diferențieri de comportament din partea acestora, grupul de prieteni fiind unul ales, alcătuit pe bază de acceptare, în timp ce percepția despre „cum mă judecă societatea” depășește cercul celor care le înțeleg problemele. Această tendință de exacerbare a unui statut pe care-l autopercep ca fiind defavorizant nu se prea justifică dacă ne gândim că „universul” de relații al unui adolescent se limitează, în general, la familie, prieteni și școală. Dacă aceste „instanțe” care-i sunt cel mai apropiate nu-l fac să se simtă ostracizat ori marginalizat, „societatea” (ca noțiune generală și relativ abstractă pentru el) nu are cum fi mai drastică din acest punct de vedere. Așadar, dincolo de neajunsurile reale (materiale și afective) provocate de lipsa părintelui ne aflăm din nou în prezența dacă nu a unei percepții eronate atunci a încercării de a se autovictimiza, de a specula o situație care să pretindă atenție și eventual compătimire crescute din partea altora. Acest aspect e dovedit și de faptul că două treimi dintre elevi apreciază că societatea este datoare să se ocupe în mod special de cazurile copiilor cu părinți emigrați, modalitățile prin care acest lucru ar fi posibil fiind următoarele: acordarea de ajutoare bănești/materiale acestor familii (50%), obligativitate din partea statului de a asigura loc de muncă părintelui

rămas în țară (25%), creșterea nivelului alocațiilor și alte opinii fanteziste care denotă (dincolo de faptul că la vârsta adolescenței tinerii în cauză nu prea sunt familiarizați cu aspectele legislative și cu cerințele de legalitate) că persistă percepția unui statut ce reclamă atenție sporită din partea societății.

Deși 14 % au apreciat anterior că resimt negativ statutul de copil cu părinți emigrați în societate, 68% declară că această situație nu le-a prea afectat capacitatea de relaționare cu cei din jur, iar 62% dintre subiecți consideră că acest statut nu le-a afectat pregătirea școlară. Nu același lucru reiese atunci când vine vorba de situația materială, aici aproape o treime se declară afectați negativ, calitatea materială a vieții lor actuale fiind și singura variantă care a primit doar valori concrete de răspuns (nicio alegere de genul „nu știu”).

Peste jumătate dintre elevi sunt sceptici în ceea ce privește șansele lor de angajare la absolvirea studiilor liceale, asta în condițiile în care mai mult de o treime se simt bine și foarte bine pregătiți pentru a accede pe piața muncii!

Concluzii

Pentru a contura câteva concluzii ne vedem nevoiți să ținem cont de vârsta respondenților, de caracteristicile acestei perioade de vârstă (marcată de trăiri contradictorii, de dorința de independență, de sentimente de frondă față de lipsa de „înțelegere” din partea generației mature), de neajunsurile materiale care le pot inhiba sau modifica comportamentul:

- ✓ există o certă modificare în percepția tinerilor asupra propriului lor statut, percepție bazată pe elemente reale (lipsa părintelui, dificultăți de natură financiară, o relativă lipsă de atenție din partea familiei, sentimentul de abandon) și pe elemente însușite din reacțiile celor din jur, o tendință (poate justificată) de autovictimizare, deși puțini recunosc în plan concret că se simt afectați de acest statut;
- ✓ deși acceptă ideea că au nevoie de ajutor în procesul pregătirii profesionale, se referă la un „ajutor” care să-i degrezeze de sarcini (reducerea volumului de cunoștințe, apelul la bunăvoința și empatia cadrelor didactice), asta în condițiile în care ulterior, puțini recunosc că performanțele școlare le-au fost afectate de lipsa unui părinte și de dezorganizarea familiei;
- ✓ aceeași tendință de victimizare reiese și din faptul că simt nevoia de ocrotire specială din partea statului, propunând în acest sens soluții fanteziste, care frizează principiile democratice și legitățile economice, dar care spun mult despre dorința lor de a se simți apărați sau cel puțin băgați în seamă;

- ✓ există o percepție net defavorabilă despre accesul pe piața muncii, percepție indusă probabil de experiențele trăite în familie (lipsa locurilor de muncă care a determinat plecarea părinților) și de informații nereale sau exagerate, care, în lipsa certitudinilor, alimentează o concepție periculoasă, conform căreia nu competența și pregătirea profesională stau la baza obținerii unui job, ci sistemul obscur al relațiilor, al traficului de influență dublat de potența financiară.

Ipoteza cercetării a fost așadar confirmată doar parțial, deoarece, chiar dacă situația de copil cu părinte emigrat provoacă reacții comportamentale vis a vis de activitatea școlară sau de aprecierea perspectivelor profesionale ori modificări de percepții privind aceste aspecte, premisa marginalizării sau a izolării nu se confirmă, marea majoritate a subiecților apreciind că nu au probleme în relaționarea cu cei din jurul lor, cei care consideră că resimt reacții negative din punct de vedere al societății (la nivel general) fiind relativ puțini.

Deși este vorba de un studiu restrâns, spațiul alocat nu ne permite analize mai elaborate, motiv pentru care am preferat prezentarea rezultatelor în detrimentul explicațiilor mai profunde. Cu toate acestea, având în vedere că intervenția statului în această problemă e limitată doar la contabilizarea numărului de copii aflați în această situație ne permitem o modestă sugestie: poate nu ar fi lipsit de importanță să se introducă în școli obligativitatea frecventării (măcar trimestriale) a psihologului, care este cel mai în măsură să cuantifice modificările de comportament și atitudine a copilului în cauză.

Bibliografie

- Bădescu G, Stoian O, Tănase A, 2009, Efectele culturale ale migrației forței de muncă din România în Anghel RG, Horvath I (coord.), Sociologia migrației, Ed. Polirom, Iași;
- Băran-Pescaru A, 2002, Parteneriat în educație, Ed. Aramis, București;
- Cosmovici A, Iacob L, 1998, Psihologie școlară, Ed. Polirom, Iași;
- Hatos A, 2006, Sociologia educației, Ed. Polirom, Iași;
- Segalen M, 2011, Sociologia familiei, Ed. Polirom, Iași;

<http://www.fundatia.ro/efectele-migratiei-copii-ramasi-acasa>

Asistența socială adresată persoanelor vârstnice din România

MARIANA STANCIU

Introducere

Prezentul capitol este structurat pe șapte subcapitole, debutând prin prezentarea contextului global al fenomenului îmbătrânirii populației, care face din nevoile de protecție socială ale persoanelor vârstnice o urgență socială. În subcapitolul al doilea sunt prezentate succint tendințele demografice și rata dependenței de vârstă în UE, pentru a înțelege care este locul României în acest context și ce fel de politici ar fi necesare la nivel național în domeniul demografic și al protecției persoanelor vârstnice. Subcapitolele al treilea și al patrulea prezintă situația economică a persoanelor vârstnice din România în profil comparativ la nivel european și reglementările cele mai recente care au afectat sau au ameliorat nivelul de venit al acestor categorii de persoane. În subcapitolele cinci și șase sunt analizate principalele măsuri de protecție socială adresate persoanelor vârstnice din România împreună cu beneficiile și serviciile acordate. În ultimul subcapitol sunt formulate unele concluzii și politici sociale ce s-ar impune a fi adoptate la nivel național în viitorul apropiat.

Fenomenul îmbătrânirii populației, nevoile de protecție socială și modelul general al tranziției sănătății

Fenomenul îmbătrânirii populației indică un ansamblu de transformări ce survin spre finalul perioadei de maturitate și durează până la sfârșitul vieții. Transformările respective sunt percepute ca o etapă de declin bio-psiho-fiziologic ce limitează progresiv manifestarea persoanei în viața socială și diminuează treptat capacitățile sale de învățare și adaptare. În societățile moderne actuale, rolurile sociale ale persoanelor vârstnice dar și calitatea vieții acestora s-au schimbat mult, comparativ cu epocile trecute. În acest sens, cea mai pregnantă caracteristică este creșterea nivelului de autonomie economică și socială al persoanelor vârstnice în raport cu familia extinsă. Acest lucru a fost facilitat, în primul rând, prin intervenția – din perioada modernă – a sistemelor de asigurări sociale în planificarea ciclului vieții, dar și prin mutațiile ce au intervenit în spațiul social al modelelor familiale. Pe fondul unor asemenea schimbări, problemele sociale ale

vârstnicilor par totuși să se fi multiplicat. Persoanele vârstnice sunt încă mult prea frecvent dezavantajate, nu numai bio-psiho-fiziologic, ci și economic și social, prin scăderea uneori abruptă a resurselor lor financiare, ori a oportunităților de afirmare și implicare socială.

Statistic, fenomenul îmbătrânirii are loc în câteva etape, distincte din perspectiva calității vieții, în primul rând din cauza deteriorării stării de sănătate a persoanei vârstnice. De aceea, fiecare etapă este caracterizată prin existența unor trebuințe de asistare diferite. Unele instituții cu atribuții în domeniu fac deosebire între etapele respective. Organizația Mondială a Sănătății, a denumit persoanele cu vârste între 60-74 ani – persoane în vârstă, pe cele cu vârste între 75-90 ani – bătrâni, iar cele peste 90 de ani – marii bătrâni (**** 2014, Fișa grupului..., RPE*). În Franța se vorbește despre vârsta a III-a sau a pensionării, după 65 de ani, și despre vârsta a IV-a după 80 de ani.

În România, sunt considerate persoane vârstnice, persoanele care au împlinit vârsta de pensionare stabilită de lege, în conformitate cu Legea nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, singurul act normativ care oferă o definiție.

În epoca actuală, și mai ales pe parcursul anilor `90, ca efect al reformei economice, cea mai mare parte a vârstnicilor din România au dus o luptă continuă pentru o existență decentă din perspectivă economică. Mulți dintre bătrâni au trăit și trăiesc încă la nivelul pragului de sărăcie, mulți renunțând chiar și la unele facilități minime ale calității vieții (căldura din apartament, un consum decent de apă și energie electrică, o alimentație echilibrată ș.a.) din cauza veniturilor mici. De aceea, un număr destul de mare de persoane vârstnice solicită beneficiile instituțiilor de ocrotire socială și ale cantinelor sociale. Pensia, chiar indemnizată, este departe de a oferi necesarul minim lunar de resurse necesare traiului, dar cu toate acestea, vârstnicii României sunt exemplari în achitarea taxelor și impozitelor.

Fenomenul îmbătrânirii populației care se produce în întreaga Europă, ridică problema acută a unui număr foarte mare de persoane vârstnice, care vor avea nevoie de îngrijire, pe fondul scăderii numărului de tineri disponibili să ofere asemenea servicii.

Îmbătrânirea populației are de asemenea un impact asupra viabilității sistemelor de asigurări sociale dat fiind faptul că raportul dintre cei care contribuie financiar la acestea și persoanele care le folosesc nu mai este același.

Pentru persoanele care și-au pierdut capacitatea de a trăi autonom, printre care se află și numeroși vârstnici, îngrijirea la domiciliu este o soluție de asigurare a unei calități a vieții cât mai ridicate cu putință. Îngrijirea la domiciliu înseamnă îngrijire oferită de profesioniști, într-un mediu familiar

persoanei asistate cu costuri mult mai mici decât îngrijirea în instituții (spital sau cămin rezidențial). Cererea pentru îngrijire pe termen lung va deveni din ce în ce mai mare. De aceea este nevoie de politici care abordează îngrijirea de lungă durată nu numai din punct de vedere structural dar și economic. Organizația Mondială a Sănătății susține că schimbările sociale actuale presupun realizarea unor abordări diferite în furnizarea de servicii sociale deoarece asistarea centrată pe implicarea intensă a serviciilor medicale se poate dovedi insuficientă. Este nevoie de proiectarea unor soluții care să țină cont de situația socială și economică a persoanelor aflate în dificultate (***) *2008, Home Care in Europe ... WHO*.

Nici în România, fenomenul îmbătrânirii populației nu poate fi ignorat de decidenții politici ai următoarelor două-trei decenii deoarece el va produce consecințe economice și sociale majore pentru întreaga societate. Necesitatea de a asigura finanțarea protecției sociale și, în principal, a pensiilor, pentru un număr de vârstnici în continuă creștere constituie o cerință cât se poate de serioasă pentru structurile statale ale viitorului. Dacă generația relativ numeroasă născută după anul 1966 a constituit un fel de rezervă demografică, pentru alimentarea migrației forței de muncă autohtone, de după 1989, spre Occident, perioada 2030 – 2035, va pune România în fața unei noi încercări, deoarece atunci, țara noastră va avea de plătit pensiile a 10 milioane dintre locuitorii săi pe fondul manifestării simultane a deficitului demografic survenit prin scăderea accentuată a fertilității din generația tranziției la capitalism, de după 1989. În 2030-2032 vor ieși la pensie cele două milioane de persoane născute în urma Decretului 770 din 1966 privind interzicerea avorturilor, după care rata fertilității a crescut de la 1,9 la 3,7 copii/femeie. Problema este cine va munci după anul 2030 ca să plătească pensiile celor care muncesc acum? E o întrebare la care niciun politician nu poate răspunde azi, deoarece partidele care guvernează nu au o strategie de dezvoltare a României pe termen lung.

Începând cu anii 2030 – 2035, pe piața muncii din România vor intra generațiile tranziției foarte puțin numeroase. Doar o creștere pe termen mediu a ratei fertilității (de la 1,3, la 1,5 cât este media UE, și la 1,7, – 1,8 pe termen lung) pe fondul unui flux al migrației consistent, ar micșora impactul acestui fenomen. În orice caz, începând cu 2025, problema vârstnicilor fără asigurare de pensie și de sănătate va deveni vizibilă. Atunci, persoanele care în prezent lucrează la negru, sau nu lucrează, vor atinge vârste înaintate, fără să-și fi construit de-a lungul vieții active dreptul la pensie sau dreptul la o asigurare de sănătate. În etapa respectivă, costurile serviciilor solicitate de asemenea categorii sociale vor trebui suportate, eventual prin bugetul de stat, adică prin sistemul de asistență socială.

Construcția de-a lungul vieții active a dreptului la pensie constituie cea mai importantă formă de protecție socială a persoanelor vârstnice din România. Din cauza numărul mare de beneficiari (5,413 mii persoane în trimestrul II, 2013), chiar dacă pensia medie lunară nu a fost prea mare – 807 lei – sistemul de pensii a efectuat cea mai consistentă categorie de cheltuieli publice bugetare – peste 10 miliarde de euro (50,9 miliarde lei în anul 2012), adică 8,7% din PIB.

În România există în prezent un sistem de pensii mulți pilon, cuprinzând pensii de stat și private.

- Sistemul public de pensii (pilonul I) cuprinde mai multe subsisteme, cel mai important fiind cel al asigurărilor sociale de stat, bazându-se pe solidaritatea între generații (*pay as you go*) și pe beneficii definite.

- Sistemul privat de pensii (pilonul II) se realizează cu contribuții obligatorii ale persoanelor de până în 35 ani și cu contribuții opționale pentru persoanele cu vârsta între 35 și 45 de ani.

- Sistemul de pensii private facultative (pilonul III) care se bazează pe conturi individuale.

Încă din 1984, Organizația Mondială a Sănătății, definind *modelul general al tranziției sănătății*, a indicat trei indicatori esențiali pentru durata și calitatea vieții: *supraviețuirea totală, supraviețuirea fără dizabilități și supraviețuirea fără boli cronice*. Aceasta a pus problema definirii *speranței de viață, a speranței de viață sănătoasă și a speranței de viață fără boli cronice* (Pana, 2013).

În perioada 2000-2010, *speranța de viață la 65 ani și peste*, pentru populația din țara noastră, a crescut cu 1,3 ani pentru femei și 0,7 ani pentru bărbați, prezentând valori net inferioare țărilor din UE. Prin aderarea la UE din 2007, s-a impus calcularea și pentru populația din România a *speranței de viață sănătoasă*.

Tabel 1: Speranța de viață și speranța de viață sănătoasă pentru populația de 65 de ani și peste din România, între anii 2007-2010

Anul	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
	Femei				Bărbați			
SV	16,9	17,2	17,2	17,2	13,9	14,0	14,0	14,0
SVS	7,8	7,9	7,1	5,0	7,7	7,8	7,2	5,9
SV/SVS	46%	46%	41%	29%	55%	56%	51%	42%

Sursa: Pana Marin, 2013, Când „o pensie decentă” nu e de ajuns: Crește speranța de viață, scade speranța de viață sănătoasă, Curs de guvernare, 28.08

Așadar, starea de sănătate a persoanelor vârstnice din România a suferit deteriorări serioase în anii crizei din 2009-2010, femeile și bărbații de 65 ani și peste mai putând trăi fără probleme de sănătate doar în proporții de 29% și respectiv 42% din durata lor de viață la vârsta respectivă (asta în condițiile în care totuși, pensiile lor nu au fost diminuate). Asemenea date ar trebui să îndemne decidenții politici la o reflecție mai adâncă asupra consecințelor pe termen mediu și lung ale deciziilor lor de politici sociale.

Tendențe demografice și rata dependenței de vârstă în Uniunea Europeană

Europa următoarelor două decenii va înregistra unele evoluții demo-sociale fără precedent în istorie, pe fondul *îmbătrânirii pe scară largă a populației*.

**Tabel 2. Număr de persoane vârstnice (mii),
în perioada 2010-2060, în UE.27 – prognoză**

	2010	2020	2030	2040	2050	2060
Total	501.103	505.321	504.612	501.376	493.875	505.719
60-64	28.891	32.665	35.435	33.183	31.504	29.068
65-69	23.924	29.246	33.130	32.775	31.157	30.500
70-74	21.911	25.507	28.667	31.579	29.861	30.903
75-79	17.789	18.717	22.475	27.270	27.435	28.869
80 ani și peste	23.295	29.170	35.279	43.931	53.230	61.352
% în total	4,6	5,8	7,0	8,8	10,8	12,1
60 ani și peste	115.810	135.305	154.986	168.738	173.187	180.692
% în total	23,1	26,8	30,7	33,7	35,1	35,7
Total feminin	256.485	257.668	257.479	255.159	250.988	256.358
60-64	14.987	16.861	18.023	16.757	15.735	14.560
65-69	12.708	15.462	17.231	16.855	15.851	15.453
70-74	12.097	13.856	15.428	16.659	15.590	15.973
75-79	10.365	10.612	13.205	14.993	14.848	15.285
80 plus	15.403	18.859	22.330	27.534	32.811	36.021
procent 80 plus	6,0	7,3	8,7	10,8	13,1	14,1
60 plus	65.560	75.650	86.217	92.798	94.835	97.292

procent 60 plus	25,6	29,4	33,5	36,4	37,8	38,0
Total masculin	244.618	247.653	247.133	246.217	242.887	249.361
60-64	13.904	15.804	17.412	16.426	15.769	14.508
65-69	11.216	13.784	15.899	15.920	15.306	15.047
70-74	9.814	11.651	13.239	14.920	14.271	14.930
75-79	7.424	8.105	9.270	12.277	12.587	13.584
80 plus	7.892	10.311	12.949	16.397	20.419	25.331
procent 80 plus	3,2	4,2	5,2	6,7	10,8	10,2
60 plus	50.250	59.655	68.769	75.940	78.352	83.400
procent 60 plus	20,5	24,1	27,8	30,8	32,3	33,4

Surse: Eurostat – pentru anii 2010 și 2060; perioada 2020-2050 –
<http://esa.un.org/unpp>

*** Mai 2011, *Situația socio-economică a persoanelor vârstnice din România și din țările UE – prezent și perspective de evoluție*, CNPV

Corelat cu fenomenul de modernizare a structurilor familiale (nuclearizare și, pe de altă parte, destructurarea unor familii prin divorț) și cu accentuarea polarizării social-economice a veniturilor populației, fenomenul respectiv va genera, cu siguranță, dificultăți economice și sociale, îndeosebi privind finanțarea și organizarea serviciilor de asigurări sociale, de sănătate publică, de asistență socială ș.a. Soluțiile unor asemenea probleme pot fi propuse doar din sfera politicilor sociale cu aplicare și susținere financiară pe termen lung.

În secolul XXI, ponderea la nivel mondial a populației de 60 de ani și peste se va tripla, iar aproape jumătate din populația Europei occidentale (46%) va atinge o vârstă de peste 60 de ani la sfârșitul acestui secol. La nivel mondial, țara cea mai apropiată, în prezent, de etapa îmbătrânirii accelerate a populației este (Lutz, Sanderson, Sergei, Samir, 2008).

Alte zone geografice, precum Europa, America de Nord, China sau spațiul ex-sovietic vor intra în etape similare în deceniul 2020-2030, fiind urmate de Asia de Sud în 2030, Orientul Mijlociu în 2040, și Africa sub-Sahariană în 2050. Principalii factori ce favorizează îmbătrânirea populației sunt rata nașterilor scăzută ca efect al scăderii fertilității, creșterea speranței de viață ca urmare a creșterii calității vieții și a calității serviciilor medicale și îmbătrânirea generațiilor caracterizată printr-o rată a nașterii foarte ridicată (baby boom generation). În anul 2008, în UE, speranța de

viață ajunsese la 76,4 ani pentru bărbați și 82,4 ani pentru femei (*Lutz, Sanderson, Sergej, Samir, 2008*).

Prognoza *Eurostat (2011)* relevă că, în următoarele patru decenii, populația Europei va scădea cu 19 milioane, de la 739 la 720 milioane de locuitori. După Japonia, populația Germaniei este cea mai îmbătrânită, unul din cinci germani fiind trecut de 65 de ani. Dar dacă în Japonia prin modul de viață dominant și mentalitățile cele mai larg asimilate nu sunt create încă probleme deosebite serviciilor de asistență a persoanelor vârstnice, nu același lucru se întâmplă în Germania, unde statul duce, sub diferite forme, unele politici de transfer, în alte state, a sarcinilor asistenței sociale, îndeosebi pentru persoanele vârstnice aflate în dificultate și cu venituri relativ reduse. Recenta criză economică și financiară globală a acutizat dificultățile social-economice ale vârstei a treia, iar consecințele acestei crize se vor accentua pe termen mediu și lung. În următoarele două decenii, populația vârstnică a Europei va munci mai mult și va beneficia de mai puține facilități sociale decât generațiile de vârstnici actuale. Asta deoarece ponderea populației cuprinse între 15-64 de ani se va diminua de la 67% în 2010, la 56% în anul 2060, ceea ce va îngreuija susținerea financiară a generațiilor tot mai numeroase de vârstnici. Ponderea vârstnicilor de 65 de ani și peste în total populației va crește de la 17%, la 30%, iar ponderea celor de 80 de ani și peste va crește de la 5% la 12%, în 2060.

Tabel 3. Primele 10 țări după ponderea persoanelor de 60 ani și peste în Europa (%)

Nr. crt.	Țara	2010	Țara	2030	Țara	2060
1	Italia	26,3	Germania	36,5	Slovacia	42,4
2	Germania	25,9	Italia	34,8	Polonia	42,3
3	Suedia	24,8	Austria	32,5	România	41,0
4	Grecia	24,8	Grecia	31,6	Lituania	40,9
5	Finlanda	24,4	Portugalia	31,6	Bulgaria	39,6
6	Bulgaria	24,3	Slovenia	31,4	Letonia	39,3
7	Portugalia	23,6	Spania	31,4	Malta	39,0
8	Danemarca	23,0	Finlanda	31,2	Slovenia	39,0
9	Austria	23,0	Olanda	30,8	Cehia	38,9
10	Belgia	23,0	Belgia	30,7	Italia	38,8

Surse: Eurostat pentru anii 2010 și 2060. Pentru perioada 2020-2050 – <http://esa.un.org/unpp>,

*** Mai 2011, *Situația socio-economică a persoanelor vârstnice din România și din țările UE – prezent și perspective de evoluție*, CNPV

Prognoza pentru anul 2060 indică o creștere a populației europene totale, ca efect al creșterii fluxurilor migrației din exteriorul UE, ce vor compensa reducerea segmentului de vârstă 15-64 ani, determinând creșterea absolută a acestuia cu 2,25 milioane de persoane, comparativ cu anul 2050. Astfel se va echilibra și segmentul de vârstă 0-14 ani, care va scădea cu numai 0,17 milioane de persoane, față de anul 2050.

Majoritatea țărilor europene aflate în top 10 ca pondere a populației de 60 de ani și peste (cu excepția Bulgariei, Danemarcei și Suediei), se vor menține în primele 10 poziții și în anul 2030. În anul 2060, doar Bulgaria, va persista în acest top, restul fiind noi state membre. România se va situa pe poziția a treia în anul 2060, cu 41% din totalul populației în vârstă de 60 ani și peste. Și populația europeană de 80 ani și peste va crește sensibil în deceniile ce vor urma, ajungând la 35,3 milioane (7,0%) în 2030, respectiv 61,4 milioane (12,1%) în 2060, față de 23,3 milioane (4,6%) în 2010. Procentul femeilor de 80 ani și peste, în numărul total de femei, în anii 2030 și 2060, va reprezenta 8,7%, respectiv 14,1% față de 6,0% în 2010, fiind net superior ponderii bărbaților de 80 ani și peste, în numărul total de bărbați: 5,2% – 2030, 10,2% – 2060, respectiv 3,2% – 2010.

Tabel 4. Primele 10 țări după ponderea persoanelor de 80 ani și peste în Europa (%)

Nr. crt.	Țara	2010	Țara	2030	Țara	2060
1	Italia	5,8	Italia	8,8	Bulgaria	12,8
2	Suedia	5,3	Germania	8,0	Cehia	13,4
3	Franța	5,2	Finlanda	7,9	Ungaria	12,6
4	Germania	5,1	Franța	7,9	Polonia	13,1
5	Belgia	4,9	Suedia	7,6	România	13,1
6	Spania	4,9	Austria	7,1	Slovacia	13,2
7	Austria	4,8	Belgia	7,1	Danemarca	10,0
8	Finlanda	4,6	Danemarca	6,9	Estonia	10,7
9	Grecia	4,6	Portugalia	6,9	Finlanda	10,8
10	Marea Britanie	4,5	Malta	6,8	Irlanda	9,6

Surse: Eurostat, pentru anii 2010 și 2060. Pentru perioada 2020-2050 – <http://esa.un.org/unpp>,

*** Mai 2011, *Situația socio-economică a persoanelor vârstnice din România și din țările UE – prezent și perspective de evoluție*, CNPV

Majoritatea țărilor prezente, în anul 2010, în top 10 – ca procent al populației de 80 ani și peste – vor rămâne în top și în anul 2030, cu excepția Greciei, Regatului Unit al Marii Britanii și Spaniei. În orizontul anului 2060, majoritatea țărilor respective vor fi înlocuite de altele. Doar Finlanda va persista în top și în anul 2060. România va intra și ea în acest clasament, ocupând poziția a cincea, în anul 2060, cu 13,1% din totalul populației, format din persoane de 80 ani și peste.

Rata dependenței de vârstă se poate calcula pe categorii de vârste (persoane de 0-14 ani, respectiv, de 65 ani și peste) sau per total populație dependentă economic din cauza vârstei. Potrivit prognozei demografice, în următoarele cinci decenii, va exista un număr din ce în ce mai mic de persoane active ce vor susține economic, un număr din ce în ce mai mare de persoane dependente economic din cauza vârstei. În România, **raportul de dependență economică**, în anul 2011 (numărul persoanelor inactice și în șomaj ce revin la 1000 persoane ocupate) a fost de 1340‰, mai ridicat pentru persoanele de sex feminin (1669‰, față de 1071‰ în cazul bărbaților) și pentru mediul rural (1376‰, comparativ cu 1311‰ în mediul urban) (** 2012, *Ocuparea și șomajul...*, *INS*). Germania, Austria, Italia, Finlanda, Grecia, Franța prezente în top în primele două orizonturi de prognoză (2010, 2030), dispar în orizontul anului 2060, când apar Polonia, Slovacia, Lituania, România, Letonia, R. Cehă.

**Tabel 5. Categorii de populație în România
- anul 2011 - mii persoane -**

Populația totală *) (21384)			
Populația de 15 ani și peste (18158)			<15 ani 3226)
Populația activă (9868)		Populația inactivă de 15 ani și peste (8290)	
Populația ocupată **) (9138)		Șomeri (730)	
Salariați **) (6153)		Alte categorii (2985)	
Ind.+ constr. (2401)	Ser- vicii (3587)	Agricul- tura (165)	

* Populația totală și ceilalți indicatori derivați nu sunt ajustați cu soldul migrației externe.

** Inclusiv forțele armate și asimilați și persoanele care lucrează în sectorul informal și la negru.

Sursa : *** 2012, *Ocuparea și șomajul în anul 2011*, Comunicat de presă, Nr.89 din 17 aprilie, INS

Dacă în 2010 în România, rata națională a dependenței de vârstă era de 21,3% – pe regiuni: Sud-Muntenia (24,4%), Sud-Vest (23,7%), Nord-Est (21,1%) Sud-Est (21,1%), Vest (20,1), Centru (20,1%), Nord-Vest (20,0%) și București-Ilfov (19,3%) – în 2060, acest indicator va depăși cu mult și cele mai ridicate valori aferente 2030, atât pentru România (65,3 %), cât și pentru celelalte țări din clasament (*** 2011, *Situația socio-economică...*).

Tabel 6. Tendințe ale top 10 – ratele dependenței de vârstă în țările europene (%)

Nr. crt.	Țara	2010	Țara	2030	Țara	2060
1	Germania	31,4	Germania	46,2	Polonia	68,9
2	Italia	30,8	Finlanda	43,9	Slovacia	68,5
3	Grecia	28,4	Italia	42,5	Lituania	65,5
4	Suedia	27,7	Slovenia	40,8	România	65,3
5	Portugalia	26,7	Olanda	40,0	Letonia	64,4
6	Austria	26,1	Malta	39,1	Bulgaria	63,7
7	Belgia	26,0	Franța	39,0	Slovenia	62,2
8	Franța	25,7	Grecia	38,5	R. Cehă	61,5
9	Finlanda	25,6	Austria	38,1	Italia	59,4
10	Bulgaria	25,4	Danemarca	37,9	Malta	59,3

Surse: 2011, *Situația socio-economică a persoanelor vârstnice din România și din țările UE – prezent și perspective de evoluție*, CNPV, Mai (date Eurostat)

*** Mai 2011, *Situația socio-economică a persoanelor vârstnice din România și din țările UE – prezent și perspective de evoluție*, CNPV

Dincolo de îngrijorarea față de dificultățile socio-economice ale susținerii viitoarelor segmente de populație vârstnică, trebuie avut din vedere, că acești oameni sunt și vor rămâne indispensabili vieții de familie, comunităților și societății în general. Mulți vor continua, ca și în prezent, să muncească după vârsta pensionării, făcându-se deopotrivă utili în sectorul formal al economiei dar și în sectoarele casnic sau informal. În următorul deceniu, ocuparea forței de muncă va fi mai dinamică și mai complexă, din cauza fluxurilor migrației externe a forței de muncă și nu numai. Nici populația cu vârste între 15 – 64 ani nu este integral activă economic, așa

cum nici populația cu vârste de 65 de ani și peste nu s-a retras și nu se va retrage integral din activitate. Dacă se vor adopta măsuri de încurajare a persoanelor vârstnice să-și exercite în continuare dreptul la muncă, s-ar putea ca *rata teoretică a dependenței de vârstă* să nu mai semnifice, în același grad, riscurile ce i se asociază în prezent.

Oricum, în viitorul apropiat, în cadrul populației vârstnice europene, se va contura un segment ce va solicita serviciile publice de asistență socială tot mai intens. De aceea, asemenea servicii vor trebui să vină tot mai eficace în sprijinul și completarea serviciilor de asigurări sociale, a serviciilor medicale și a structurilor familiale ce nu își vor mai putea îndeplini, fie și parțial, vocația tradițională – îngrijirea generației a treia ce are nevoie de ajutor și de suport economic. Analizând perspectivele populației ce va necesita asistență socială în următorii ani, comisarul european pentru asigurări sociale a explicat că, dacă guvernele și țările nu vor acționa responsabil (fără a preciza concret cum concret), *milioane de oameni de vârstă a treia se pot situa sub pragul economic al sărăciei*. Aceasta în pofida faptului că, în unele țări – chiar dintre cele unde rata sărăciei este mare, cum sunt *România* sau *Estonia* – *rata de activitate a persoanelor vârstnice* este destul de ridicată – 23,6 %, respectiv 16,2 %.

Tabel 7. Rata de activitate a populației în vârstă de 65 de ani și peste, în statele UE-27 (%)

Nr. crt.	Țara/ Regiunea	2009			2020		
		Total	F	M	Total	F	M
1	<i>România</i>	23,6	21,3	26,8	30,8	30,7	31,0
2	Portugalia	22,7	19,0	27,3	21,1	16,1	28,0
3	Cipru	17,3	9,7	25,6	4,5	4,0	5,2
4	Estonia	16,2	14	19,9	14,2	14,3	13,9
5	Letonia	14,7	11,7	19,8	9,5	5,9	17,2
6	Marea Britanie	13,3	10,2	16,7	6,2	4,0	9,0
7	Irlanda	13,4	7,2	19,9	7,3	3,5	11,9
8	Suedia	12,7	9,1	16,5	10,9	6,9	15,8
9	Danemarca	10,5	5,8	15,5	3,9	4,4	3,2
10	Olanda	10,5	5,9	15,5	5,9	5,6	6,3
11	Lituania	8,8	6,7	12,3	3,8	2,1	7,1
12	Slovenia	9,7	7,4	12,5	11,0	7,9	15,4
13	Austria	7,8	5,6	10,3	2,6	1,9	3,4
14	Cehia	7,7	5,5	10,6	2,5	2,1	3,1
15	Polonia	7,1	4,8	10,4	3,4	3,1	3,8
16	Finlanda	7,1	4,6	10,0	4,3	1,6	7,7

Nr. crt.	Țara/ Regiunea	2009			2020		
		Total	F	M	Total	F	M
17	Grecia	7,0	3,9	10,7	2,8	2,3	3,4
18	Germania	6,0	4,3	8,0	3,0	1,9	4,5
19	Bulgaria	5,7	3,1	8,9	1,8	1,5	2,2
20	Italia	5,4	2,3	8,8	2,6	1,5	4,0
21	Malta	1,1	0,5	1,9
22	Luxemburg	4,5	...	7,7	0,7	0,4	1,1
23	Spania	3,7	2,7	4,9	1,3	0,7	2,2
24	Ungaria	3,4	2,3	5,0	1,3	0,8	2,1
25	Belgia	2,8	1,3	4,6	1,6	0,8	2,7
26	Franța	2,7	1,9	3,5	0,7	0,6	0,8
27	Slovacia	2,4	1,6	3,7	0,5	0,4	0,7

Sursa : *** 2011, *Social Europe*, Eurostat
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=815&langId=en>

Tendința de restrângere a implicării statelor în economie a făcut ca, în ultimul deceniu, fondurile asigurărilor și asistenței sociale să se confrunte cu mari dificultăți de finanțare în multe țări europene. În anul 2010, activele fondurilor de pensii din Belgia și Spania au scăzut la 10-13% din valoarea aferentă anului 2007, iar în Irlanda au scăzut la 50%. În anii 2008-2010, în Polonia, Ungaria și Slovacia, s-au înregistrat valori negative ale fondurilor de pensii, o situație similară fiind înregistrată și în Spania (*Autret Florence, 2012*). Și în România, fondul pensiilor de stat funcționează de mai mulți ani cu mari deficite, fiind parțial acoperit din împrumuturi, pentru a căror restituire nu există alte surse decât bugetul de stat. Dificultățile fiscale prezente în numeroase state europene, se vor diminua destul de lent. Acestea vor persista o vreme, fiind generate de contextul economic dificil (la nivel mediu european, creșterea economică prognozată este de 1,5% până în anul 2020 și 1,6% în perioada 2021-2030, aceasta fiind urmată de încetinirea creșterii până la 1,3%, până în anul 2060). Asta în condițiile în care, în următorii 25 de ani, în Europa, populația vârstnică va crește cu 2 milioane pe an, iar creșterea populației de vârstă activă se va opri peste 6 ani, când segmentul de populație respectiv se va reduce cu 1-1,5 milioane de persoane pe an (***) 2012, *Europa rămâne ...*). Anul 2012 a marcat deja o schimbare de trend în demografia Europei, toate grupele de vârstă cuprinse între 20 – 59 de ani înregistrând scăderi de populație (*Autret, 2012*).

În România, procesul de îmbătrânire pe scară largă a populației a început cu 4-5 decenii mai târziu decât în alte țări europene. În ultimele decenii însă, și în România, îmbătrânirea populației s-a accentuat, ponderea

vârstnicilor dublându-se în anul 1989 față de anul 1930 – ajungând la 15,4% de la 7,4%. Fenomenul este mai pregnant în rândurile femeilor – 17,2% femei față de 13,5 bărbați în 2005 – distribuția în profil teritorial nefiind uniformă. Zonele cu populație mai îmbătrânită sunt Banatul (16,4%), municipiul București (16,1%) și Oltenia (15,7%). În perioada 1956-1992, durata medie de viață a populației din România a crescut de la 63,17 ani la 69,78 ani, creșterea efectivă fiind de 6,61 ani, diferențiat pe genuri – pentru bărbați ajungând la 66,56 ani iar pentru femei la 73,17 ani (<http://www.ziare.com/articole/imbatranire...>).

Numărul mediu al pensionarilor din România, în 2013, a fost de 5,410 milioane de persoane, în scădere cu 77.000 față de anul precedent. Pensia medie lunară în anul 2013 a fost de 805 lei, mai mare cu 32 de lei față de anul precedent. Diferența dintre valoarea minimă și cea maximă a pensiei medii pe județe a depășit 350 de lei (648 lei în județul Giurgiu față de 1022 lei în Municipiul București) (***) 2014, *Numărul de pensionari și pensia medie lunară în anul 2013*, INS). În România, pensionarii sunt incluși în categoria persoanelor vârstnice, alături de persoanele vârstnice fără pensie.

Mulți dintre angajații de pe piața muncii din România, aflați în apropierea vârstei de pensionare, au beneficiat de pensionare anticipată. Rațiunile pentru care pensionarea anticipată și chiar cea pentru limită de vârstă, s-au efectuat ceva mai devreme în România ultimelor două decenii (ca și în celelalte țări din blocul ex-comunist), nu sunt strict economice, având în vedere, pe de o parte tendința de restructurare a economiei, iar pe de altă parte, starea de uzură bio-psihologică mult mai avansată din rândurile populației din acest spațiu geografic care, în ultimele 5-6 decenii, a fost supusă unor experimente socio-politice dintre cele mai traumatizante (dictatură, comunism, austeritate economică prelungită, tranziție la economia de piață), deci unor condiții de viață mult mai aspre decât cele ale pensionarilor actuali din Occident. În România, numărul total de înscrieri noi la pensie în trimestrul I 2012 (58.802 persoane) a crescut față de trimestrul I 2011 (când a fost de 34.001 persoane) cu 24.801 persoane, respectiv cu 72,94%.

Venituri și cheltuieli ale persoanelor vârstnice din România

Cuantumul pensiei. Pensionarii cu pensii mici și foarte mici (între 350 și 1.000 lei) dețin cea mai ridicată pondere în numărul mediu total de pensionari, pe trimestrul I 2012 – peste 70 %.

Începând cu 1 aprilie 2009, prin O.U.G. nr. 6, a fost instituită **pensia socială minimă garantată**, în valoare de 300 lei, din data de 1 octombrie 2009, cuantumul acesteia fiind majorat la **350 lei**. Pensionarii sistemului

public de pensii din România, cu pensii sub acest cuantum, au primit diferența de la bugetul de stat.

Tabel 8. Cuantumul pensiei, în luna ianuarie și media pe trimestrul I 2012

Tranșe de cuantum – lei	Număr de pensionari	Pensie pentru limită de vârstă (lei)	Pensie anticipată (lei)	Pensie anticipată parțială (lei)	Pensie de invaliditate (lei)	Pensie de urmaș (lei)
350	603.116	244.595	95	6.985	76.682	273.665
351-500	761.014	321.272	114	27.154	248.068	164.402
501-740	1.172.897	670.595	1.554	51.356	360.556	88.836
741-1000	1.006.132	863.033	5.225	25.670	94.156	18.048
1001-1600	985.787	948.492	3.202	8.712	19.929	5.452
1601-2000	131.600	129.194	218	813	1.081	294
2001-2500	46.143	45.421	42	254	335	91
2501-3000	13.071	12.929	8	56	62	16
3001-3500	4.505	4.429	1	29	36	10
3501-4000	1.625	1.598	1	16	6	4
4001-4500	703	687	0	4	8	4
4501-5000	296	284	0	3	9	0
Peste 5000	427	420	0	3	1	3
Total ianuarie	4.727.316	3.242.949	10.460	121.055	800.929	550.825
Medie trim.I	4.721.681	3.247.026	10.570	119.504	794.914	548.779

Surse : *** 2012, *Evoluția numărului de pensionari și a cuantumului pensiei din sistemul asigurărilor sociale de stat și agricultori în trimestrul I 2012, CNPV*

Dar chiar și în aceste condiții, mulți dintre vârstnicii cu pensii mici, solicită serviciile din sistemul național de asistență socială, cu diverse motivații – plata întreținerii locuinței, achitarea unor medicamente, cumpărarea de combustibili, asigurarea hranei ș.a.

Tabel 9. Dinamica cuantumului pensiei medii lunare nete, în intervalul 1989-2011

Anul	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
lei	1420	1.602	3.357	8.759	27.079	61.370	88.108	126.842	259.947

Anul	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
lei	400.489	688.789	937.170	1.340.000	1.690.000	1.950.000	2.440.000

Anul	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
RON	289	337	399	483	715	727	776

Sursa : *** 1990- 2012, *Buletine statistice trimestriale*, I.N.S.

Pensionarii din agricultură. Numărul de pensionari din agricultură a scăzut, în trimestrul I 2012 față de trimestrul I 2011, pe fondul scăderii (prin deces) a numărului de pensionari la toate categoriile de pensie, astfel:

- pentru pensia de invaliditate – cu 22,11%;
- pentru pensia de urmaș – cu 10,17%;
- pentru pensia pentru limită de vârstă – cu 7,69%.

În **martie 2012, numărul pensionarilor din agricultură a scăzut la 635.603 persoane, de la 647.492 persoane, câte se înregistrau în ianuarie 2012.**

Tabel 10. Pensionari agricultori, pe categorii, în trimestrele I 2011 și 2012

Luna	Total pensionari	Pensie pentru limită de vârstă	Pensie de invaliditate	Pensie de urmaș
Media – trim. I 2011	698.880	619.362	13.620	65.898
Media – trim. I 2012	641.548	571.746	10.608	59.194

Surse : *** 2012, *Evoluția numărului de pensionari și a cuantumului pensiei din sistemul asigurărilor sociale de stat și agricultori în trimestrul I 2012*, Casa Națională de Pensii și Alte Drepturi de Asigurări Sociale

În trimestrul I 2012, numărului pensionarilor agricultori a evoluat astfel (pe tranșe de cuantum al pensiei):

- pentru pensiile în cuantum de 350 lei, numărul maxim al pensionarilor s-a înregistrat în luna ianuarie – 365.688 *pensionari respectivi reprezentând 56,48% din numărul total al pensionarilor;*

- pentru pensiile între 351 și 500 lei, numărul maxim al pensionarilor s-a înregistrat în luna ianuarie – 275.395 *pensionari respectivi reprezentând reprezentând 42,53% din numărul total al pensionarilor;*

- pentru pensiile de peste 500 lei, numărul maxim al pensionarilor s-a înregistrat în luna ianuarie – 6.409 pensionari respectivi reprezentând 0,99% din numărul total al pensionarilor.

Cea mai mare pondere a pensionarilor agricultori este dată de pensiile foarte mici – sub 500 lei – 99,01%.

Tabel 11. Cuantumul pensiilor de agricultori, în lunile martie ale anilor 2011 și 2012

Luna și anul	Cuantum pensie (lei)			
	Pensie medie	Pensie limită de vârstă	Pensie de invaliditate	Pensie de urmaș
Martie 2011	311	330	223	144
Martie 2012	313	332	217	145

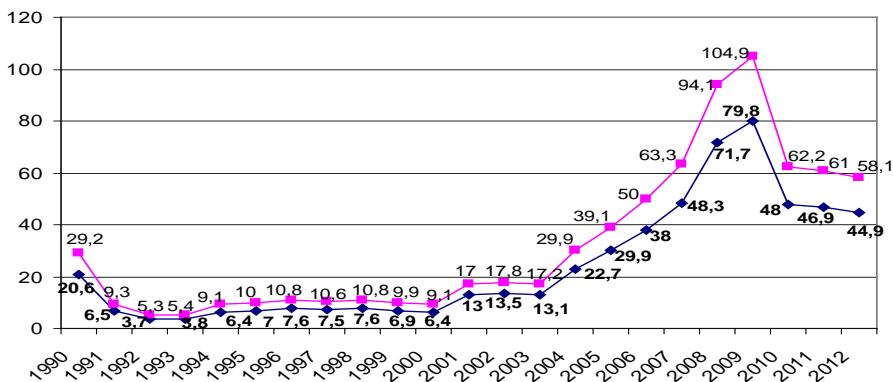
Surse : *** 2012, *Evoluția numărului de pensionari și a cuantumului pensiei din sistemul asigurărilor sociale de stat și agricultori în trimestrul I 2012*, Casa Națională de Pensii și Alte Drepturi de Asigurări Sociale

În luna martie 2012, pensiile agricultorilor au înregistrat o creștere nesemnificativă – 0,64% față de luna martie 2011, valoarea nominală fiind de 313 lei (martie 2012) față de 311 lei (martie 2011), pe categorii de pensii, cea mai mare creștere înregistrând-o pensia de urmaș, apoi pensia pentru limită de vârstă, în timp ce pensia de invaliditate s-a redus. În luna martie 2011, pensia medie (313 lei) a reprezentat 94,28% din pensia pentru limită de vârstă (332 lei). Pensia de invaliditate (217 lei) a reprezentat 65,36%, iar pensia de urmaș (145 lei) a reprezentat 43,67% din pensia medie a agricultorilor.

Puterea de cumpărare a pensiilor. Pensionarii pentru limită de vârstă, având o pensie sub 740 de lei – adică 1.236.462 persoane – au avut nevoie, cu siguranță, de ajutor economic substanțial pentru a putea trăi. Când totuși ei nu au beneficiat de ajutor din partea familiei sau din alte surse, asemenea persoane au ajuns în grija serviciilor de asistență socială (cei sunt suficient de informați și întreprinzători pentru a solicita beneficiile acestora). Pentru cei mai mulți dintre pensionarii cu venituri mici și foarte mici s-a pus *problema acoperirii trebuințelor de supraviețuire* deoarece nu și-au putut permite cheltuielile aferente unui *traie decent* decât la nivel de speranță și aspirații. Din studiile Institutului de Cercetare a Calității Vieții din Academia Română, rezultă că, pensia medie lunară netă cu greu poate acoperi

trebuințele de consum ale unei familii de pensionari, chiar dacă familia respectivă dispune de două pensii.

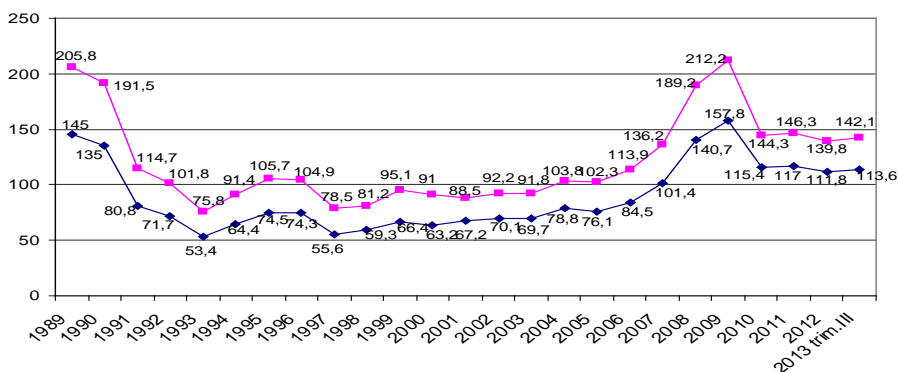
Tabel 12. Dinamica raportului dintre o pensie medie de asigurări sociale de stat și minimul decent de trai, respectiv minimul de subzistență al familiei de 2 pensionari din urban



Legendă: - ■- MS – minimul de subzistență, - ♦- MD – minimul decent de trai.

Sursa : Mihăilescu Adina, Minimul de trai instrument în politicile sociale, Editura Academiei Române, București, 2014, p. 36.

Tabel 13. Dinamica raportului dintre două pensii medii de asigurări sociale de stat și minimul decent de trai, respectiv minimul de subzistență al familiei de 2 pensionari din urban



Legendă: - ■- MS – minimul de subzistență, - ♦- MD – minimul decent de trai.

Sursa : Mihăilescu Adina, Minimul de trai instrument în politicile sociale, Editura Academiei Române, București, 2014, p. 36.

Puterea de cumpărare a pensiei medii nete ca și aceea a pensiei pentru limită de vârstă a oscilat în intervalul 1989-2012, abia în ultimii 4-5 ani ai intervalului reușind să acopere, la limită, trebuințele coșului minim de consum al familiei de pensionari.

Când însă familia de pensionari dispune de o singură pensie medie, situația sa economică devine de-a dreptul dramatică. O pensie medie netă de asigurări sociale de stat nu a putut acoperi trebuințele de consum ale familiei de pensionari nici măcar la nivelul de subzistență, decât în anul 2009 – la un nivel de numai 106,7 % -, după care nivelul de acoperire a trebuințelor de subzistență a scăzut din nou în jurul valorii de 70 %. Aceasta este de fapt expresia cea mai elocventă a sărăciei cronice, pe termen lung.

În luna martie 2012, un număr de **2.429.937 (45,41%)** pensionari de asigurări sociale de stat și agricultori nu și-au putut acoperi cheltuielile aferente *coșului minim de subzistență* (586 lei), iar un număr de **2.944.293 (55,03%)** pensionari s-au situat prin cuantumul veniturilor lor sub valoarea coșului minim de consum decent (694 lei).

În luna decembrie 2011 veniturile din pensie înregistrau următoarele ponderi în alte categorii de venituri ale populației:

- pensia medie de asigurări sociale de stat reprezenta 35,2% din salariul mediu brut;
- pensia medie pentru limită de vârstă reprezenta 40,7% din salariul mediu brut;
- pensia medie de asigurări sociale de stat reprezenta 48,4% din salariul mediu net; salariul mediu net, în luna decembrie 2011, era de 1.604 lei, respectiv de 2,06 ori mai mare decât pensia medie de bază și de 1,78 ori mai mare decât pensia medie pentru limită de vârstă;
- pensia medie pentru limită de vârstă reprezenta 56,1% din salariul mediu net (**2012, *Evoluția numărului de pensionari... CNPV*).

Veniturile totale ale gospodăriilor de pensionari. În trimestrul III 2011, gospodăria de pensionari dispunea de un *venit total mediu lunar* de 1.997,0 lei (799,1 lei /persoană) și a efectuat *cheltuieli totale medii lunare* de 1803,32 lei (721,6 lei /persoană) (**2012, *Ocuparea și șomajul în anul 2011, INS*).

Cu alte cuvinte, *fiecare membru de familie al unei gospodării de pensionari a dispus de un venit foarte apropiat de cuantumul unei pensii medii nete, achitându-și cheltuielile cu ceva mai puțin decât cuantumul unei pensii medii nete aferente anului 2011 (776 lei).*

Venitul mediu lunar total de 1.997,0 lei al unei gospodării de pensionari a reprezentat 83,1% din venitul mediu pe ansamblul gospodăriilor din România (2.401,8 lei). Cu alte cuvinte, nici restul populației nu a trăit cu mult mai bine decât gospodăriile de pensionari (pentru alte categorii de gospodării trebuințele fiind cu mult mai mari decât ale gospodăriilor de pensionari).

Structura veniturilor totale ale gospodăriilor de pensionari s-a evidențiat prin ponderea mare a *veniturilor din prestații sociale* – 1.090,6 lei (54,6%), din care pensii – 1.042,9 lei (95,6%).

Veniturile în natură au reprezentat 19,0% din veniturile totale, iar din acestea, *contravaloarea consumului de produse agroalimentare din resurse proprii* – 17,1% din total.

O altă sursă de venituri pentru gospodăriile de pensionari au fost *salariile și alte drepturi salariale* (în proporție de 20,7%).

La formarea veniturilor totale ale pensionarilor au contribuit, în mică măsură, *veniturile din agricultură* (vânzări de produse agroalimentare, animale și păsări, prestarea unor activități și încasări de la societăți și asociații agricole) – 2,4%, *venituri din activități neagricole independente* – 1,1%, *venituri din vânzarea de active din patrimoniul gospodăriei* – 0,7% și *alte venituri* – 1,4%.

Nivelul mediu lunar al veniturilor bănești în trimestrul III 2011 (1.617,8 pentru gospodăria de pensionari și 647,4 lei pe persoană) a reprezentat 81% din totalul veniturilor. În structura veniturilor totale, 54,6% l-au reprezentat veniturile din prestații sociale și 20,7% veniturile din salarii brute și alte drepturi salariale.

Cheltuielile gospodăriei de pensionari. La nivelul mediei, cheltuielile gospodăriei de pensionari din România sunt caracteristice unui model de consum dominant centrat pe *satisfacerea trebuințelor de bază*: consum alimentar, achitarea *cheltuielilor cvaziobligatorii* (întreținerea locuinței, taxe, impozite, medicamente) și menținerea unui *nivel minim de integrare socială* (radio-tv, telefon). De exemplu, în trimestrul III 2011, *cheltuielile totale ale gospodăriei de pensionari*, au fost în medie, de 1.803,3 lei lunar (721,7 lei pe persoană) și au reprezentat 90,3% din nivelul venitului mediu total lunar al acestei categorii de populație. *Consumul mediu al gospodăriei de pensionari* a necesitat 1.335,7 lei pe gospodărie (534,5 lei pe

persoană), având o pondere în cheltuielile totale ale gospodăriei de 74,1%. *Cheltuielile bănești de consum* au reprezentat 64,3% din cheltuielile totale, respectiv 1.158,9 lei. *Cheltuielile pentru alimente și băuturi consumate* au fost de 418,1 lei (36,1% din totalul cheltuielilor bănești de consum), *cheltuielile pentru cumpărarea mărfurilor nealimentare* de 444,0 lei (38,3%) și *cheltuielile pentru plata serviciilor* de 296,8 lei (25,6%).

**Tabel 14. Structura consumului agroalimentar
(183,3 lei / persoană)**

Cereale și produse din cereale	Carne și preparate din carne	Legume și conserve de legume	Brânzeturi și smântână	Lapte	Grăsimi	Fructe
22% din care pâine și franzelărie 16,5%	21,5%	8,0%)	7,4%),	6,9%	4,9%	4,5%

Sursa: *** 2012, „Veniturile și consumul populației în trimestrul III 2011”, INS

Consumul alimentar pe factori de nutriție. La nivelul mediei întregii populații, în trimestrul III 2011, consumul alimentar mediu zilnic pe o persoană a fost de **2383** calorii (**2.446** calorii, în anul 2010), **79,9** grame protide, **81,1** grame lipide și **305,9** grame glucide, marcând o scădere față de anii anteriori, ceea ce înseamnă că, în domeniul alimentar, criza s-a resimțit abia în anul 2011. În gospodăriile de pensionari, acest consum a fost ușor mai ridicat, respectiv – **2475** calorii (**2594** calorii, în anul 2010), **83,3** grame protide, **84,3** grame lipide și **318,6** grame glucide (***) 2012, *Veniturile și...*, INS).

Structura cheltuielilor pentru mărfurile nealimentare – în medie, 444 lei pentru gospodăria de pensionari, a fost următoarea: 20,1% produse medicale, aparate medicale și medicamente, 18,9% combustibili, 13,9% țigări, tutun, 7,8% carburanți și lubrifianți, 6,5% produse pentru întreținerea curentă a locuinței, 6,4% produse de îmbrăcăminte, 6,2% articole și produse de îngrijire personală și 4,8% încălțăminte.

Structura cheltuielilor pentru plata serviciilor (296,8 lei pentru gospodăria de pensionari), a fost următoarea: energie electrică – 21,5%, telefon – 18,7%, apă, canal, salubritate și servicii comunale – 13,4%, abonamente radio-tv – 8,5%, transport – 7,3%, serviciile de sănătate – 7,2%, gaze naturale – 6,3%, servicii turistice – 3,5%, alte servicii pentru întreținerea locuinței – 3,1%, educație – 1,9%, energie termică – 0,7% (***) 2012, *Veniturile și consumul ...*, INS).

Cum au făcut față cheltuielilor curente persoanele vârstnice. Nivelul relativ scăzut al veniturilor reale ale gospodăriilor de vârstnici din România condiționează strict, de peste două decenii, modelele de consum ale acestor tipuri de gospodării, distorsionând structura acestora și punând asupra lor amprenta sărăciei, pe termen lung. De exemplu, în anul 2002, 60% dintre persoanele vârstnice declarau că veniturile familiei nu le ajung nici pentru strictul necesar, 31% declarau că veniturile le ajung doar pentru strictul necesar și doar 8% – că au venituri pentru un trai decent (*sondaj INS, 2002*). Nici în anul 2009, situația nu s-a schimbat prea mult:

Tabel 15. Cum au făcut față cheltuielilor gospodăriile de pensionari, în anul 2009(%)

	Total	Cu mare dificultate	Cu dificultate	Cu oarecare dificultate	Destul de ușor	Ușor	Foarte ușor
Total	100,0	21,8	31,0	36,1	7,7	3,2	0,2
Urban	100,0	22,6	31,7	34,7	8,2	2,6	0,2
Rural	100,0	20,8	30,0	38,1	7,1	3,9	0,1

Sursa: *** 2010, *Condiții de viață ale populației din România, 2009*, INS

În 2009, ca și în anii anteriori, ponderea pensionarilor care au făcut față cheltuielilor curente cu dificultate, atât în urban cât și în rural, a gravitat în jurul valorii de 90 %.

Tabel 16. Gospodării care (nu) au putut face față cheltuielilor cu venitul lunar realizat

Criteria	Total	Urban	Rural	
Gospodării care au putut face față cheltuielilor cu venitul lunar realizat	57,4	58,2	56,5	
Gospodării care și-au putut permite:	O săptămână de concediu în afara casei	10,9	15,2	6,5
	înlocuirea mobilei uzate	4,1	4,1	4,2
	cumpărarea de produse electrocasnice	10,0	9,6	10,3
	cumpărarea de haine noi	25,5	27,5	23,4
	vizionarea unui spectacol de teatru, cinema	5,4	8,7	2,1
	cumpărarea de cărți, reviste, ziare	18,2	25,2	11,0
nici una din cauza economiilor prea mici	59,3	53,3	65,4	

Gospodării care nu au putut face față cheltuielilor cu venitul realizat		42,6	41,8	43,5
Gospodării care, datorită lipsei resurselor financiare, s-au aflat în imposibilitatea:	de a plăti la timp chiria	0,7	1,2	0,2
	de a plăti la timp întreținerea locuinței	32,7	36,8	28,7
	de a plăti la timp energia electrică	15,3	13,6	16,8
	de a plăti la timp telefonul	4,7	4,3	5,1
	de a plăti la timp abonamentul radio-TV	6,5	5,8	7,1
	de a cumpăra alimente suficiente pentru asigurarea hranei	83,2	84,5	82,0
Gospodării care, pentru a face față cheltuielilor curente, au apelat la alte surse, cum ar fi:	Economii	17,0	16,4	17,6
	împrumuturi la rude, prieteni, alte persoane	20,9	23,2	18,7
	muncă suplimentară	8,9	5,6	11,9
	ajutor financiar, fără obligația de restituire, de la rude, prieteni	15,7	18,2	13,4
	nu au apelat	48,9	48,5	49,3

Sursa: *Condiții de viață ale populației din România, 2009*, INS, 2010

Toate acestea s-au petrecut în condițiile în care multe dintre nevoile de asistență socială comunitară, instituționalizată sau la domiciliu au lipsit în rural, iar în urban au fost acoperite doar în mică măsură, formal, eventual prin măsuri legislative, în unele comunități aplicate parțial, din lipsă de resurse la bugetele administrației locale. Însuși faptul că 83,2% dintre pensionari s-au aflat în *imposibilitatea de a cumpăra produse alimentare suficiente pentru asigurarea minimului de hrană* vorbește de la sine despre nivelul frustrărilor pe care le cunosc cei mai mulți dintre pensionari și, cu atât mai mult, vârstnicii lipsiți de pensie, în privința asigurării unui trai decent.

Incidența sărăciei în rândurile populației vârstnice din România în context european

Sărăcia este o problemă socială recunoscută la nivel european.

Restrângerea ariei de manifestare a sărăciei și excluziunii sociale constituie un ideal important al UE, materializat prin aplicarea unor planuri comune de acțiune și prin dezvoltarea unui sistem comun de evaluare periodică a realizărilor. Asigurările sociale securizează la un nivel ridicat veniturile populației și conferă autonomie financiară multor persoane vârstnice din

țările europene. În aceste condiții, totuși, sărăcia constituie o realitate, deși riscul sărăciei variază mult de la o țară la alta. În rândurile persoanelor vârstnice, dar nu numai, femeile sunt mai larg afectate de sărăcie decât bărbații, poate și pentru că ele realizează, în general, venituri mai mici și prezintă o speranță de viață mai ridicată. Reformele sociale în desfășurare în spațiul european sunt chemate să remedieze această inechitate dacă nu pe termen scurt, măcar pe termen mediu.

În prezent, o parte a populației europene – între care și persoane vârstnice – suferă din cauza sărăciei, sub diverse forme – malnutriție, lipsă de adăpost sau lipsa unor mijloace economice necesare integrării sociale. În medie, *trei sferturi dintre cetățenii țărilor membre ale UE consideră sărăcia o problemă gravă pentru țara lor* (***) Eurobarometer, CE, 2009). În Eurobarometrul din septembrie 2009, România se situa pe locul trei în clasamentul percepției cetățenilor cu privire la răspândirea sărăciei în țara lor; 90% dintre români afirmau atunci că sărăcia este larg răspândită în țara noastră, în timp ce pentru Bulgaria ponderea a fost de 92%, iar pentru Ungaria de 96%. La nivel mediu european, 56% din populație aprecia că șomerii sunt cei mai expuși sărăciei, în timp ce **41% din populația europeană considera că persoanele cele mai vulnerabile sunt vârstnicii** (Stanciu, Mihăilescu, 2011).

În anul 2011, în jur de 81 milioane de persoane din UE trăiau în sărăcie, deprivare materială și excluziune socială, realizând venituri sub 60 % din venitul median pe UE (***)2011, Employment, Social Affairs..., European Commission). Pentru persoanele vârstnice, anul 2007 a marcat o creștere a populației sărace de la 17,6 la 18,2%, după care în anul 2010, s-a înregistrat o scădere relativă a sărăciei, la 15,3%. Deși a fost un an de criză în Europa, anul 2010 a fost ceva mai generos cu persoanele vârstnice (ceea ce, după cum vom vedea, în continuare, nu se aplică și pentru România) decât anul 2011, când sărăcia a început din nou să se extindă.

Tabel 17. Rata medie a sărăciei în rândurile persoanelor vârstnice din UE-27

Anul	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
%	17,6	17,6	18,2	17,7	17,0	15,3	15,6

Sursa: Eurostat, 20.12.2012, http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_pns7&lang=en

De regulă, măsurile anti-sărăcie și de promovare a incluziunii sociale se adresează tuturor categoriilor de vârstă. Dar beneficiarii potențiali ai serviciilor de asistență socială sunt, destul de frecvent, persoane vârstnice ce dispun de resurse materiale reduse, ori fără adăpost, vârstnici care locuiesc

singuri – fără susținători legali sau cu sănătate deosebit de precară. Statistic, asemenea persoane prezintă o predispoziție redusă spre consumul unor bunuri și servicii considerate indispensabile unei vieți normale, decente, fie și la un nivel minim al consumului. De aceea, indicatorii de incluziune socială trebuie să țină seama de condițiile speciale ale vieții unor asemenea persoane, raportându-le la un standard de viață minim, de tip normativ, stabilit științific și acceptabil din perspectivă socială. Indicatorii respectivi trebuie reactualizați periodic în vederea creării unor termeni de referință științifici pentru evaluarea politicilor sociale aplicate. În spațiul UE, indicatorii de incluziune socială sunt calculați prin metode de măsurare validate internațional, pentru a permite realizarea unor comparații între state. Unul dintre indicatorii cei mai relevanți, în acest sens, este *rata sărăciei*.

Oficiul de statistică al UE, Eurostat, utilizează ca metodă de măsurare a sărăciei *metoda relativă*, pornind de la faptul că, de peste două decenii, în UE nivelul sărăciei absolute este scăzut comparativ cu nivelul mondial; ca urmare, obiectivul principal al țărilor din UE nu este asigurarea unui nivel minim de trai stabilit prin metode normative, ci atingerea unui nivel de prosperitate cât mai ridicat pentru toți cetățenii, în acord cu dezvoltarea economică și socială a fiecărui stat. Totuși, după lărgirea spre sud-est a UE, decalajele economice dintre statele europene s-au accentuat. Iar faptul că în UE fenomenul sărăciei a fost evaluat în mod tradițional în cifre relative, nu mai servește așa de bine cunoașterea pro-activă a realității sociale. Persistența sărăciei absolute pe arii destul de largi în țările nou intrate în uniune constituie un fapt de necontestat. Ca urmare, în țările respective rămâne relevantă, cel puțin pe termen mediu, și evaluarea sărăciei absolute. În țările foarte sărace însă, cum este România, nu sunt abandonate nici evaluările de tip normativ ale sărăciei, având în vedere că un procent destul de ridicat al populației nu-și poate satisface încă nici trebuințele de subsistență.

Tabel 18. Rata sărăciei pentru persoanele de 65 ani și peste, 2009 și 2010 în statele membre UE 27 (%)

Nr. crt.	Țara	Feminin 2009	Masculin 2009	Total 2009	Total 2010
1.	Cipru	52,4	44,1	48,6	...
2.	Letonia	50,7	40,6	47,5	37,7
3.	Bulgaria	44,2	32,0	39,3	55,9
4.	Estonia	41,3	18,9	33,9	19,0
5.	Spania	27,1	22,6	25,2	22,6
6.	Lituania	31,3	13,2	25,2	30,0

7.	Marea Britanie	24,1	20,1	22,3	22,3
8.	Finlanda	28,4	13,1	22,1	19,5
9.	Belgia	22,3	20,6	21,6	21,0
10.	Grecia	21,9	20,9	21,4	26,7
11.	România	25,3	14,7	21,0	39,9
12.	Portugalia	21,8	17,7	20,1	26,1
13.	Slovenia	25,5	11,4	20,0	22,8
14.	Italia	22,4	15,8	19,6	20,3
15.	Danemarca	20,3	18,3	19,4	18,4
16.	Malta	17,8	20,5	19,0	21,9
17.	Suedia	23,6	10,4	17,7	15,9
18.	Irlanda	17,6	14,4	16,2	10,6
19.	Austria	18,4	10,7	15,1	15,8
20.	Germania	17	12,9	15,0	14,8
21.	Polonia	16,5	10,9	14,4	24,4
22.	Slovacia	14,8	4,5	10,8	16,7
23.	Franța	11,9	9,1	10,7	12,0
24.	Olanda	7,5	8,0	7,7	6,2
25.	R. Cehă	10,3	3,0	7,2	10,1
26.	Luxemburg	7,7	3,9	6,0	6,1
27.	Ungaria	5,4	3,1	4,6	16,8

Notă: rata sărăciei este fixată la 60% din mediana distribuției gospodăriilor după venitul disponibil pe adult echivalent. Numărul de „unități adult echivalent” din fiecare gospodărie a fost calculat pe baza scalei de echivalență potrivit căreia trebuințele de consum ale copiilor diferă (sunt mai mici) de cele ale adulților iar trebuințele de consum ale unei gospodării nu cresc direct proporțional cu numărul persoanelor componente.

Sursa: *** Eurostat, 2011, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=815&langId=en>, Eurostat 2012, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tespn110&plugin=1>, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/employment_social_policy_eq_uality/omc_social_inclusion_and_social_protection/pension_strand

Sărăcia relativă potrivit căreia este considerată săracă o persoană cu resurse insuficiente atingerii unui nivel de bunăstare realizat de o majoritate a populației stabilită convențional de țara respectivă, se poate descrie prin intermediul a mai mulți indicatori complementari, ce permit evaluarea incidenței sociale, a profilului și adâncimii sărăciei din fiecare țară. De regulă, prin această metodă de estimare se determină – utilizând criteriile

monetare – ponderea persoanelor ale căror resurse sunt mai mici comparativ cu nivelul minim al populației majoritare, dar nu atât de mici încât să nu le permită acestora acoperirea trebuințelor unui minim decent de trai. De aceea, în UE indicatorii sărăciei relative mai sunt numiți și *indicatori ai riscului de sărăcie*. În UE, *pragul sărăciei relative* este fixat la 60 % din venitul median /mediu (venitul median este venitul sub care se situează venitul a jumătate din populație) aflat la dispoziția persoanelor /gospodăriilor, iar *pentru sărăcia absolută* se utilizează pragul de 40% din venitul median.

În 2007, 6% din populația europeană realiza *venituri sub 40 % din venitul median al UE*. Una din 10 persoane realiza *venituri sub 50 % din venitul median la nivel UE* și aproximativ 24% din populație realiza *venituri sub 70% din venitul median* (rata de 70% din venitul median desemnează cel mai ridicat prag al sărăciei în spațiul UE) (**Stanciu, Mihăilescu, 2011).

Rata sărăciei s-a dovedit relativ stabilă în timp, în majoritatea țărilor europene, oscilând între 16,7% (2007) și 16,3% (2009). În intervalul respectiv însă, România a înregistrat una din cele mai ridicate rate ale sărăciei – 22,4% în 2009 – situându-se pe penultimul loc în UE, înaintea Letoniei (care a avut o rată de 25,7%). Datele Eurostat (2011 și 2012) cu privire la *gradul de sărăcie al vârstnicilor (65 ani și peste)*, indică pentru România, în anul 2009, o rată a sărăciei de 21%, adică mult peste nivelul mediei UE-27 (17,8%), valoare care, în anul 2010 aproape s-a dublat (39,9%). Acest fapt indică frustrările majore resimțite de populația vârstnică din România, în anul 2010 (când rata medie a sărăciei persoanelor vârstnice din UE-27 s-a diminuat la 15,3 %), în materie de acces la bunurile și serviciile necesare unui trai decent. Diferența de gen între ratele sărăciei pentru persoanele vârstnice, situează femeile vârstnice net defavorabil comparativ cu bărbații vârstnici, atât la nivelul UE-27, cât și în România. În 2009, la nivelul UE-27, ponderea medie a femeilor vârstnice aflate în risc de sărăcie era de 20,1%, iar a bărbaților, de 14,9%.

Procentele însă au variat mult de la o țară la alta – pentru femeile vârstnice, de la 52,4% – Cipru, la 5,4% – Ungaria, pentru bărbații vârstnici, de la 44,1% – Cipru, la 3,0% – R. Cehă. Diferențe mari s-au înregistrat și în Estonia – de 22,4%, Lituania -18,1%, Finlanda – 15,3%, Slovenia – 14,1%, Suedia – 13,2%, Bulgaria – 12,2%, și România – 10,6%. Există și două țări în care ponderea bărbaților vârstnici aflați în risc de sărăcie este mai mare decât cea a femeilor vârstnice – Olanda (0,5%) și Malta (2,7%). Toate țările central și est europene au resimțit acut criza, cele mai afectate fiind România și Bulgaria. În aceste țări, ca și în altele din UE-27, persoanele în vârstă de 65 ani și peste au fost mai expuse riscului de sărăcie decât alte categorii de

vârstă, ceea ce înseamnă că pensiile sunt mult mai mici decât veniturile persoanelor active și, în special ale salariaților, deoarece pensiile nu au ținut pasul cu inflația și creșterile salariale. **În cazul României**, restricțiile noi impuse protecției sociale a persoanelor vârstnice (înghețarea nivelului pensiilor), pe motivul crizei economico-financiare, s-au aplicat pe fondul dificultăților social-economice mai vechi din perioada de tranziție.

Tabel 19. Rata sărăciei pensionarilor din România, pe genuri

2007			2008			2009			2010		
To- tal	Femin in	Mascu lin	To- tal	Femin in	Mascu lin	To- tal	Femin in	Mascu lin	To- tal	Femin in	Mascu lin
15, 7	17,6	13,2	12, 8	13,8	11,4	15, 7	18,0	12,7	12, 8	14,9	9,8

Sursa : *** 2011, *Dimensiuni ale incluziunii sociale în România*, INS

**Tabel 20. Rata sărăciei persoanelor vârstnice
din România (peste 65 de ani)**

2005	2006	2007	2008	2009	2010
17,2	18,7	19,4	16,2	21,0	16,7

Sursa : *** 2011, *Dimensiuni ale incluziunii sociale în România*, INS

Practic, viața persoanelor vârstnice din România nu s-a îmbunătățit substanțial în ultimul deceniu. În jurul anului 2000, familiile de pensionari prezentau o rată a sărăciei mai mică decât rata la nivelul întregii populații. În 2001, *rata sărăciei pentru pensionari era estimată la 24,2%, iar cea a sărăciei severe la 7,3%. Pentru populația în vârstă de peste 65 de ani*, rata sărăciei era ceva mai mare, de 26,8%, iar cea a sărăciei severe – de 9,3%. În anul 2001 comparativ cu 2000, a avut loc o creștere a ratei sărăciei cu 9,5% pentru persoanele de 65 de ani și peste (Bălașa, 2004).

În România există o diferență mare între *ratele sărăciei pe medii de rezidență*, această diferență culminând în anul 2008, când creșterea economică a accentuat polarizarea veniturilor populației în profil rezidențial. În anul 2008, rata sărăciei a fost de 8,6% în urban, iar în rural – 29,8%. Asta deoarece în rural se afla 73,9% din populația săracă și 53% din populația vârstnică (de 60 de ani și peste), din care 58% era reprezentată de femei (date valabile la 1 iulie 2010). Sărăcia din ruralul românesc nu-i un fenomen nou. Este o sărăcie multigenerațională, definită prin deficitul cronic de venit și deficitul cronic de consum. Unele forme de excluziune socială sunt specifice ruralului din România (excluziune de la serviciile medicale, de la serviciile de educație, de la serviciile de asistență socială ș.a.). Aceasta explică de ce, populația din rural înregistrează o speranță de viață mai scăzută, un

nivel de educație mai redus, un acces mai dificil la îngrijire a persoanelor vârstnice, la un mod de locuire decent sau la mijloacele de transport moderne (** 2010, *Coordonate ale...*, INS).

Accesul la bunurile și serviciile de consum esențiale condiționează strict calitatea vieții persoanelor vârstnice. Acesta însă este expresia nivelului veniturilor realizate prin intermediul diverselor categorii de prestații sociale (a pensiei de asigurări sociale de stat și a altor categorii de pensii), a salariilor adiacente, a veniturilor din activitățile independente, a veniturilor din agricultură, a veniturilor din proprietăți (chirii, dobânzi, dividende din investiții, venituri din arendă, alte categorii de venituri) din asistența socială și alte forme de prestații sociale, venituri din transferuri, din împrumuturi ș.a. Deși inegalitățile din sfera veniturilor persoanelor vârstnice pot avea multe surse de constituire, în România, acestea sunt consistent corelate cu ocupația anterioară perioadei de pensionare, cu vârsta, genul, starea de sănătate, rezidența și modul de locuire.

Factorii de influență cei mai importanți ai nivelului veniturilor persoanelor vârstnice din spațiul UE sunt *nivelul pensiilor, nivelul economiilor personale* (procentul cel mai mare în Germania și cel mai mic în Spania), *starea de sănătate* (mai bună în Franța, Portugalia, Spania, mai deteriorată în România), *ajutorul și susținerea familială* (mai consistente în Grecia, mai puțin consistente în Olanda și Danemarca).

În România, nivelul mediu al veniturilor, ca și fenomenul sărăciei în rândurile pensionarilor, nu se suprapune întocmai cu nivelul veniturilor sau fenomenul sărăciei persoanelor vârstnice, din cauză că timp de mai mulți ani, s-au efectuat pensionări masive de tip anticipat parțial, anticipat total sau pentru invaliditate. Asemenea pensionări au redus vârsta medie de pensionare, astfel încât, din numărul total de pensionari de asigurări sociale de stat și agricultori, în anul 2010, 18,7% s-au încadrat în categoriile de pensie pentru invaliditate, pensie anticipată și pensie anticipată parțial. În sistemul pensionarilor de asigurări sociale de stat, procentul acestor categorii a reprezentat 21,3% din total, iar în sistemul agricultorilor procentul acestor categorii a reprezentat 2% din total.

Din cei 5.441.783 pensionari existenți în luna martie 2011, 172.850 pensionari (3,2%) au primit pensii sub pragul sărăciei severe¹(179

¹**Pragul sărăciei severe** este calculat prin însumarea costului unui coș minim alimentar cu un minim de consum de bunuri nealimentare și de servicii egal cu cheltuielile efectuate de persoanele al căror consum total este egal cu costul coșului alimentar

Pragul sărăciei absolute este calculat prin însumarea costului unui coș minim alimentar cu un minim de consum de bunuri nealimentare și de servicii, egal cu cheltuielile efectuate de persoanele al căror consum alimentar este egal cu costul coșului alimentar.

lei), 464.019 pensionari (8,5%) au primit pensii sub pragul sărăciei absolute²(259 lei), 1.948.457 pensionari (35,8%) au primit pensii sub valoarea coșului minim de consum lunar² (482 lei), 2.355.204 pensionari (43,3%) au primit pensii sub pragul minim de subzistență (549 lei), iar 3.033.666 pensionari (55,8%) au primit pensii sub pragul minim de trai decent³ (684 lei). *Așadar, o proporție destul de ridicată a pensionarilor din România se află permanent sub amenințarea unui risc ridicat de sărăcie, aceștia fiind oricând pasibili să intre în atenția serviciilor de asistență socială, pentru a putea face față cheltuielilor cvaziobligatorii ale traiului de zi cu zi.*

Tabel 21. Categoriile de praguri ale veniturilor pentru persoanele vârstnice

Nr. crt.	Praguri de venituri lunare	Valoarea maximă de referință (lei)	Număr de pensionari sub valoarea pragurilor	% din totalul de pensionari
1.	Sărăcia severă	179	172.850	3,2
2.	Sărăcia absolută	259	464.019	8,5
3.	Coșul minim de consum lunar	482	1.948.457	35,8
4.	Nivelul minim de subzistență	559	2.355.204	43,3
5.	Nivelul minim de trai decent	697	3.033.666	55,8
6.	X	X	5.441.783	100,0

Surse: Pentru nr. crt. 1, 2, 3, 6, – I.N.S. București; pentru nr. crt. 4, 5, Adina Mihăilescu, ICCV București

Costul coșului alimentar minim a fost estimat pentru a asigura necesarul de 2.550 de calorii zilnic în funcție de consumul populației din decilele 2 și 3 ale distribuției populației după cheltuielile de consum.

²Valoarea **coșului mediu efectiv de consum lunar** al pensionarului singur din mediul urban, calculat la prețurile lunii ianuarie 2011, comunicat de Institutul Național de Statistică.

³Valorile **pragului minim de subzistență** și al **pragului minim de trai decent** sunt calculate în Institutul de Cercetare a Calității Vieții (Adina Mihăilescu) și se referă la luna martie 2011

Probabilitatea de a-și mări propriile venituri prin implicarea în diverse activități a persoanelor vârstnice scade proporțional cu avansarea în vârstă (**2011, *Situația socio-economică...*, CNPV).

În spațiul european, venituri medii ridicate ale persoanelor de 65 ani și peste s-au înregistrat în anul 2009, în: Luxemburg (2.667€), Norvegia (2.417€), Franța (1618€), Danemarca (1.555€), Austria (1529€). Venituri mici s-au înregistrat în: Bulgaria (158€), România (170€), Letonia (283€), Lituania (310€) și Estonia (366€). De regulă, bărbații au înregistrat venituri mai mari decât femeile. Cele mai mari diferențe între genuri s-au înregistrat în Norvegia (349€), Suedia (251€), Finlanda (216€), iar cele mai mici în Bulgaria (17€), România (30€), R. Cehă (31€), Slovacia (35€), Ungaria (41€).

Femeile vârstnice au avut venituri lunare mari în Luxemburg (2.637€), Norvegia (2.264€), Franța (1.533€), Danemarca (1518€), Austria (1.461€), și venituri mici în Bulgaria (152 €), **România (158€)**, Letonia (270€), Lituania (293€), Estonia (336€), Polonia (373€).

Bărbații vârstnici au avut venituri lunare mari în Luxemburg (2.696€), Norvegia (2.613€), Franța (1.722€), Austria (1.643€), Danemarca (1.620€), și venituri mici în Bulgaria (169 €), România (188€), Letonia (311€), Lituania (347€) (**2011, *Situația socio-economică...*, CNPV).

Gospodăriile de pensionari pentru limită de vârstă din **România** realizau, în anul 2009, venituri medii lunare de 1.871,7 lei situându-se sub nivelul veniturilor celorlalte tipuri de gospodării, cu excepția celor de șomeri și agricultori. Numărul mediu de membri dintr-o gospodărie de pensionari era de 2,9 persoane la nivel național, 2,8 persoane în urban și 3,0 persoane în rural. Media lunară a veniturilor lunare pe gospodărie de pensionari reprezintă 80,2% din media totală a gospodăriilor și 60,3% din media veniturilor gospodăriilor de salariați. Veniturile gospodăriilor de pensionari au avut ca surse: venituri din prestații sociale (53,8%) (din care 90,5% pensii), salarii și alte drepturi salariale (20,8%), venituri în natură (20,2%) și venituri din vânzarea de produse agroalimentare (produse în gospodărie) și alte venituri (5,2%) (** 2010, *Coordonate ale...*, INS).

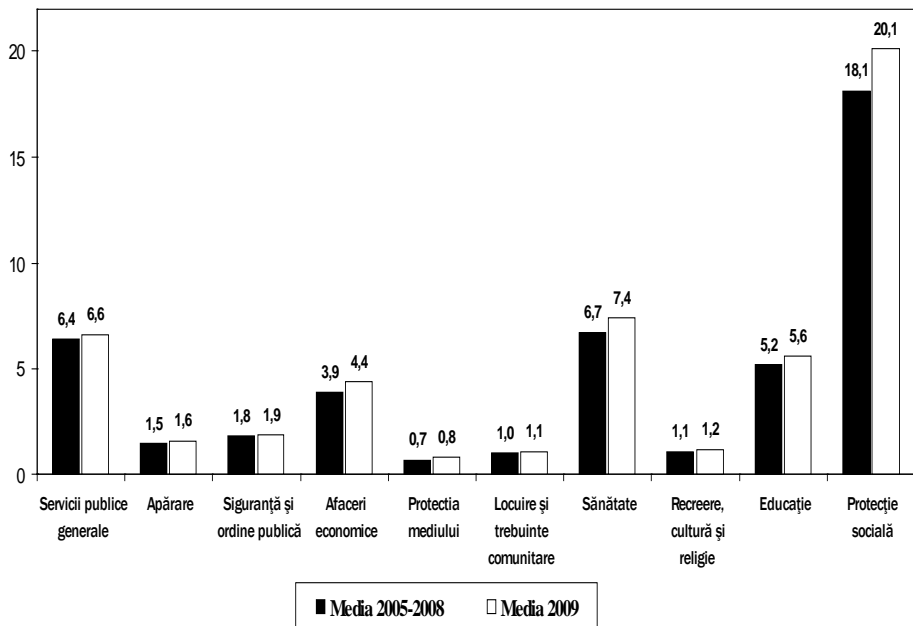
Protecția socială a persoanelor vârstnice

Cadrul european. În orice societate modernă, beneficiile protecției sociale au un rol vital în asigurarea unui standard de viață decent persoanelor vârstnice afectate sub o formă sau alta de sărăcie, ori persoanelor cu probleme de sănătate ce necesită asistență comunitară sau îngrijire instituționalizată. Nivelul de dezvoltare economică dar și voința politică din fiecare stat condiționează protejarea drepturilor și libertăților

cetățenilor vârstnici. Din cauza diferențelor mari dintre state în această privință, unele organizații internaționale au emis unele reglementări cu regim consultativ. Asemenea organizații – ONU, UE, Consiliul European, OMS ș.a. – sunt preocupate de inițierea unor măsuri de protecție socială sustenabile, care să preîntâmpine efectele socio-economice adverse ale fenomenului îmbătrânirii demografice.

Carta Socială Europeană, emisă de Consiliul Europei urmărește intensificarea coeziunii sociale din spațiul European și este *primul tratat internațional ce consacră dreptul la protecție împotriva sărăciei și excluziunii sociale*. *Protecția socială a vârstnicilor* are în vedere trei categorii de drepturi: dreptul la securitate și asistență socială, dreptul la ocrotirea sănătății, dreptul la accesarea altor servicii sociale. *Articolul 23 al Cartei Sociale Europene* specifică „*Dreptul persoanelor vârstnice la protecție socială*” și enunță unele politici indispensabile integrării sociale a persoanelor vârstnice. Reglementările respective vizează *susținerea unui trai decent și participarea activă a vârstnicilor la viața socială*.

Grafic 1. Cheltuieli guvernamentale, pe funcții ale bugetelor publice, în țările UE-27, ca procente din PIB (2005-2009)



Sursa: Freysson L., 2011, *General Government expenditure trends 2005-2010: EU countries compared*, în *** 2011, "Statistics in focus", no. 42, Eurostat

Comisia Europeană întreține, de mai mulți ani, o vastă dezbatere internațională, asupra necesității de reformare a sistemelor de protecție socială în sensul creșterii sustenabilității acestora, pornind de la constatarea noilor realități de pe piața muncii (creșterea ratei de dependență) și de la schimbările demografice (scăderea natalității, nuclearizarea structurilor familiale, îmbătrânirea demografică ș.a.). Toate reglementările emise de Comisia Europeană urmăresc *prevenirea creșterii peste limitele suportabilității a ratei dependenței în funcție de vârstă*. În această privință, situația diferă de la o țară la alta. Totuși, peste tot, soluțiile de bază au încă în vedere principiul tradițional european al *solidarității intergeneraționale*, deși acesta devine tot mai greu sustenabil.

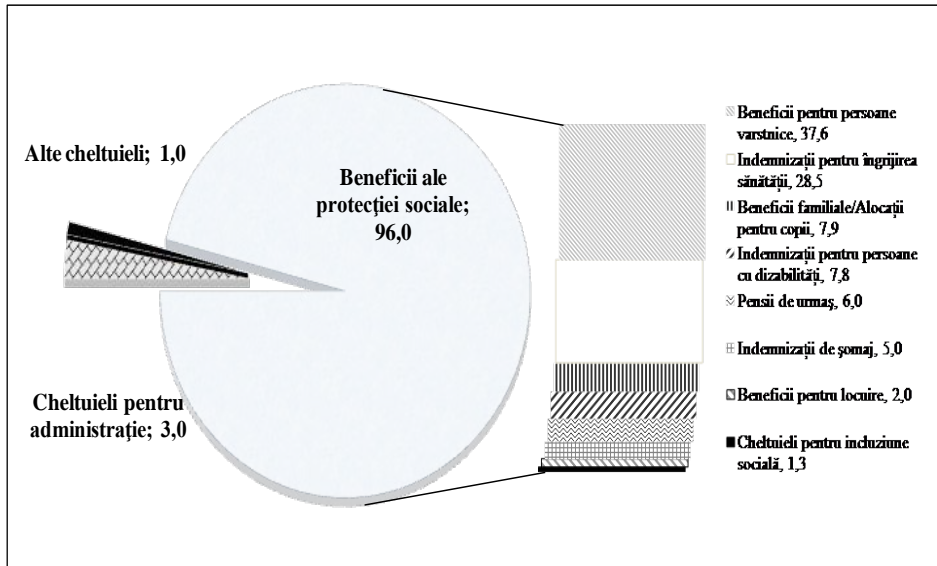
Comisia Europeană promovează și alte acțiuni în favoarea persoanelor vârstnice și examinează modul în care statele membre pot proteja generațiile vârstnice împotriva riscurilor de sărăcie și dependență. Acțiunile respective sunt dominate de promovarea menținerii în activitate a forței de muncă vârstnice, de facilitarea tranziției de la etapa profesională la viața de pensionar, de ameliorarea condiției femeilor vârstnice, îndeosebi a celor singure, de facilitarea accesului la asistența socială al persoanelor vârstnice cu nevoi speciale ș.a. (Bălașa, 2003).

Deși în UE există sisteme de protecție dintre cele mai eficiente, totuși, literatura în domeniu, relevă, îndeosebi în ultimul deceniu, starea de criză a serviciilor sociale din cauza dificultăților în creștere de finanțare a acestora. Schimbarea raporturilor dintre sistemele publice de prestare a serviciilor de asistență socială și cele private, dintre sistemele formale (instituționalizate) și cele informale (familia, prietenii, vecinii ș.a.), privind disponibilitatea de sprijinire a persoanelor vârstnice aflate în dificultate pune în termeni noi necesitatea reconsiderării rolului comunității și familiei în satisfacerea nevoilor generale și specifice ale persoanelor vârstnice.

În UE-27, *beneficiile protecției sociale* sunt transferuri de la bugetul statului către persoanele eligibile în scopul acoperirii a *opt categorii de riscuri/nevoi* denumite și *funcții ale bugetului social*. Acestea au cea mai mare pondere în cheltuielile pentru protecția socială – 96%, costurile de administrație și alte cheltuieli fiind 4%. În anul 2008, *prestațiile sociale pentru persoanele vârstnice și pensiile de urmaș* au reprezentat *cea mai mare parte a cheltuielilor pentru protecție socială*: 43,5% (11,5% din PIB). Pe locurile fruntașe la ponderea în PIB a cheltuielilor pentru vârstnici se află Italia (16%), Franța și Austria (13,4%). Diferențele dintre țări sunt date atât de nivelul diferit de bunăstare al țărilor, cât și de politicile diferite ale sistemelor de protecție socială, de tendințele demografice, de ratele de șomaj ș.a. În competiția nedeclarată privind protecția socială din Europa, țările nordice – Danemarca, Finlanda, Suedia și Olanda oferă un nivel mai ridicat

de protecție socială dar și politici mai intens proactive pe piața muncii. În ultimele rânduri ale clasamentului se află țările mediteraneene – Grecia, Italia, Portugalia și Spania, acestea intervenind social la un nivel mai scăzut, îndeosebi în domeniul pensiilor și al reglementărilor salariale.

Grafic 2. Structura cheltuielilor publice pe categorii de beneficii sociale, în EU.27 în anul 2008



Sursa: Eurostat, 2012, *Social protection statistics*

În pofida eterogenității sistemelor de protecție socială din țările europene, îndeosebi pe axa continentală nord-vest, s-a conturat un *model de protecție socială* distinct în raport cu restul țărilor europene. Acesta exprimă voința de a atinge un nivel al bunăstării sociale decent, pentru toți rezidenții statelor respective. Principiile fundamentale ale modelului respectiv sunt *solidaritatea și coeziunea socială*, iar obiectivele sale urmăresc *realizarea egalității de șanse, participarea socială și integrarea/incluziunea socială*.

În România, reglementarea protecției sociale a populației vârstnice are în vedere direcțiile procesului de integrare a țării în UE. Sistemul național de protecție socială a persoanelor vârstnice este structurat pe două dimensiuni principale: *asigurările sociale* (pensii de stat și alte asigurări sociale) și *asistența socială*. Dezvoltarea socială din ultimele patru decenii a permis structurarea și evoluția inegală a acestor sisteme.

Sistemul pensiilor de stat face parte din *sistemul național de asigurări sociale*, fiind un sistem relativ matur, deși în ultimii ani a suportat o mulțime

de schimbări. *Pensia de stat* este un drept social ce se dobândește prin contribuția beneficiarului la fondul de pensii, pe o durată minimă reglementată, cuantumului beneficiului fiind condiționat de perioada și suma contribuției. *Sistemul de asistență socială* este mult mai slab dezvoltat decât sistemul de asigurări sociale. Asistența socială din România utilizează preponderent resurse de la bugetul de stat, dar și unele resurse comunitare sau private. *Asistența socială* acordă beneficii sociale la cerere, în anumite condiții, pe criteriul *testării mijloacelor de existență ale solicitanților*. *Sistemul de asistență socială pentru persoanele vârstnice* a trecut prin mari sincope în dezvoltarea sa, chiar și după anul 1990, când a fost în bună parte recuperat și reinstabilit la nivel național.

Tabel 22. Cheltuieli cu prestațiile sociale pentru persoanele vârstnice și supraviețuitori în total prestații sociale și în PIB, în țările UE.27, în anul 2008

Nr. crt.	Țara	% în total prestații	% în PIB
	UE.27	43,5	11,5
1.	Polonia	58,5	10,9
2.	Italia	57,9	16,1
3.	Malta	51,1	9,6
4.	România	50,0	7,1
5.	Grecia	49,1	12,8
6.	Portugalia	49,0	11,9
7.	Bulgaria	47,8	7,4
8.	Austria	47,7	13,4
9.	Slovenia	44,8	9,6
10.	Letonia	44,8	5,6
11.	Ungaria	44,5	10,1
12.	Cipru	44,5	8,2
13.	R. Cehă	44,3	8,3
14.	Franța	43,7	13,4
15.	Slovacia	41,2	6,6
16.	Danemarca	37,4	11,1
17.	Estonia	42,5	6,4
18.	Lituania	43,2	7,0
19.	Germania	41,3	11,5
20.	Suedia	41,0	12,0
21.	Spania	38,7	8,8
22.	Belgia	38,3	10,8

23.	Marea Britanie	38,0	9,0
24.	Finlanda	36,8	9,7
25.	Olanda	37,7	10,7
26.	Luxemburg	35,4	7,1
27.	Irlanda	24,7	5,5

Sursa : *** 2012, *Social protection statistics*, Eurostat

Cele două dimensiuni ale sistemului de protecție socială – asigurările și asistența socială – ar trebui să fie complementare, astfel încât cetățenii aflați în dificultate să poată fi protejați cel puțin din perspectiva riscurilor recunoscute social. Între teorie și practică sunt însă mari distanțe. În privința protecției vârstnicilor, politicile din domeniul asigurărilor sociale au mari consecințe asupra asistenței sociale. De aceea este necesar ca sistemul de asistență socială să fie definit, structurat și finanțat în relație cu sistemul asigurărilor sociale, ținând cont de specificul, eficacitatea socială și deficiențele acestuia. Sistemul pensiilor de stat – ca principală componentă actuală a sistemului de securitate socială – au ca obiectiv susținerea (financiară și cu servicii) a contribuitorilor eligibili (eventual a dependenților acestora), în etapa imposibilității de a obține venituri de tip salarial.

Ca nivel al pensiilor, ca diversitate și calitate a serviciilor oferite, protecția socială a persoanelor vârstnice din România se situează cu mult sub nivelul protecției sociale din spațiul european. Pentru a asigura o calitate a vieții la un nivel minim decent persoanelor vârstnice, se impune intervenția asistenței sociale, ca ultimă plasă de prevenire a căderii în sărăcie extremă. Intervenția respectivă nu vizează doar condițiile de viață din instituțiile de asistență socială, ci și cuantumul venitului minim garantat. În România însă, serviciile comunitare, organizațiile nonguvernamentale cu atribuții de intervenție pentru ajutorul celor în dificultate, cât și structurile instituționale de asistență socială se află încă în stadii atât de incipiente de dezvoltare, încât fac față cu mare greutate solicitărilor și nevoilor existente.

Asistența socială acordată persoanelor vârstnice din România nu concentrează atenția și interesul public la un nivel comparabil cu cel acordat altor categorii sociale. În rândurile politicianilor din România, până în prezent, nu s-a conturat o *viziune atotcuprinzătoare asupra sectorului social*. Mai mult, în ultimele două decenii s-au accentuat *viziunile fragmentariste, sectoriale, centrate pe domenii specifice precum educația, sănătatea, asigurările sociale etc.* Desigur, a vorbi despre virtuțile complementarității diverselor domenii și scheme de finanțare ale

sectorului social din România, poate genera și speculații teoretice, dar dincolo de aceasta, incontestabil, fiecare domeniu a fost sever subfinanțat, în pofida eforturilor fiecărui ministru de a-și privilegia financiar administrația, eventual pe seama celorlalte sectoare. Complementaritatea nu vizează însă doar sfera finanțării ci și proiectarea unor structuri, sau pregătirea specialiștilor din sistem și distribuirea lor pe posturi astfel încât să nu apară înzestrări cu personal sub limita funcționalității normale a unor servicii. În prezent, schemele de finanțare și rețelele de servicii existente funcționează cvaziautonom, dezvoltându-se doar prin inerția integrării în structurile europene, ori sub presiunea conjuncturii sociale imediate și nu pornind de la trebuințele reale de dezvoltare umană ale societății românești

Beneficii și servicii acordate persoanelor vârstnice din România

Instituții și reglementări în vigoare. Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale împreună cu instituțiile specializate din subordine inițiază politicile publice din sistemul național de asistență socială, administrează, coordonează și promovează drepturile persoanelor vârstnice aflate în nevoie și susține financiar și tehnic programele de profil. Până în anul 2006, serviciile de asistență socială adresate persoanelor vârstnice din România au fost reglementate prin **Legea nr. 17/2000**, publicată în Monitorul Oficial partea I nr. 04/09.03.2000. Potrivit acesteia, *persoana vârstnică* era aceea care a atins vârsta de pensionare. *Dreptul concret de asistență socială al persoanei vârstnice* se stabilește pe baza criteriilor din *grila națională de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice*, cuprinsă în H.G. nr. 886/2000. Acest drept se acordă justificat prin rezultatele *anchetei sociale* realizate, după caz, de asistenții sociali din cadrul consiliului local, de cei de la direcția generală județeană sau de la municipiul București și a *certificatului de încadrare într-o categorie de handicap*. În cazul unor persoane vârstnice dependente, dintre experții cu atribuții în realizarea anchetei sociale trebuie să facă parte și un *medic specialist*.

Organizarea și funcționarea sistemului național de asistență socială sunt reglementate prin **Legea - cadru nr. 47/2006** și **legile speciale** în ceea ce privește **protecția persoanelor vârstnice, persoanelor cu handicap** ș.a.

Obiectivele sociale ale acordării unor beneficii de asistență socială pentru persoanele vârstnice sunt:

- prevenirea și combaterea sărăciei și a riscului de excluziune socială;

- protejarea și îngrijirea persoanei vulnerabile;
- garantarea nivelului minim reglementat al calității serviciilor acordate vârstnicilor cu venituri mici, prin acoperirea costurilor hrănirii lor în cantine sociale sau în centre rezidențiale de îngrijire;
- crearea unor facilități de consum pentru transportul urban și interurban, telefon, radio-tv, bilete de tratament balnear și alte servicii;
- diminuarea unor riscuri sociale ce vizează securitatea persoanei vârstnice;
- evitarea instituționalizării persoanei vârstnice prin crearea unor condiții adecvate de trai la domiciliul său;
- ameliorarea condițiilor precare de trai prin acordarea de alimente, vestimentație, medicamente, dispozitive medicale, materiale de construcții și altele, în caz de necesitate.

Eligibilitate. Beneficiile asistenței sociale se acordă în cazul când:

- persoana vârstnică nu realizează venituri proprii sau veniturile realizate (ori ale susținătorilor legali) nu sunt suficiente pentru un trai decent și asigurarea unui mediu sigur de viață;
- persoana vârstnică nu poate desfășura autonom activitățile vieții zilnice, necesitând asistență și îngrijire;
- persoana vârstnică nu dispune de locuință și posibilități de locuire pe baza resurselor proprii;
- persoana vârstnică se află în alte situații de necesitate, prevăzute de lege.

La sfârșitul anului 2010, **sistemul național de prestații sociale** cuprindea un număr de **14 tipuri de prestații administrate de Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale**, la care se adăugau și unele drepturi gestionate de autoritățile administrației publice locale (inclusiv VMG). *Strategia privind reforma în domeniul asistenței sociale*, emisă în anul 2011, se concentrează asupra unui număr de **7 prestații majore**, în raport cu volumul cheltuielilor și/sau al numărului de beneficiari, între care se numără și alocațiile pentru susținerea familiilor cu venituri mici, ajutoarele pentru încălzirea locuinței, ajutoarele pentru asigurarea venitului minim garantat, indemnizațiile lunare și bugetul personal complementar pentru persoanele cu handicap. Toate aceste beneficii sunt relevante și pentru un număr mare de persoane vârstnice.

Strategia de reformă a asistenței sociale a pornit de la următoarele constatări :

- *Costul fiscal relativ ridicat al prestațiilor*: cheltuielile MMFPS și ale administrației locale cu prestațiile sociale au crescut de la 1,4% din PIB în 2005 la 2,86% în 2010, fără ca aceasta să ridice în mod sensibil calitatea vieții celor asistați;
- *Micșorarea ponderii sumelor acordate familiilor cu venituri mici*, de la circa 48% în 2005 la 43% în 2009;
- *Cheltuieli relativ mari de administrare a sistemului și o prezență ridicată a erorii și fraudei*; nivelul iregularităților în programele de *ajutor social și alocații pentru persoanele cu handicap*, în anul 2010, a fost de 12% și, respectiv, 14%;
- *Încurajarea implicită a unui grad de dependență socială ridicat în rândurile beneficiarilor*, ceea ce micșorează nejustificat oferta de forță de muncă; din cei circa 11 milioane adulți apti de muncă aflați în familiile beneficiare de prestații sociale, 2,2 milioane (20%) nu muncesc și nici nu participă la vreo formă de pregătire profesională.

Problemele respective au decurs și din modul în care s-a extins sistemul, fără o strategie coerentă, fără corelarea cu alte servicii sau cu unele măsuri economice active.

Strategia de reformă a asistenței sociale propune unele obiective și măsuri relevante pentru *creșterea gradului de protecție și asistarea persoanelor vârstnice*. Dintre acestea menționăm :

- centrarea prestațiilor asupra persoanelor cu cele mai reduse venituri (primele două decile), până la 50% din totalul acestora;
- reducerea costurilor de acces la prestațiile sociale ale beneficiarilor cu circa 20%, prin simplificarea procedurilor de cerere și certificare;
- reducerea numărului de prestații sociale administrate de MMFPS, prin consolidarea prestațiilor pentru familiile cu venituri mici într-un singur program reprezentat de *venitul minim de inserție*, precum și prin consolidarea plăților către persoanele cu handicap;
- țintirea programelor destinate familiilor cu venituri mici (ajutor social, alocații familiale, ajutoare de căldură) către familiile din prima chintilă;
- consolidarea plăților pentru persoanele cu dizabilități într-o singură prestație, și introducerea testării veniturilor pentru beneficiarii din familiile înstărite;

- efectuarea de verificări (inspecții) în programele cu risc ridicat de eroare sau fraudă (ajutorul social; alocațiile pentru persoane cu handicap, alocațiile familiale; ajutoarele de căldură);
- introducerea unui sistem de sesizări a iregularităților și a unor politici de sancțiuni eficiente;
- interconectarea bazelor de date referitoare la beneficiarii de drepturi sociale cu alte surse de date relevante (bazele de date ale Caselor de Pensii, ale Agenției de Ocupare și Formare Profesională, ale Registrului civil, ANAF ș.a.) (**2011, *Strategia... MMFPS*).

Finanțarea asistenței sociale pentru persoanele vârstnice și a prestațiilor prevăzute de Legea nr.17/2000 se asigură pe principiul împărțirii responsabilității între administrația publică centrală și cea locală. În perioada 1990–1999, cheltuielile României pentru asistența socială, s-a menținut constant sub 1% din totalul cheltuielilor bugetului de stat. Până în anul 2001, *asistența socială* s-a caracterizat, în general, prin *subfinanțare*, menținându-se consecvent mult sub nivelul celorlalte țări în tranziție și sub nivelul țărilor UE.

În perioada 1998–2002 au beneficiat de subvenții de la bugetul de stat 24.602 de persoane asistate din toate categoriile de persoane defavorizate, *dintre care 10.182 persoane vârstnice, aceasta fiind categoria cu cea mai mare reprezentare – 41%* (date ale Ministerului Muncii și Solidarității Sociale).

Pe ani, *ponderea vârstnicilor* între asistații din unitățile de asistență subvenționate de bugetul de stat a fost următoarea: 1998 – 48%; 1999 – 54%; 2000 – 39%; 2001 – 38%; 2002 – 39% (*Bălașa, 2003*).

Tabel 23. Protecția socială la finele anului 2010 și estimări pentru anul 2013

I. Prestații sociale administrate de MMFPS în anul 2010 (% din cheltuielile cu asistența socială)		Prestații sociale după aplicarea reformei (2013)
Politici familiale		Alocația pentru copii și indemnizația pentru creșterea copilului cu handicap (v. Notă)
Sprijin familii cu venituri reduse	Alocația familială complementară	<i>Venitul minim de inserție</i> Program consolidat pentru gospodăriile cu venituri reduse
	Alocația monoparentală	
	Venitul minim garantat	
	Ajutor de încălzire	

Persoane cu handicap	Indemnizație persoane cu handicap	<i>Indemnizație persoane cu handicap</i>
	Buget complementar persoane cu handicap	Unificarea prestațiilor pentru persoanele cu handicap într-una singură; armonizarea criteriilor de evaluare și încadrare în grad de handicap și cadru instituțional unificat cu pensiile de invaliditate
	Alte beneficii plătite persoanelor cu handicap	Beneficiile se mențin, dar se estimează acordarea lor la un număr redus de persoane, prin unificarea criteriilor și sistemelor pentru persoanele cu handicap și pensiile de invaliditate
Total I	1,77% din PIB	1,41% din PIB
II. PENSII SOCIALE ȘI ALTE BENEFICII IN ANUL 2010		PENSII SOCIALE ȘI ALTE BENEFICII IN ANUL 2013
Total II	1,08% din PIB	0,67% din PIB
Total I + II	2,86% din PIB	2,08% din PIB (scădere cu 0,78%)

Notă: Exceptând politicile adresate familiilor cu copii, toate politicile sunt relevante pentru persoanele vârstnice

Sursa: ***2011, *Strategia privind reforma asistenței sociale*, MMFPS, Guvernul României

Bugetul de stat alocă fonduri pentru:

- finanțarea asistenței sociale acordate de asociații și fundații române cu personalitate juridică, și de unitățile de cult recunoscute în România;
- investiții și reparații capitale pentru unități de asistență socială din zone defavorizate;
- completarea veniturilor extrabugetare ale unor cămine, când resursele bugetelor locale devin insuficiente;
- alte cheltuieli stabilite prin legile bugetare anuale.

În anul 2011, când s-a adoptat *Strategia de reformă a asistenței sociale (MMFPS,2011)* s-a resimțit urgența introducerii unor măsuri reformatoare la nivelul sistemului de asistență socială, inclusiv prin *instituirea unei legi cadru pentru protecția socială a persoanelor vârstnice*. În prezent, indicatorii sociali ai diferitelor categorii de prestații nu sunt specializați pe evidențierea *beneficiilor sociale adresate persoanelor*

vârstnice. Legea nr. 17/2000 este depășită în multe privințe, neluând în calcul evoluțiile previzionate pentru următoarele două decenii privind *îmbătrânirea populației din România*.

Bugetele locale alocă fonduri pentru: completarea veniturilor extrabugetare ale unor cămine; finanțarea asistenței acordate de unele asociații și fundații române cu personalitate juridică, și a unităților de cult recunoscute în România; organizarea și funcționarea serviciilor comunitare de asistență socială, și îngrijirea la domiciliu; cheltuieli pentru înmormântarea asistaților.

Donațiile unor persoane fizice și juridice făcute căminelor pentru persoane vârstnice se folosesc ca venituri extrabugetare numai în scopul pentru care au fost acordate.

Cheltuielile pentru servicii medicale, materiale sanitare, dispozitive medicale și medicamente se suportă în condițiile reglementate prin asigurările sociale de sănătate, de CNAS. Alte cheltuieli de acest tip, ce nu cad în sarcina asigurărilor sociale de sănătate, sunt suportate de căminul prin care se realizează asistența persoanei în cauză.

Persoanele vârstnice care dispun de venituri proprii și beneficiază de serviciile unor instituții de asistență socială au obligația de a achita o contribuție de întreținere lunară, stabilită pe baza costului mediu de întreținere. De regulă, acestea plătesc până la 60% din valoarea veniturilor personale lunare, fără a depăși costul mediu lunar de întreținere aprobat în fiecare instituție. Costul mediu lunar de întreținere în centrele rezidențiale pentru persoanele cu handicap este de 1.724 lei (*Ordinul nr. 619/2008*). Persoanelor vârstnice care nu dispun de venituri sau susținători legali, li se asigură plata contribuției din bugetele locale, în limitele hotărâte de autoritățile administrației publice locale.

Stabilirea costului mediu lunar de întreținere se efectuează anual de consiliile locale și/sau județene, odată cu bugetul propriu. Costul mediu lunar de întreținere se stabilește în funcție de cheltuielile de întreținere, de gradul de dependență al persoanei vârstnice, obiectele de inventar necesare, echipamentul și materiale sanitare, potrivit clasificății bugetare specifice bugetelor autorităților administrației publice locale.

Serviciile sociale adresate persoanelor vârstnice pot fi centrate pe:

- îngrijirea persoanei la locuința proprie, prevenirea marginalizării, reintegrare socială, consiliere juridică și administrativă, sprijin pentru achitarea unor cheltuieli curente cvaziobligatorii pentru

păstrarea autonomiei persoanei (îngrijirea locuinței, ajutor în menaj, prepararea hranei);

- acordarea de asistență socio-medicală, consultații medicale, readaptarea capacităților fizice și psihice la cerințele mediului proxim, amenajarea locuinței în funcție de nevoile persoanei, antrenarea persoanei în diverse activități economice sau social-culturale, igienă personală;

- asistarea temporară în centre de zi, aziluri de noapte sau în alte categorii de instituții specializate.

Tipurile concrete de servicii oferite și costurile presupuse de acordarea acestora se stabilesc de consiliile locale.

Serviciile de îngrijire la domiciliul persoanelor vârstnice pot să aparțină sistemului public – acestea fiind coordonate de direcțiile județene de asistență socială, pot fi servicii în sistem privat (ONG-uri), sau în sistem de parteneriat public-privat. *Îngrijirea la domiciliu* se poate acorda de îngrijitorii de tip formal sau informal. Aceștia, la rândul lor beneficiază de facilități și servicii de suport, indemnizații, servicii de consiliere, servicii de tip respiro și concediu. Pentru menținerea în mediul propriu de viață și prevenirea situațiilor de dificultate și dependență, persoanele vârstnice au dreptul la servicii de amenajare și adecvare a locuinței la trebuințele proprii, în funcție de natura și gradul de afectare a autonomiei lor funcționale, dar pot beneficia și de servicii de consiliere sau de acompaniere. Îngrijirea în centre rezidențiale constituie o opțiune numai dacă îngrijirea la domiciliu nu este posibilă.

Cantinele de ajutor social sunt unități de asistență socială ce funcționează în subordinea consiliilor locale și prestează servicii gratuite sau contra cost persoanelor aflate în situații economico – sociale dificile. *În România, masa la cantinele de ajutor social*, se acordă potrivit Legii nr. 208/1997. Aceste servicii pot asigura:

- pregătirea și servirea a două mese pe zi (prânzul și cina);
- aprovizionarea persoanelor cu produse agroalimentare de bază, contra cost;
- transportul gratuit al hranei la domiciliu pentru persoanele care nu se pot deplasa;
- distribuirea hranei prin centre mobile, pentru situații deosebite (calamități naturale, izolare geografică, sinistrare etc.).

De serviciile cantinei de ajutor social pot beneficia persoanele fără venituri, și cele cu venituri sub nivelul venitului net lunar pentru o persoană singură, luat în calcul la stabilirea ajutorului social. Acestea din urmă suportă însă și plata unei contribuții de 30% din venitul pe persoană, fără însă a se depăși costul meselor servite.

La sfârșitul anului 2001 existau 121 cantine de ajutor social ale căror cheltuieli au fost suportate de la bugetele locale (cu excepția județelor Argeș și Ilfov), pentru o capacitate de 38.861 locuri; numărul mediu zilnic al persoanelor care au servit masa în cantinele respective, în anul 2001, a fost de 25.602 persoane (*Bălașa, 2003*).

În anul 2012, Direcția Generală de Asistență Socială a Municipiului București a susținut pentru al cincilea an consecutiv „*Planul anual european de distribuție de ajutoare, produse alimentare, provenind din stocurile de intervenție comunitare destinate persoanelor celor mai defavorizate din România*” (*Chilianu, 2012*). În anul 2012, România a beneficiat de fonduri comunitare de 60,7 milioane de euro, pentru furnizarea de produse alimentare (făină, mălai, orez, zahăr, paste făinoase, biscuiți, ulei, mazăre ș.a.), categoriilor de populație cu venituri mici (****2013, Români rămași fără...*). În Municipiul București, de acest program, au putut beneficia următoarele categorii de persoane:

- 22.171 șomeri (9.276 șomeri indemnizați și 12.895 șomeri aflați în evidențe);
- 28.078 pensionari cu pensii sub 400 lei/lună;
- 675 beneficiari ai venitului minim garantat;
- 49.165 persoane cu handicap;
- 40.000 persoane beneficiare ale unor drepturi ce decurg din legi speciale.

Alimentele au fost distribuite inițial prin intermediul cantinelor de ajutor social aferente fiecărui sector din București : Cantina de ajutor social – Unitatea Grivița (Calea Griviței nr. 216, sector 1) – pentru persoanele din sectoarele 1, 2, 6, și Complexul Integrat de Servicii Sociale pentru Adulți „Sf. Ioan”, Bdul. Theodor Pallady nr. 64, sector 3 – pentru persoanele din sectoarele 3, 4, 5. Ulterior, asemenea ajutoare au fost distribuite prin intermediul Direcțiilor Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului de sector. Numărul total de persoane eligibile (din București) a fost de aprox. 150.000 persoane (*Chilianu, 2012*).

Pentru pensionarii cu pensii sub 400 lei/luna nedepășabili, Direcția Generală de Asistență Socială a Municipiului București a asigurat *transportul la domiciliu*, în maxim 10 zile lucrătoare de la data înregistrării apelului lor la numărul gratuit 0.800.821.218, pentru a indica adresa exactă. În anul 2012, programul a prevăzut *distribuirea unui număr de 11 produse alimentare/persoană*, după cum urmează: făină – 12 kg, mălai – 4 kg, paste făinoase -2 pachete, biscuiți – 5 pachete, orez – 5 kg, zahăr – 3 kg, ulei – 4 l, fasole uscată boabe – 1 kg, mazăre boabe în conservă – 2 cutii, roșii în bulion – 2 cutii, bulion de tomate – o cutie (*Chilianu, 2012*).

VMG vine în sprijinul multor persoane vârstnice, în pofida nivelului său extrem de redus. În România, VMG se acordă în condițiile legii nr. 416/2001 și vizează familiile cu venituri lunare mai mici decât veniturile minime stabilite prin lege. Acestea primesc, la cerere, sprijin bănesc. Din cauza resurselor insuficiente, de regulă, ajutorul social se limitează la familiile și persoanele singure – de regulă vârstnice, care se dovedesc a fi sărace.

În trimestrul I 2012, numărul mediu de *beneficii sociale (VMG)* plătite la nivel național a fost de 196.683, din care 76.457 au fost achitate unor persoane singure – care în mare parte erau persoane vârstnice (****2012, Asistență socială, MMFPS*).

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, s-a acordat în perioada noiembrie 2002 – martie 2003 conform H.G. nr. 811/2002.

În trimestrul I 2012 a fost acordat și un număr de *ajutoare pentru încălzirea locuinței*, în sumă totală de 220.078.413 lei, o parte a acestora revenind persoanelor vârstnice cu venituri foarte mici. Tot în trimestrul I 2012, la nivel național, au fost acordate 645 *ajutoare de înmormântare*, în sumă totală de 340.835 lei (**** 2012, Asistență socială, MMFPS*).

Instituțiile de asistență socială în regim rezidențial pentru persoane vârstnice, din România pot avea diferite profiluri, cele mai frecvente fiind:

- cămine pentru persoane vârstnice;
- centre de îngrijire și asistență;
- centre de recuperare și reabilitare;
- locuințe protejate;
- unități medico-sociale.

În anul 2001, numărul total de persoane vârstnice asistate în cămine era de 2.315. Pentru acestea s-au cheltuit 748.233.935 mii lei, revenind 20.835 mii lei/persoană/an. Printr-un act normativ promovat de MMSS (HG 1153/2001) nivelul mediu lunar al subvenției acordate de la bugetul de stat pentru o persoană asistată a fost de 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, cuantumului pentru cantinele de ajutor social fiind de 37.000 lei /zi (*Bălașa, 2003*).

Un specific aparte între instituțiile de asistență socială în regim rezidențial îl prezintă *unitățile de asistență medico-sociale*. Potrivit HG. nr.412/2003, unitățile de asistență medico – sociale sunt instituții publice

specializate, cu personalitate juridică, în subordinea autorităților administrației publice locale, care acordă servicii de îngrijire, medicale și sociale, persoanelor cu nevoi medico – sociale. Acestea pot funcționa și în *regim de spitalizare de zi*, furnizând atât servicii medicale, cât și servicii sociale. Persoanele internate în unitățile de asistență medico-sociale au nevoi personalizate, de regulă, unele afecțiuni cronice și, din motive economice, fizice, psihice sau sociale, nu au posibilitatea să își desfășoare autonom propriile activități de întreținere.

Instrumentul metodologic în baza căruia se realizează internarea în unitățile de asistență medico-sociale este *grila de evaluare medico-socială*.

Grila de evaluare medico-socială, aprobată prin H.G. nr. 412/2003 este o fișă standard concepută pentru evaluarea legitimității internării unei anumite persoane vârstnice într-o unitate socio-medicală. Aceasta este concepută pe două dimensiuni de evaluare: dimensiunea medicală și dimensiunea socială a trebuințelor asistatului (**** 2012, Asistența persoanelor vârstnice în unitățile medico-sociale, CNPV*). Evaluarea medico-socială se realizează de personalul medical din unitățile sanitare și de cel din serviciul de asistență socială din unitățile administrativ – teritoriale în care își au domiciliul persoanele solicitante.

În scopul asigurării dimensiunii medicale a prestațiilor, administrația unității are obligația de a încadra personal medico-sanitar și auxiliar în următoarele proporții (*H.G. nr.459/2010*):

- un medic la 25 de paturi;
- un cadru sanitar mediu la 15 de paturi pe tură;
- o infirmieră la 12 paturi pe tură;
- personal TESA (inclusiv personal de conducere) 10% din numărul de posturi prevăzut în statul de funcții;
- muncitori și alt personal de deservire – 10% din numărul de posturi din statul de funcții.

Asistarea socială a persoanelor vârstnice din rural. În urma cercetării inițiate de CNPV în scopul identificării unor forme de sprijin pentru persoanele vârstnice din mediul rural, au rezultat date și informații privind situația acordării unor beneficii de asistență socială (**** 2009, Situația persoanelor vârstnice din mediul rural..., CNPV*).

De mai multe decenii, România se situează sistematic pe (pen)ultimul loc în clasamentele UE privind condițiile de viață ale populației, mediul rural contribuind masiv la aceasta. Potrivit recensămintelor recente ale populației, rezidenții din ruralul românesc reprezintă aproape jumătate din populația țării. În anul 2006, în România existau 2854 comune, ce cuprindeau 13.000 de sate (**** 2007, Anuarul*

Statistic al României 2006, INS). De atunci până în 2013 situația nu s-a schimbat radical în această privință. În ultimele două decenii migrația rural-urban a funcționat și în sens invers, fenomenul accentuând dezechilibrul pe vârste din rural, în rural retrăgându-se preponderent populația vârstnică dispunând de o pensie oarecare.

De aceea, grupele extreme de vârstă (copiii și bătrânii) sunt mai prezente în rural decât în urban. Dacă, la 1 ianuarie 2008, în mediul urban populația de până la 15 ani reprezenta 13,5% din total, în mediul rural, procentul acesteia ajungea la 17,4%. Procentul populației în vârstă de 65 de ani și peste, în total, era în mediul rural de 18,7%, față de 11,8% în urban. **Ruralul constituie, deci, un mediu rezidențial cu cerere potențială de asistență socială mai ridicat decât mediul urban.** Obiectul analizei CNPV a fost acela de a identifica problemele cu care persoanele vârstnice din sate se confruntă în viața de zi cu zi, evaluarea situației lor socio-economice, precum și stabilirea unor forme de sprijin pentru acestea. Din cercetare au rezultat următoarele informații privind *numărul de persoane vârstnice din rural care au beneficiat de prestații sociale*:

Tabel 24. Prestații de asistență socială și număr de beneficiari persoane vârstnice

Nr. crt.	Categoriile de prestații de asistență socială acordate	Număr total de beneficiari
1.	ajutor social	78.796
2.	ajutoare pentru încălzire	625.047
3.	ajutor în caz de deces	24.295
4.	ajutoare de urgență (calamități naturale)	9.578

Sursa: *** 2009, *Situația persoanelor vârstnice din mediul rural și forme de sprijin pentru acestea*, CNPV

Tabel 25. Instituțiile rezidențiale pentru persoanele vârstnice, identificate în cele 31 de județe, unde s-a desfășurat ancheta, au avut următoarele capacități:

Nr. crt.	Categoriile de instituții	Număr de instituții	Capacitatea (număr de locuri)
1.	Cămine pentru persoane vârstnice	60	3497
2.	Centre de îngrijire și asistență	83	6627
3.	Unități medico-sanitare	46	1148

Sursa: *** 2009, *Situația persoanelor vârstnice din mediul rural și forme de sprijin pentru acestea*, CNPV

Deosebit de relevantă pentru *interesul populației vârstnice din rural* s-a dovedit prezența în spațiul public a *cantinelor sociale, magazinelor de tip economat, serviciilor de îngrijire la domiciliu și instituțiilor de internare a unor persoane dependente*. **Prezența cantinelor sociale în mediul rural** este mai degrabă un fenomen rar – doar în 24,1% dintre județele cuprinse în cercetare existând asemenea furnizori în rural. **Magazine de tip economat** au fost localizate doar în comunele din județele Ilfov și Vâlcea. De regulă, în rural, localnicii își procură alimentele din gospodăria proprie ceea ce nu încurajează înființarea unor asemenea magazine. Totuși unele produse alimentare la prețuri mai accesibile (de tip magazin economat) sau chiar gratuite (masa la cantina socială) ar veni în sprijinul persoanelor vârstnice cu posibilități reduse de aprovizionare din rural. Circa 54,8% dintre respondenții cuprinși în studiul CNPV, distribuiți în 17 județe, au declarat că în unitatea lor teritorial-administrativă se desfășoară **activități de îngrijire la domiciliu în mediul rural**, iar 35,5% din 11 județe, nu beneficiază de asemenea programe de asistență (9,7% au fost non-răspunsuri). Numărul total de beneficiari ai serviciilor de îngrijire la domiciliu din sate a fost de 5070 persoane vârstnice (o medie de 422 persoane vârstnice pe județ), numărul minim înregistrat fiind de 9 persoane, iar cel maxim de 1837 beneficiari vârstnici pe județ.

Metoda Coordonării Deschise a sistemelor de pensii din Uniunea Europeană și impactul acesteia asupra asistenței sociale

În toate țările din UE, sistemele de asistență socială constituie o ultimă plasă de intervenție socială. Cel puțin teoretic, cu cât celelalte servicii și scheme de finanțare ale protecției sociale sunt mai eficiente social, statele ar trebui să susțină scheme și servicii de asistență socială mai reduse. În această accepțiune, sistemele de asistență socială pot indica, într-un fel, nivelul de eficacitate socială a celorlalte servicii și sisteme de protecție și securitate socială. Una dintre categoriile de servicii cele mai importante adresate protecției sociale a persoanelor vârstnice este sistemul de pensii. În vederea creșterii eficienței acestei categorii de servicii, la nivel european, se aplică **Metoda Coordonării Deschise a sistemelor de pensii**. Această metodă urmărește trei mari obiective sociale:

1. **Asigurarea unor pensii adecvate din perspectiva mărimii venitului și accesul la pensie pentru toți, astfel încât pensiile obținute să permită un standard de viață decent după retragerea din câmpul muncii, în spiritul solidarității și echității între și în interiorul diferitelor generații.**

Indicatorii principali utilizați în urmărirea atingerii acestui obiectiv sunt: rata riscului de sărăcie a persoanelor de 65 de ani și peste, rata venitului relativ median a persoanelor de 65 de ani și peste, rata de înlocuire agregată (excluzând alte beneficii sociale).

Dacă vom analiza datele privind rata sărăciei populației vârstnice din România în profil european, vom descoperi un trend deosebit de interesant, în ceea ce privește perspectiva accesării beneficiilor de asistență socială de către aceste categorii sociale:

Tabel 26. Rata riscului de sărăcie în rândurile persoanelor vârstnice

Țara/an	2008	2009	2010	2011	2012
Persoane sub 60 de ani					
UE (27 țări)	16,2	16,2	16,8	17,3	17,7
Noile state intrate în UE (12 state)	17,4	17,3	17,7	18,6	18,3
România	23,4	23,3	22,4	24,4	25,1
Persoane de 60 de ani și peste					
UE (27 țări)	17,7	16,9	15,1	15,5	14,6
Noile state intrate în UE (12 state)	16,5	16,5	13,8	13,2	13,6
România	23,5	19,1	15,7	13,5	14,3

Sursa: *** EUROSTAT, 2014, At-risk-of-poverty rate of older people by detailed age group (source: SILC), <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tespn050&plugin=1>

Potrivit datelor din tabelul de mai sus rezultă că persoanele vârstnice din România (60 de ani și peste) erau mult mai puternic amenințate de riscul sărăciei în anii 2008 și 2009, comparativ cu media la nivel UE 27 și chiar cu media noilor state intrate în UE. O asemenea situație economică era însă mult mai accentuată în rândurile populației mai tinere – până în 60 de ani. Situația economică a pensionarilor din România s-a ameliorat sensibil după anul 2009 când, în pofida crizei economico-financiare mondiale, riscul de sărăcie al acestora s-a apropiat de valorile prezente la nivelul mediei europene. Aceasta înseamnă că pe viitor, este de așteptat ca, un număr în scădere de beneficiari ai asistenței sociale să provină din rândurile persoanelor vârstnice.

- 2. Asigurarea unor pensii sustenabile, prin asigurarea sustenabilității financiare a schemelor de pensii publice și private având în vedere presiunile deja existente asupra sistemelor de pensii și fenomenul îmbătrânirii demografice –**

prin suportul acordat prelungirii vieții de muncă, prin echilibrarea contribuțiilor cu beneficiile acordate, prin promovarea accesului la schemele de securitate socială private.

Indicatorii principali utilizați în urmărirea atingerii acestui obiectiv sunt: cheltuielile totale cu pensiile curente (ca % din PIB), rata angajării în muncă a persoanelor vârstnice, vârsta ieșirii efective de pe piața muncii (vârsta medie a ieșirii de pe piața muncii), proiecția cheltuielilor cu pensiile publice per total, în intervalul 2004-2050 (ca % din PIB).

3. Asigurarea unor pensii modernizate, a unor sisteme transparente, bine adaptate trebuințelor și aspirațiilor beneficiarilor și exigențelor vieții într-o societate modernă.

Indicatorii principali utilizați în urmărirea atingerii acestui obiectiv sunt: diferențele de gen în ceea ce privește riscul sărăciei la vârstnicii de 65 de ani și peste, rata venitului relativ median a persoanelor de 65 de ani și peste, și rata de înlocuire agregată (excluzând alte beneficii sociale).

Concluzii

Ce s-a realizat până în prezent pentru grupul vulnerabil – persoane vârstnice din România.

1. S-au adoptat unele documente cuprinzând direcții strategice de intervenție în domeniul calității vieții vârstnicilor. Unul dintre acestea este „Planul Național Anti-Sărăcie și Promovare a Incluziunii Sociale, pe termen mediu/lung 2002–2012” în care sunt incluse și obiective cu relevanță directă sau implicită pentru combaterea sărăciei persoanelor vârstnice. 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”.

2. Cadrul legislativ referitor la acest domeniu cuprinde reglementări privind:

- a) **Asistența socială și medicală adresată persoanelor vârstnice** (Legea 47 / 2006, privind sistemul național de asistență socială; Legea nr. 17 din 06 martie 2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice; Legea nr. 281 din 06 iulie 2006 pentru

modificarea și completarea Legii nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice; Legea nr. 270/2008 pentru modificarea Legii nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice);

- b) **Reglementări privind standardele minime de calitate pentru serviciile sociale adresate vârstnicilor** (Ordinul nr. 246 din 27 martie 2006 privind aprobarea standardelor minime specifice de calitate pentru serviciile de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice și pentru centrele rezidențiale pentru persoanele vârstnice; Hotărâre de Guvern pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011; Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății; Ordonanța de urgență nr. 150 din 31 octombrie 2002 privind organizarea și funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate; Ordinul nr. 318 din 7 aprilie 2003 pentru aprobarea Normelor privind organizarea și funcționarea îngrijirilor la domiciliu, precum și autorizarea persoanelor juridice și fizice care acordă aceste servicii);
- c) **Precizarea instrumentelor standard de evaluare a nevoilor medico-sociale** (Hotărârea de Guvern nr. 886 din 05 octombrie 2000 pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice; Ordinul nr. 491 din 23 mai 2003 pentru aprobarea Grilei de evaluare medico-socială a persoanelor care se internează în unități de asistență medico-sociale);
- d) **Reglementări privind asigurările sociale** (*Legea nr. 19 din 17 martie 2000 privind sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale*).

3. Înființarea unor organisme reprezentative ale persoanelor vârstnice (Hotărârea de Guvern nr. 499 din 07 aprilie 2004 privind înființarea, organizarea și funcționarea comitetelor consultative de dialog civic pentru problemele persoanelor vârstnice, în cadrul prefecturilor; Legea nr. 16 din 06 martie 2000 privind înființarea, organizarea și funcționarea Consiliului Național al Persoanelor Vârstnice; Legea nr. 405 din 11 octombrie 2004 pentru modificarea și completarea Legii nr. 16/2000 privind înființarea, organizarea și funcționarea Consiliului Național al Persoanelor Vârstnice ș.a.)

4. Reglementarea unor standarde de cost pentru unele servicii adresate persoanelor vârstnice (Hotărârea de Guvern nr. 23/2010

privind aprobarea standardelor de cost pentru serviciile sociale din căminele pentru persoane vârstnice, din locuințele protejate, din centrele de zi, din centrele ambulatorii de recuperare ș.a.; Hotărârea de Guvern nr. 2403 din 21 decembrie 2004 privind aprobarea Normelor metodologice pentru aplicarea Legii nr. 147/2000 privind reducerile acordate pensionarilor pentru transportul intern, cu modificările ulterioare, și a Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 71/2004 privind acordarea unor facilități familiilor de pensionari).

În anul 1998 au fost introduse asigurările de sănătate. Din anul 2002, deși s-a permis decontarea cheltuielilor pentru serviciile de asistență al domiciliu din bugetul asigurărilor de sănătate, această inițiativă nu a funcționat deoarece în perioada 2002 – 2003 nu au fost alocate fonduri pentru asemenea beneficii în bugetul asigurărilor de sănătate, această posibilitate fiind valorificată abia în anul 2004, și de atunci însă, cu unele restricții privind eligibilitatea beneficiarilor. În anul 2010, Ministerul Muncii a inițiat *Codul Asistenței Sociale* – în proiect, denumit ulterior Legea asistenței sociale.

Domenii încă deficitare

1. Cea mai mare parte a populației vârstnice din România nu dispune de resurse economice suficiente pentru a-și permite o viață decentă, ceea ce mărește continuu numărul potențial al solicitanților serviciilor de asistență socială. Cea mai recentă scumpire a carburanților (cea de la 1 aprilie 2014) a determinat majorarea prețurilor la alimente, și nu numai, pe seama creșterii costurilor de transport ale acestora. Prețul la energia electrică a crescut cu 1%, la gaze cu 2% pentru consumatorii casnici și cu 5 % pentru consumatorii industriali. Majorarea prețurilor la carburanți, de 40 – 41 de bani pe litru, a intervenit ca urmare a impunerii de către Guvern a accizei suplimentare de 7 eurocenți pe litrul de carburant. În anul 2014 se vor mai opera încă două scumpiri, în iulie și în octombrie, în urma cărora consumatorii casnici vor plăti cu 6% în plus pentru gazele naturale, iar cei industriali cu 9%. Astfel, la sfârșitul lui 2014, piața gazelor naturale va fi liberalizată pentru companii, urmând ca populația să se alinieze pieței libere până în 2018.

2. Din cauza veniturilor mici și a scăderii abrupte a veniturilor după ieșirea la pensie, o bună parte a persoanelor vârstnice, după o viață de muncă, sunt încă obligate (deși nu ar mai dori) să participe la unele acțiuni aducătoare de venit pentru susținerea familiei sau a traiului zilnic; mulți pensionari nu-și pot acoperi din pensie cheltuielile pentru

medicamente, pentru întreținerea sănătății, pentru plata întreținerii locuinței ș.a.

3. Pe de altă parte, în România nu există încă programe de identificare a posibilităților de menținere a unei vieți active pentru pensionarii și vârstnicii care doresc acest lucru. Nu există preocupări în vederea menținerii unei participări sociale semnificative a persoanelor vârstnice, deși Comisia Europeană a declarat anul 2012 „*Anul european al îmbătrânirii active și solidarității între generații*”.

4. Fenomenul global al îmbătrânirii populației accentuează o problemă socială larg resimțită și în societatea românească – cele mai multe dintre persoanele vârstnice necesită îngrijire medicală și asistență personală peste resursele de care dispun personal, și de care dispun actualele sisteme de asistență socială, asigurări sociale și sănătate publică. Judecând după condițiile de protecție socială oferite vârstnicilor de celelalte țări europene, România a ignorat o bună parte a trebuințelor vârstnicilor autohtoni.

5. Deficitul de politici sociale, în acest domeniu, este relevat chiar și prin modalitățile actuale de (ne)înregistrare a indicatorilor sociali cu privire la persoanele vârstnice. Formele de sprijin pentru persoanele vârstnice din România sunt cronic insuficiente, neevidențiate statistic distinct pe toate dimensiunile relevante și neactualizate în indicatorii care există.

6. Lipsesc reglementările privind sprijinirea vârstnicilor din rural, unde aceștia sunt mai numeroși iar condițiile de viață sunt afectate mai mult decât în urban de fenomenul sărăciei.

7. Având în vedere situația socio-economică actuală a populației vârstnice din România, dar și previziunile privind evoluția numărului și ponderii persoanelor vârstnice în totalul populației, în următoarele decenii, este nevoie de creșterea investițiilor în serviciile socio-medicale adresate acestei categorii de populație. Distribuția populației vârstnice pe medii rezidențiale impune diversificarea și dezvoltarea serviciilor adresate acestora cu atenție mărită pentru cererea potențială și de perspectivă din rural.

8. Principalele dificultăți actuale ale sistemului național de asistare a persoanelor vârstnice decurg din:

- insuficiența resurselor financiare la nivel local pentru dezvoltarea și susținerea asistenței sociale pentru persoanele vârstnice la domiciliu;

- insuficienta dezvoltare a serviciilor la domiciliu, care să sprijine mai diversificat vârstnicii aflați în dificultate și/sau pe familiile acestora;

- lipsa de personal specializat care să se implice în asistența socială la nivel local;
- insuficiența unităților de asistență socială în raport cu solicitările persoanelor vârstnice aflate în dificultate;
- tendința de marginalizare socială, pe diverse căi, a vârstnicilor (***) 2012, *Asistența persoanelor vârstnice în unitățile medico-sociale, CNPV*).

9. Sistemul național actual de asistență socială este reglementat pentru toate categoriile sociale de populație, prin Legea nr. 47/2006 care stabilește organizarea, funcționarea și finanțarea sistemului de asistență socială pe baza principiilor europene ce au în vedere promovarea incluziunii sociale. Acest act normativ este relevant și pentru asistența socială a persoanelor vârstnice, deși nu se referă specific la acestea. În *Legea nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice* – singura lege adresată în explicit problematicii persoanelor vârstnice – sunt precizate situațiile în care persoanele vârstnice defavorizate pot beneficia de asistență socială, dar această lege pierde din vedere situațiile (relativ frecvente) de abuz și de neglijență. Pe de altă parte, nici măcar Legea nr.17/2000 nu se aplică în totalitate în prezent și nu există preocupări în acest sens din partea administrației publice centrale și locale.

10. Înainte de 1990, asistarea persoanelor vârstnice în dificultate din România a fost realizată prin îngrijirea în cămine. Instituțiile respective s-au aflat inițial în subordinea autorităților publice centrale cu responsabilități atât privința rezolvării situațiilor speciale ale persoanelor vârstnice cât și ale celor cu handicap. La nivel teoretic și legislativ, problematica vârstnicilor era delimitată de cea a persoanelor cu handicap, Legea nr.17/2000 reglementând reorganizarea căminelor pentru bătrâni și pensionari, astfel încât acestea să fie separate de cele pentru persoanele cu handicap. Desigur, este de așteptat ca nu toate problemele legate de calitatea serviciilor oferite de aceste cămine să fie rezolvate peste noapte. Dar problemele actuale par minore în comparație cu ce se prevede pentru viitor. În fapt, beneficiarii potențiali de îngrijire din instituții provin dintre persoanele vârstnice cu riscul cel mai ridicat de dependență, având 80 de ani și peste (erau 470.378 persoane în anul 2008). Potrivit statisticii sociale, în jur de 3% dintre persoanele de peste 60 de ani ajung, de regulă, în situație de dependență. În cazul României, un calcul pe datele demografice aferente anului 2008, indică o cifră de 125.250, persoane potențial dependente, necesitând servicii de îngrijire. Dacă din 35 de persoane vârstnice dependente, 10 se află în situația de pierdere accentuată a autonomiei, rezultă cam 40.000 de persoane ce vor

necesita îngrijiri permanente. Capacitățile rezidențiale actuale din România sunt însă de numai 3.400 de locuri pentru persoanele vârstnice și 4.000 de locuri pentru persoanele cu handicap. Așadar, este mai mult decât necesară dezvoltarea unor rețele de îngrijire la domiciliu, acest tip de îngrijire fiind mai puțin costisitor și preferat de cei mai mulți vârstnici, exceptând cazurile ce impun instituționalizare (****2008, Stadiul aplicării..., CNPV*). Deja sistemul se confruntă de mai mulți ani cu un număr foarte mare de cereri – în unele localități existând liste de așteptare pentru internarea vârstnicilor în asemenea unități.

11. În România nu există încă o *lege cadru satisfăcătoare pentru protecția drepturilor persoanelor vârstnice* și nici un *Program național pentru protecția socială a persoanelor vârstnice* aprobat de Parlament.

12. Sistemele de asistență socială se confruntă cu o criză profundă în toată lumea. În România însă, problemele sociale sunt mult mai grave, datorită crizei economice cronicizate, pe fondul măsurilor de austeritate excesive ce au afectat grupurile și persoanele deja vulnerabile economic. „Politicienii români mai consideră și astăzi că o politică de dreapta se caracterizează prin ignorarea problemelor sociale și retragerea statului (stat mic, de altfel) din responsabilitățile lui sociale. În viziunea acestei orientări ideologice, eliminarea funcțiilor sociale ale „statului asistențial” ar fi necesară, întrucât parazitează economia (grasul care stă pe umerii/spatele slabului)...De aici, reducerea cheltuielilor sociale publice și destructurarea sistemului de asistență socială apar ca inevitabile în timp, chiar ca un obiectiv major. Promovarea unei mentalități de un individualism extrem stă la baza politicilor de asistență socială, în prezent. În al doilea rând, criza economică, socială și morală găsește în România un sistem de asistență socială nu numai deficitar ca buget și lipsit de resurse umane calificate, dar și fragil, prost conceput, prin încercări succesive de schimbare, de tip pseudoreformă, eșuate în timp. În al treilea rând, se înregistrează o degradare a fibrei sociale și morale a solidarității, dispariția semnificației spiritului comunitar, ca resursă a dezvoltării. De asemenea, se accentuează o erodare a normelor morale în societatea românească, în relațiile interumane și în familie. Se instalează, astfel, treptat o acceptare tacită a unei neputințe de schimbare a stării individuale și comunitare, neputință ce poate deveni paralizantă pentru acțiuni sociale colective” (*Zamfir E., 2012*).

Bibliografie

- Autret F., 2012, *Les europeens menaces de vieillir pauvres*, La Tribune, 16/02/ <http://www.latribune.fr/actualites/economie/union-europeenne/20120216trib000683469/les-europeens-menaces-de-vieillir-pauvres.html>
- Bălașa A., 2003, *Protecția socială a persoanelor vârstnice în România*, Calitatea Vieții, XIV, nr. 1, Ed. Academiei Române, București.
- Lutz W., Sanderson W., Sergei S., Samir K.C., 2008, *Demographic and Human Capital Trends in Eastern Europe and Sub-Saharan Africa*, Transatlantic Council of Migration, MPI, Migration Policy Institute, <http://www.migrationpolicy.org/pubs/Lutz-Paper.pdf>
- Mihăilescu A., 2014, *Minimul de trai instrument în politicile sociale*, Editura Academiei Române, București.
- Stanciu M., Mihăilescu A., 2011, *Consumption patterns and purchasing power*, Revista Calitatea Vieții nr. 1-2, Editura Academiei Române, București.
- Zamfir, C., (coord.), Ilie S., Stănescu I., Scutaru C., Zamfir E., Raport social al ICCV, 2011, *România: răspunsuri la criză*, Editura Academiei Române, București.
- *** 2007, *Anuarul Statistic al României 2006*, Institutul Național de Statistică București
 - *** 2010, *Coordonate ale nivelului de trai în România. Veniturile și consumul populației*, Institutul Național de Statistică, București
 - *** 22.09.2010, *Cheltuielile cu asistența socială – de la 0,75 mld. euro in 2000, la 5 miliarde euro in 2008 si 2009*, BusinessDay.ro, Economie și Finanțe, <http://businessday.ro/09/2010/cheltuielile-cu-asistență-socială-de-la-075-mld-euro-in-2000-la-5-miliarde-in-2008-si-2009/>
 - *** 2011, *Aspecte ce privesc asistența socială ca modalitate de respectare a egalității de șanse și apărarea drepturilor persoanelor vârstnice*, Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice, http://www.cnpv.ro/pdf/analize2010_2011/asistență-socială-si-egalitate-sanse.pdf
- *** 2011, Guvernul României, *Programul Național de Reformă*, www.dae.gov.ro,
- *** 2011, *Directions in Human Development, The Jobs Crisis, Household and Government Responses to the Great Recession in Eastern Europe and Central Asia*, Washington D.C., The World Bank.
- *** 2012, *Asistența persoanelor vârstnice în unitățile medico-sociale*, Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice http://www.cnpv.ro/pdf/analize2012/studiu_unitati_med_sociale_2012.pdf
- *** *Cartea Albă: O agendă pentru pensii adecvate, sigure și viabile*, Comisia Europeană, februarie 2012.
- *** Eurostat, 20.12.2012, http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_pns7&lang=en

Estimarea prin metoda Monte Carlo a riscului ca o familie să devină săracă

ȘTEFAN CORNELIU ȘTEFĂNESCU, ADINA MIHĂILESCU

Aspecte metodologice

În această lucrare intenționăm să evaluăm riscul ca o familie să efectueze cheltuieli ce depășesc veniturile familiei respective. În acest context au fost studiate familii monoparentale, din mediul urban, ce au unul, doi sau trei copii. Sunt luate în considerare 10 tipuri de cheltuieli orientate pe :

1. Alimente
2. Îmbrăcăminte
3. Dotarea locuinței
4. Transport
5. Servicii culturale
6. Igienă personală
7. Reparații pentru îmbrăcăminte / încălțăminte
8. Cheltuieli cu locuința
9. Cheltuieli cu medicamente
10. Fond de siguranță.

Apelând la valoarea coșului de consum din luna octombrie 2012, corespunzător minimului de trai decent pentru familia monoparentală din mediul urban, cu unul, doi sau trei copii în întreținere, s-au stabilit cheltuielile minime admise c_i , $1 \leq i \leq 10$, pentru toate cele zece genuri de articole menționate anterior (Mihăilescu A., 2012). Detalii suplimentare sunt prezentate în *Tabelul 1* și privesc valoarea minimă a cheltuielilor în raport cu structura familiei și genul de consum-servicii utilizat (Mihăilescu A., 2012).

Tabelul 1. Valoarea coșului corespunzător minimului de trai decent pentru familia monoparentală cu unul, doi sau trei copii în întreținere, din mediul urban (octombrie 2012)

Specificație	Pro-cente	Cheltuieli (în lei) 1 adult cu 1 copil	Cheltuieli (în lei) 1 adult cu 2 copii	Cheltuieli (în lei) 1 adult cu 3 copii
Alimente	48,0	589	763	936
Îmbrăcăminte	6,6	81	105	129
Dotarea locuinței	3,4	42	54	66
Transport	7,7	94	122	150
Servicii culturale	2,5	31	40	49
Igienă personală	3,1	38	49	60
Servicii de reparații și întreținere îmbrăcăminte / încălțăminte	0,7	8	11	14
Cheltuieli cu locuința*	17,6	216	280	343
Cheltuieli cu medicamente**	1,4	17	22	27
Fond de siguranță	9,1	112	144	177
Total	100,0	1.228	1.590	1.951

Existența unor condiții economice interne și internaționale defavorabile a condus la o creștere a inflației în România, la o majorare a valorii cheltuielilor de consum și servicii. Într-o asemenea situație, familii aflate la limita unui mod de viață decent prezintă un risc crescut de a cădea în sărăcie.

În prezentul studiu am optat pentru varianta minimală privind majorarea lunară a cheltuielilor, acceptând mărirea unor cheltuieli la alimente precum și la încălzirea locuinței pe timp de iarnă. În realitate situația în România este însă mai dramatică. Din cauza inflației și a crizei economice, la toate cele zece articole de cheltuieli menționate în *Tabelul 1* intervin cu siguranță majorări mai mult sau mai puțin semnificative. Acest lucru va crește nemijlocit riscul ca o familie ce trăia la limita unui trai decent să devină foarte săracă.

Nu dispunem de date statistice actualizate permanent privind repartitia exactă a cheltuielilor populației pentru diverse articole. Într-un asemenea context, pentru estimarea riscului de a cădea în sărăcie vom lua în considerare numai cheltuieli pe articole ce depășesc pragul minim admis

pentru a duce o viață decentă. Trebuie să remarcăm și faptul că familiile cu resurse limitate nu-și pot permite efectuarea de cheltuieli foarte mari, frecvența acestora scăzând drastic pe măsura creșterii valorii lor.

Neavând informații efective privind repartizarea reală a cheltuielilor la un anumit articol, optăm pentru o densitate de repartiție liniară, descrescătoare pe intervalul $[v_a, v_b]$. Limita inferioară v_a reprezintă valoarea minimă admisă a fi cheltuită la articolul analizat. Pentru fiecare articol în parte este cunoscut coeficientul $q > 0$ cu care se majorează, în medie, cheltuielile respective. Concret, în urma majorării cheltuielilor media acestora la un articol devine $(1 + q)v_a$, punctul de referință fiind valoarea minimă v_a . Pragul superior v_b de cheltuieli la același articol se determină ținând seama de restricția ce stipulează o descreștere liniară a șanseii de a avea cheltuieli tot mai mari. În această situație probabilitatea de a cheltui peste valoarea v_b este considerată ca fiind nulă.

Bineînțeles pot fi făcute și alte ipoteze asupra formei concrete a repartiției unor tipuri de cheltuieli, acceptând și densități neliniare de repartiție. Prezența celor zece tipuri de cheltuieli, urmând repartiții liniare cu parametrii q și v_a diferiți, conduce la un calcul teoretic complex pentru evaluarea în final a riscului ca o familie ce duce un trai decent să cadă apoi în sărăcie.

În acest context am utilizat simularea stocastică Monte Carlo (Gentle J.E., 1998) la estimarea riscului ca o familie să devină săracă, probabilitatea respectivă descrescând în mod evident odată cu creșterea venitului deținut de întreaga familie. Metoda prezentată pentru evaluarea „riscului de sărăcie” are aplicații practice imediate. Astfel, există statistici oficiale privind repartiția reală a cheltuielilor în raport cu tipurile de consum-servicii folosite precum și modul concret de repartizare a veniturilor în cadrul diverselor structuri familiale. Apelând la aceste informații și folosind tabele ce conțin probabilitățile de risc se poate evalua în final numărul de familii ce nu duc un trai de viață decent. Precizarea efectivă a numărului familiilor defavorizate va mări în mod clar eficiența implementării anumitor politici sociale.

Rezultatele simulărilor în cazul familiilor monoparentale ce locuiesc în mediul urban

Am aplicat simularea stocastică Monte Carlo în vederea generării aleatoare a cheltuielilor efectuate pentru diverse articole (*Tabelul 1*) de familiile monoparentale ce locuiesc în mediul urban. S-au utilizat un milion de simulări Monte Carlo la estimarea fiecărei probabilități de risc ca o familie

cu un trai decent de viață și un venit precizat să devină săracă. Au fost studiate familiile monoparentale cu 1-3 copii. Tipurile de cheltuieli și valorile minime admise pentru ducerea unui trai decent sunt cele din *Tabelul 1*. Indiferent de tipul de familie, cheltuielile la alimente și cele destinate întreținerii locuinței au fost majorate, în medie, cu 10% ($q = 0.1$), respectiv 20% ($q = 0.2$). Toate celelalte tipuri de cheltuieli nu au fost mărite fiind păstrate valorile minime ce asigură un mod relativ decent de viață.

Valorile estimate pentru „probabilitatea de a cădea în sărăcie” sunt listate în *Tabelele 2a-4a*. Astfel, pentru o familie monoparentală cu doi copii și un venit total de 1750 roni (*Tabelul 3a*), șansa ca familia să devină săracă este de 32.75%. Așadar, circa o treime dintre familiile monoparentale cu doi copii ce duc în prezent un trai decent pot deveni sărace în urma majorărilor de cheltuieli menționate anterior. Graficele *2b-4b* ilustrează, pentru familiile monoparentale cu 1-3 copii, modul de descreștere a riscului de a ajunge sărac în funcție de veniturile familiei respective.

Tabelul 2a. Probabilitatea ca pentru o familie monoparentală cu un singur copil să avem cheltuieli ce depășesc venitul familiei
(10^6 simulări Monte Carlo)

Venit	1228	1238	1248	1258	1268	1278	1288	1298
Probabilitate	1,0000	0,9917	0,9684	0,9315	0,8841	0,8280	0,7653	0,6983
Venit	1308	1318	1328	1338	1348	1358	1368	1378
Probabilitate	0,6273	0,5555	0,4848	0,4158	0,3497	0,2889	0,2349	0,1869
Venit	1388	1398	1408	1418	1428	1438	1448	1458
Probabilitate	0,1450	0,1096	0,0807	0,0580	0,0405	0,0273	0,0176	0,0108
Venit	1468	1478	1488	1498	1508	1518	1528	1538
Probabilitate	0,0062	0,0032	0,0015	0,0006	0,0001	0,0000	0,0000	0,0000

Tabelul 3a. Probabilitatea ca pentru o familie monoparentală cu doi copii să avem cheltuieli ce depășesc venitul familiei
(10^6 simulări Monte Carlo)

Venit	1590	1600	1610	1620	1630	1640	1650	1660
Probabilitate	1,0000	0,9951	0,9808	0,9584	0,9283	0,8924	0,8504	0,8043
Venit	1670	1680	1690	1700	1710	1720	1730	1740

Probabilitate	0,7544	0,7023	0,6477	0,5925	0,5370	0,4820	0,4286	0,3770
Venit	1750	1760	1770	1780	1790	1800	1810	1820
Probabilitate	0,3275	0,2813	0,2395	0,2015	0,1670	0,1369	0,1103	0,0875
Venit	1830	1840	1850	1860	1870	1880	1890	1900
Probabilitate	0,0684	0,0522	0,0394	0,0292	0,0208	0,0146	0,0097	0,0063
Venit	1910	1920	1930	1940	1950	1960	1970	1980
Probabilitate	0,0039	0,0022	0,0012	0,0006	0,0002	0,0001	0,0000	0,0000

Tabelul 4a. Probabilitatea ca pentru o familie monoparentală cu trei copii să avem cheltuieli ce depășesc venitul familiei (10^6 simulări Monte Carlo)

Venit	1951	1961	1971	1981	1991	2001	2011	2021
Probabilitate	1,0000	0,9966	0,9868	0,9714	0,9507	0,9254	0,8960	0,8630
Venit	2031	2041	2051	2061	2071	2081	2091	2101
Probabilitate	0,8267	0,7881	0,7468	0,7042	0,6602	0,6150	0,5696	0,5245
Venit	2111	2121	2131	2141	2151	2161	2171	2181
Probabilitate	0,4799	0,4359	0,3933	0,3523	0,3133	0,2766	0,2421	0,2105
Venit	2191	2201	2211	2221	2231	2241	2251	2261
Probabilitate	0,1817	0,1555	0,1313	0,1099	0,0912	0,0748	0,0608	0,0487
Venit	2271	2281	2291	2301	2311	2321	2331	2341
Probabilitate	0,0387	0,0302	0,0232	0,0175	0,0129	0,0093	0,0064	0,0044
Venit	2351	2361	2371	2381	2391	2401	2411	2421
Probabilitate	0,0029	0,0017	0,0010	0,0005	0,0002	0,0001	0,0000	0,0000

Figura 2b. Riscul ca la o familie monoparentală cu un singur copil cheltuielile să depășească venitul familiei

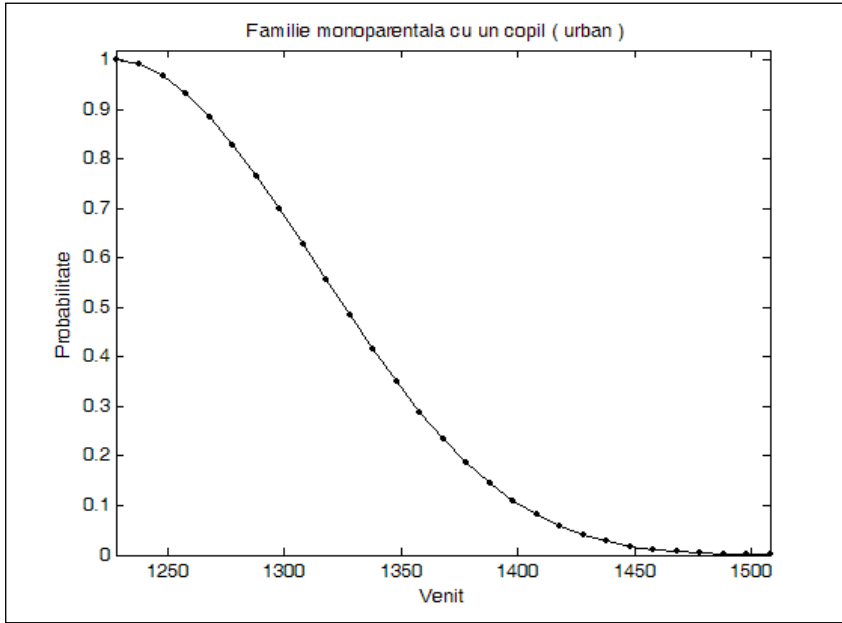


Figura 3b. Riscul ca la o familie monoparentală cu doi copii cheltuielile să depășească venitul familiei

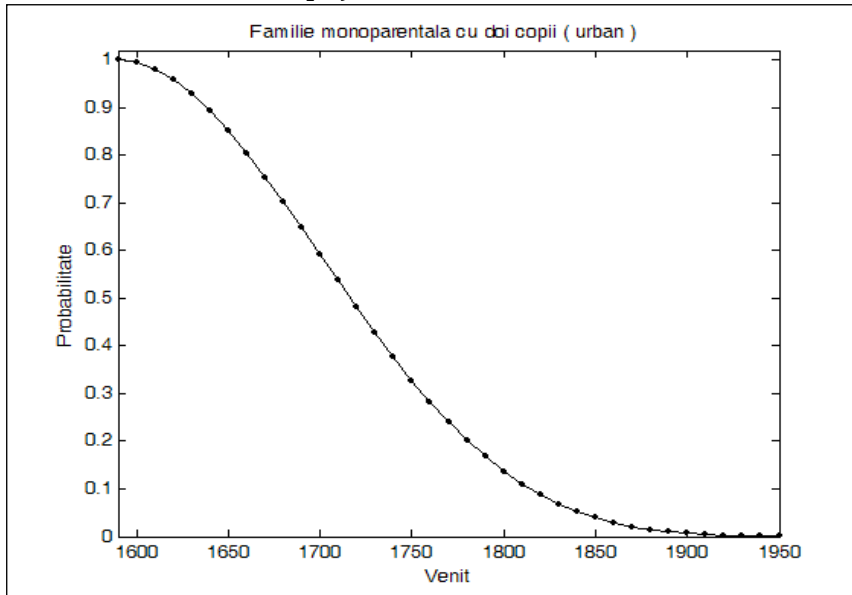
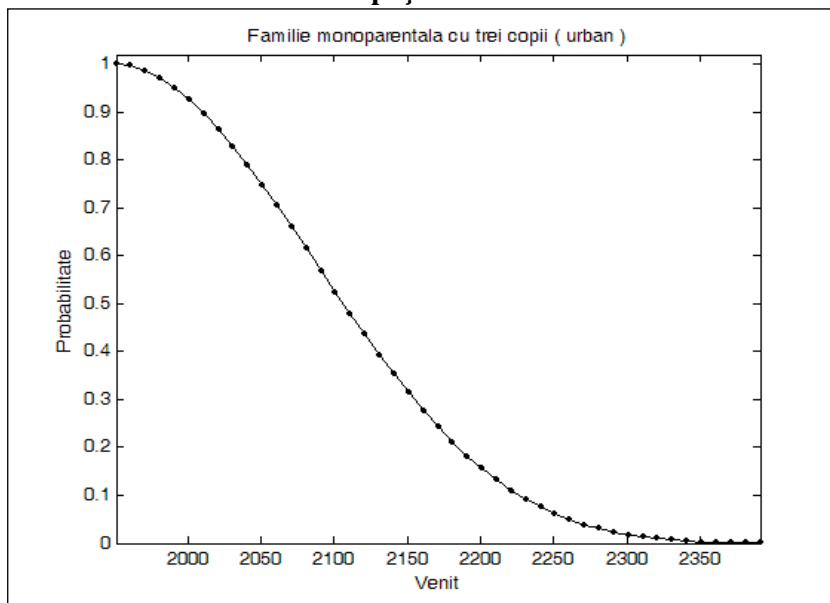


Figura 4b. Riscul ca la o familie monoparentală cu trei copii cheltuielile să depășească venitul familiei



Concluzii parțiale

Apelând la datele statistice privind situația veniturilor familiilor monoparentale din România, prin utilizarea *Tabelor 2a, 3a și 4a* se poate estima efectiv numărul de familii monoparentale ce nu au un trai decent de viață. Acest lucru va conduce la propunerea unor politici sociale țintite ce au în vedere aceste categorii defavorizate. Programul de simulare conceput operează cu orice cheltuieli minimale c_i , $c_i > 0$, $1 \leq i \leq 10$, venituri minimale v_a , $v_a = c_1 + c_2 + \dots + c_{10}$ și coeficienți q_i , $q_i \geq 0$, $1 \leq i \leq 10$, de „majorare în medie” a cheltuielilor c_i . Variind toți acești parametri se pot simula pe calculator diverse prognoze, fapt ce permite proiectarea unei politici coerente de protecție socială.

Bibliografie

- Gentle J. E., 1998, *Random number generation and Monte Carlo methods*, Statistics and Computing, Springer Verlag, New York.
 Mihăilescu A. 2012, *Coșul de consum al populației din România*, Ed. Expert, București.

PARTEA a IV-a

O ASISTENȚĂ SOCIALĂ EFICIENTĂ A GRUPURILOR VULNERABILE

Semnificații ale dizabilității în sistemul de protecție socială din România¹

LIVIU MANEA

Introducere

Persoanele cu dizabilități au constituit dintotdeauna o categorie țintă importantă a protecției sociale; reacțiile sociale față de aceste persoane s-au întemeiat, din cele mai vechi timpuri, pe principiile religioase și morale, pentru ca, pe măsura dezvoltării societăților, să devină tot mai sistematice și să capete forma specifică în arhitectura statului bunăstării, unde diferitele categorii au legitimitatea de a solicita ajutorul social, și nu indivizii. Conform principiilor statului bunăstării, persoanelor li se atribuie ajutor social numai dacă trec testul care le verifică apartenența la una dintre categoriile definite social. Cu toate acestea, conceptul de dizabilitate pare înalt problematic. După Stone (1984), dizabilității i se cere să îndeplinească o funcție care nu este posibil de realizat: să rezolve problema distribuției judicioase, corecte, echitabile a resurselor.

Multă vreme, dizabilitatea a fost abordată din perspectiva modelului individual (medical, care explica apariția acesteia ca efect al unei afectări/deficiențe a individului și orienta intervențiile la același nivel, gândite ca încercări de tip „reparatoriu”), pentru ca după sfârșitul anilor 1970 să se afirme tot mai mult un alt model, cel social (unde dizabilitatea este considerată ca efect al organizării și funcționării societății care nu ia în considerare diversitatea umană, nevoile persoanelor cu diferite condiții de sănătate, iar intervențiile considerate adecvate ar fi cele care vizează modificările mediului).

Odată cu adoptarea Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la nivelul Organizației Mondiale a Sănătății în anul 2001 (OMS, 2004), abordarea dizabilității se face din perspectiva modelului biopsihosocial (care reprezintă un compromis între modelele anterioare, medical și social). Astfel, dizabilitatea este considerată ca dificultate sau ca

¹ Obiectivul principal al acestui capitol circumscrie evidențierea semnificațiilor dizabilității din perspectiva sistemului de protecție socială dezvoltat în România. Sunt analizate prevederile legislative, datele statistice, tipurile de beneficii și sunt relevate mai multe inconsistențe care prezintă riscuri pentru sustenabilitatea sistemului.

dificultăți care se manifestă la unul sau la mai multe dintre următoarele trei niveluri:

- ca probleme, ca „afectări/deficiențe” la nivelul unor *funcții sau structuri ale organismului*;
- ca probleme în executarea unor activități, denumite „*limitări de activitate*”;
- ca probleme legate de implicarea în anumite arii ale vieții, denumite „*restricții de participare*”.

Astfel, dizabilitatea apare din interacțiunea dinamică a condițiilor de sănătate cu două categorii de factori contextuali – cei de mediu și cei personali.

În Preambulul Convenției privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (2006) se recunoaște că dizabilitatea este un concept în evoluție și că aceasta „rezultă din interacțiunea persoanelor care au anumite afectări/deficiențe cu barierele de mediu și cu cele atitudinale care le împiedică participarea deplină și efectivă în societate, pe baze egale cu celelalte persoane”. Tot în cadrul Convenției, în art. (1) care definește scopul acestui document se precizează că persoanele cu dizabilități sunt acelea „care au deficiențe fizice, mentale, intelectuale sau senzoriale de durată, deficiențe care, în interacțiune cu diverse bariere, pot îngreuna participarea deplină și efectivă a persoanelor în societate, în condiții de egalitate cu ceilalți”.

Definiția dizabilității ca o categorie administrativă

În fiecare societate pot fi întâlnite două sisteme distributive principale, unul bazat pe muncă și celălalt bazat pe nevoie. Coexistența acestor sisteme reprezintă o problemă spinoasă în politica socială; pe de o parte, societățile depind în bună măsură de modul în care membrii lor sunt integrați în activitățile productive, întrucât una dintre valorile sociale importante impune ca oamenii să-și asigure singuri cele necesare traiului și chiar să producă ceva în plus, destinat redistribuirii, în scopul îmbunătățirii condiției colectivității primate ca întreg; pe de altă parte, nu toți oamenii își pot satisface întotdeauna integral nevoile și este necesar ca, în acest caz, colectivitatea să prevadă diferite forme de ajutor.

Evaluarea dizabilității este importantă pentru persoanele, familiile din care fac parte și pentru societate. Pe baza evaluării se definește apartenența la categorie, ceea ce conferă eligibilitate, acces la prestații și servicii care să răspundă nevoilor actuale și viitoare. Orice categorie țintă a unor măsuri de protecție socială presupune anumite criterii definitorii: spre

exemplu, categoria „copil” este definită în raport cu vârsta, la fel și cea a persoanelor vârstnice, a pensionarilor (unde, în afara vârstei, se mai ține cont de contribuția prealabilă, de stagiul de cotizare), a familiei monoparentale etc. Iată de ce criteriile de evaluare și de certificare a apartenenței la categoria persoanelor cu dizabilități prezintă o importanță deosebită. Dizabilitatea poate fi conceptualizată pe un continuum, de la dificultățile minore de funcționare, la formele majore de impact asupra vieții unei persoane. De aceea este important de cunoscut unde și cum se trasează linia de demarcație, pragul care delimitează persoanele cu dizabilități de restul membrilor unei societăți.

În general, se poate constata o dualitate a discursului despre dizabilitate:

- pe de o parte, există varianta care tratează dizabilitatea ca fenomen, în general, ca realitate, unde abordarea este mai degrabă intuitivă, relativă, bazată pe experiență, pe tradiție;
- pe de altă parte, în contextul unei a doua variante, dizabilitatea apare ca un concept, ca o categorie administrativă, cu o fundamentare considerată științifică, obiectivă; această accepțiune asigură recunoașterea oficială a statutului de persoană cu dizabilitate, fapt care îi permite acestuia accesul la diferite prestații și servicii sociale incluse în ceea ce este denumit generic „protecție socială specială”.

Desigur, cele două variante nu sunt exclusive, ci anumite elemente ale uneia se regăsesc în cadrul celeilalte.

Din cauza accepțiunilor diferite ale conceptului de dizabilitate apar diferențe considerabile între estimările prevalenței și datele oficiale referitoare la acest fenomen; astfel World Report on Disability (WHO & WB, 2011) consemnează variații largi între datele naționale raportate, de la 1%, la 30%. De reținut că persoanele cu dizabilități reprezintă o categorie eterogenă, din cauză că, dincolo de aspectele ce țin de condiția de sănătate se face resimțită interacțiunea factorilor personali cu cei de mediu.

Există o tendință de expansiune a categoriei de dizabilitate, ca și o serie de idei și valori care îi conferă legitimitate din perspectiva unui criteriu distributiv; printre factorii care acționează în vederea acestei expansiuni pot fi menționați:

- asocierea cu un status moral, cu onorabilitate (inocență și suferință); membrii categoriei merită un anumit ajutor social, fiind îndreptățiți să aibă acces la el, pentru un motiv special;
- conotația de incapacitate a dizabilității;
- credința că dizabilitatea ar fi un fenomen care poate fi relevat și înțeles prin intermediul metodelor clinice.

În România s-au dezvoltat două sisteme pentru evaluarea și managementul problemelor dizabilității, unul centrat pe *invaliditate*, celălalt focalizat pe *handicap* (acesta din urmă, având două componente, în funcție de categoria de vârstă, respectiv, adulți și copii).

Accesul în categoria administrativă „invaliditate”

Categoria „invaliditate” a apărut în sistemele de asigurări sociale ca o formă de protecție față de un risc specific, cel al *diminuării sau pierderii capacității de muncă*, asigurare prin care persoana se protejează de eventualitatea riscului ca, la un anumit moment, să nu mai poată câștiga – prin forțele proprii -, resursele necesare traiului din cauza unor condiții de sănătate.

În sistemul asigurărilor sociale din România, categoria „invaliditate” are o lungă tradiție. Sarcina de gestionare a invalidității a revenit expertizei medicale a capacității de muncă în România încă din anul 1951; de-a lungul timpului, s-a creat o rețea națională de oficii și comisii specializate în acest domeniu, concomitent cu elaborarea de criterii și proceduri de diagnostic clinic, funcțional și al capacității de muncă, precum și de încadrare în grade de invaliditate. Expertiza medicală a capacității de muncă a avut încă de atunci accepțiunea unei evaluări cantitative și calitative a potențialului funcțional raportat la specificul cerințelor profesionale (ale locului de muncă) (Maurer, 1967).

Accepțiunea tradițională a determinării (măsurării) capacității de muncă presupunea luarea în considerare a două dimensiuni:

- potențialul funcțional al organismului;
- cerințele profesionale (ale locului de muncă).

Definiția invalidității vizează aproape în exclusivitate dezavantajul de ordin profesional indus de una sau mai multe deficiențe/afectări, deși, în anumite cazuri, ia în considerare și capacitatea de autoservire.

În introducerea Anexei HG 155/ 2011 prin care s-au aprobat criteriile de încadrare în grade de invaliditate se precizează că „*expertiza medicală a capacității de muncă este o formă de asistență medico – socială care evaluează, prin metode și tehnici specifice, capacitatea de muncă a persoanelor cu diferite tulburări morfologice și funcționale, în vederea prestațiilor de asigurări sociale*” (*medicina de asigurări sociale*).

Demersurile specifice acestei activități sunt centrate pe „profilaxia invalidității și pe recuperarea capacității de muncă, cu finalitate în reinsertia socio-profesională a asiguraților afectați prin boli sau accidente.”

Definiția subliniază relația organică dintre activitatea de expertiză medicală a capacității de muncă și asigurările sociale, bazate pe contribuții prealabile.

În raport cu amploarea reducerii capacității de muncă, conform criteriilor menționate, invaliditatea este exprimată prin intermediul unui număr de trei grade, corespunzătoare severității:

a) de gradul I, caracterizată prin pierderea totală a capacității de muncă și a capacității de autoîngrijire;

b) de gradul II, caracterizată prin pierderea totală a capacității de muncă, cu păstrarea capacității de autoîngrijire;

c) de gradul III, caracterizată prin pierderea a cel puțin jumătate din capacitatea de muncă, persoana putând să presteze o activitate profesională, corespunzătoare a cel mult jumătate din timpul normal de muncă.

Relația „deficiență funcțională – incapacitate adaptativă – grad de invaliditate” este reprezentată, conform criteriilor în vigoare pe o **scală negativă**, care exprimă **pierderea funcțională** cu repercusiuni asupra îndeplinirii rolului adecvat conform vârstei, gradului de instruire și factorilor socio-culturali existenți, după cum se poate observa în tabelul următor:

Tabel nr.1. Relația dintre diagnosticul funcțional, incapacitatea adaptativă și gradele de invaliditate

Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Gradul de invaliditate
Fără deficiență funcțională	0 – 19%	nu determină invaliditate
Deficiență ușoară	20 – 49%	nu determină invaliditate
Deficiență medie	50 – 69%	III
Deficiență accentuată	70 – 89%	II
Deficiență gravă	90 – 100%	I

Sursa: Anexa Hotărârii de Guvern nr. 155/2011 publicată în Monitorul Oficial nr. 224/31 martie 2011

* **fără deficiență funcțională** (incapacitatea adaptativă 0-19%) – exprimă limitele largi ale normalului;

* **deficiență ușoară** (incapacitatea adaptativă 20-49%) – afectează nesemnificativ activitățile cotidiene și profesionale; pot apărea contraindicații privind activitatea profesională/recomandări privind schimbarea locului de muncă; capacitatea de muncă este păstrată;

* **deficiență medie** (incapacitatea adaptativă 50-69%) – limitează capacitatea adaptativă la mediul profesional în privința programului sau a locului de muncă; capacitatea de muncă este redusă cu cel puțin jumătate față de standard;

* **deficiență accentuată** (incapacitatea adaptativă 70-89%) – împiedică desfășurarea unei activități profesionale în sistemul organizat de muncă; capacitatea de muncă este pierdută în totalitate;

* **deficiență gravă** (incapacitatea adaptativă 90-100%) – pierde, pe lângă capacitatea de muncă, și pe cea de autoservire.

În stabilirea corectă a deficienței funcționale, a incapacității adaptative și a capacității de muncă, reglementările actuale prevăd că sunt necesare trei tipuri de investigații:

I. Investigații generale, de rutină: anamneză, examen clinic obiectiv, explorări funcționale și de laborator, teste imagistice etc.;

II. Investigații specifice, necesare pentru individualizarea fiecărei situații patologice, invalidante încadrabilă în diferitele patologii;

Din punct de vedere al complexității, investigațiile se pot clasifica în trei categorii:

1. Indispensabile: necesare pentru susținerea diagnosticului clinic și funcțional;

2. Suplimentare: necesare pentru completarea diagnosticului clinic și funcțional;

3. Speciale: necesare de multe ori pentru rigurozitatea stabilirii diagnosticului clinic și

funcțional, mai ales atunci când pacientul prezintă o simptomatologie intricată specifică

situațiilor morbide de graniță (între specialități). Oricare dintre categoriile 2 și 3 devin

obligatorii alături de **prima**, în funcție de particularitățile cazului.

III. Investigația socială (ancheta socială) efectuată pe teren, în anturaj, la locul de muncă, la domiciliu etc.

Numărul mediu de pensionari de invaliditate, rezultat în urma evaluării pe baza criteriilor specifice a înregistrat o tendință constantă de creștere.

**Tabel nr. 2. Evoluția numărului mediu de pensionari de boală,
pe grade de invaliditate
(mii persoane)**

Ani:	1992	2001	2013
Gradul I de invaliditate	15,6	29,4	38,7
Gradul II de invaliditate	199,4	579,9	344,9
Gradul III de invaliditate	27,5	97,0	351,4
Total	242,5	706,3	735,0

Sursa: Anuarul Statistic publicat în anii 1993, 2002, 2014

Datele atestă o expansiune continuă a fenomenului, care nu poate fi pusă în corelație direct numai cu deteriorarea condițiilor de sănătate la nivelul populației active, ci și cu procesele sociale și economice specific tranziției (restructurarea economiei, îngustarea ofertei de locuri de muncă ș.a.).

Datele tabelului următor reflectă volumul de activitate din domeniul expertizei medicale a capacității de muncă, la nivelul unui an (2013).

Tabel nr. 3. Expertiza capacității de muncă

	Anul 2013
1. Persoane expertizate – cazuri noi, total	60.037
din care, incluse în:	
gradul I de invaliditate	7.050
gradul II de invaliditate	27.031
gradul III de invaliditate	22.880
respinse	3.076
2. Persoane revizuite	486.497
a) încadrarea persoanelor înainte de revizuire în:	
gradul I de invaliditate	10.910
gradul II de invaliditate	209.250
gradul III de invaliditate	266.337
b) încadrarea persoanelor după revizuire în:	
gradul I de invaliditate	13.845
gradul II de invaliditate	207.272
gradul III de invaliditate	263.602
apte de muncă	1778

(Sursa: Institutul Național de Expertiză Medicală
și Recuperare a Capacității de Muncă)

http://www.mmuncii.ro/j33/images/buletin_statistic/pensii_anul_2013.pdf

Legislația prevede proceduri de revizuire medicală periodică a pensionarilor de invaliditate în funcție de afecțiune, la intervale cuprinse între un an și trei ani, până la împlinirea vârstelor standard de pensionare, la termenele stabilite de medicul expert al asigurărilor sociale sau, după caz, de către comisiile centrale de expertiză medico-militară. Nu mai sunt supuși revizuirii medicale pensionarii de invaliditate care:

- a) prezintă invalidități care afectează ireversibil capacitatea de muncă;
- b) au împlinit vârstele standard de pensionare prevăzute de prezenta lege;
- c) au vârsta mai mică cu până la 5 ani față de vârsta standard de pensionare și au realizat stagiile complete de cotizare, conform legii pensiilor.

Datele tabelului de mai sus permit calcularea șanselor de succes la accesul sau la menținerea în categoria „invaliditate”:

- din totalul de 60.037 cazuri noi expertizate în anul 2013, un număr de 56.961 au primit un grad de invaliditate, ceea ce echivalează cu o rată de succes de 94,9%;
- din totalul de 486.497 persoane revizuite, un număr de 484.719 au păstrat gradul avut sau au obținut altul, ceea ce se traduce într-o rată de succes de 99,63%;
- pe ansamblu, însumând cazurile noi cu cele revizuite, rezultă un total de 546.534 persoane expertizate, iar rata de obținere sau de menținere a accesului în categorie era de 99,11%.

Deși statisticile nu includ date care să arate situația încadrării fiecărei persoane după revizuire în funcție de gradele avute anterior, se poate observa că tendința generică ar fi una de agravare, de obținere a unui grad superior, (I sau II) în urma revizuirilor.

Dintre pensionarii de invaliditate, aproximativ 117.000 aveau (în anul 2012) și statutul de persoane cu handicap.

Sistemul actual de acces în categoria „invaliditate” prezintă o serie de aspecte critice, printre care:

- modul de abordare, care medicalizează fenomenul invalidității; acesta apare ca o problemă de factură individuală, care trebuie identificată, tratată, eventual vindecată prin intervenții ale specialiștilor;
- diminuarea sensului original al expertizei, care pune un mare accent pe caracteristicile locului de muncă și pe raportarea la acestea a restantului morfo-funcțional al persoanei;
- caracterul discutabil al criteriilor și al aplicării lor; existența unui număr considerabil de cazuri expuse în mass media ale unor pensionari de invaliditate a căror încadrare în categorie și grad pare

înalt discutabilă, ridicând suspiciuni (nevăzători care conduc autoturismul, pensionari de invaliditate de gradul I care conduc autoturismul, dar și invers, persoane cu situații complicate ale stării de sănătate, neîncadrate în grad de invaliditate sau încadrate în gradele inferioare – III sau II);

- prin accentul aproape exclusiv pe aspectele medicale, criteriile actuale de expertiză medicală a capacității de muncă pe baza cărora se stabilește încadrarea în grade de invaliditate nu țin cont de conținutul definiției dizabilității promovate la nivel internațional, ca rezultată a interacțiunii condițiilor de sănătate cu factorii contextuali (de mediu și personali);
- expertiza medicală a capacității de muncă și întregul sistem de gestionare a invalidității sunt percepute ca având (aproape exclusiv) funcția de control social;
- funcția de recuperare, reabilitare apare insuficient prezentă. Deși obligatorii pentru marea majoritate a cazurilor, programele recuperatorii sunt generale, marcate de formalism (cu formulări de genul „evitarea efortului fizic”);
- evaluarea gradului de dependență se realizează prin evaluarea statusului funcțional (activități de bază ale vieții de zi cu zi, activități instrumentale) și a celui senzorial și psihoafectiv, însă, nu apar criterii clare decât în cazul diagnosticului clinic. De asemenea, nu rezultă clar tipurile de investigații (cum ar fi observația, interviul) și sursele datelor privind statusul funcțional. Cu toate acestea, se ajunge la bareme ale incapacității adaptative, cu procentaje, care apoi se traduc în grade de invaliditate;
- evaluarea capacității de muncă tinde să devină o activitate de rutină;
- manifestarea unor suspiciuni de fraudă (și a unor cazuri dovedite) în activitățile ce țin de încadrarea în grade de invaliditate;
- riscurile de excludere socială aferente socializării în rolul de invalid pentru largi categorii de persoane, care, după obținerea certificării (cu excepția celor încadrați în gradul III), au interdicția de a se mai implica în activități productive, fiind obligați să se conformeze reprezentării sociale a categoriei, dominată de neputință, pasivitate, suferință. Or, cel puțin teoretic, unele dintre persoanele încadrate în gradul II de invaliditate ar mai putea presta anumite activități care să le suplimenteze veniturile, însă nu o fac, pe motiv că li s-ar suspenda plata pensiei;
- deși evaluarea capacității de muncă a apărut și a evoluat ca un instrument de control social, menit să gestioneze granițele categoriei invaliditate, tot mai sofisticat din punct de vedere medical, acesta se

dovedește din ce în ce mai permisiv, după cum arată datele statistice, pe baza cărora apare o rată de succes la accesul în categorie de peste 99%. Cu toate că există un flux de ieșire din categorie (depensionări, decese, trecerea la pensia de vârstă), se observă o tendință constantă de creștere a numărului de pensionari de invaliditate, care sugerează tensiunile la care este supus sistemul;

- deficiențele (aspectele clinice) nu reprezintă indicatorii cei mai adecvați ai invalidității: pot exista două persoane cu același tip de deficiență, care ar putea avea experiențe și nevoi foarte diferite;
- în practică, activitatea de expertiză medicală a capacității de muncă apare aproape exclusiv concentrată pe patologie, pe ceea ce nu mai poate face persoana evaluată, cu neglijarea punctelor tari (a aspectelor pozitive).

Accesul în categoria administrativă „dizabilitate” („handicap”)

Legea 448/2006 cu modificările și completările ulterioare este actul care reglementează drepturile și obligațiile persoanelor cu dizabilități acordate în scopul integrării și incluziunii sociale a acestora. În lege sunt definite persoanele cu dizabilități ca *„acele persoane cărora mediul social, neadaptat deficiențelor lor fizice, senzoriale, psihice, mentale și/sau asociate, le împiedică total sau le limitează accesul cu șanse egale la viața societății, necesitând măsuri de protecție în sprijinul integrării și incluziunii sociale”*.

Excluziunea socială a persoanelor cu dizabilități se reflectă și ca dificultăți de a participa la viața economică, socială, politică și culturală și poate însemna o distanțare față de societate. A fi persoană cu dizabilități echivalează cu izolarea, discriminarea și amenințări la adresa identității și stimei de sine. Asistența socială a persoanelor cu dizabilități include îngrijire în instituții, sprijin material, servicii de reabilitare, pentru menținerea persoanelor cu dizabilități în comunitate și pentru a preveni dependența de alte persoane.

În România, MMSFPS publică trimestrial un Buletin statistic în care sunt incluse date referitoare la persoanele cu dizabilități. Astfel, la data de 31 decembrie 2013 **numărul total de persoane cu dizabilități era de 709.216**. Dintre acestea, **97,6 %** (692.093 persoane) se aflau în îngrijirea familiilor și/sau trăiau independent („neinstituționalizate), iar **2,4%** (17.123 persoane) se aflau în instituțiile publice rezidențiale de asistență socială pentru persoanele adulte cu dizabilități instituționalizate).

Situația statistică a numărului persoanelor cu handicap încadrate în muncă la data de 31.12.2013 se prezenta astfel: numărul adulților angajați în

muncă cu contract individual de muncă – 29842, dintre care 1.733 persoane în cadrul unităților protejate; numărul total al persoanelor cu handicap neinstituționalizate cu vârsta cuprinsă între 18 și 60 de ani (vârsta de muncă) 337.095 persoane, din care 107.823 aveau și statutul de pensionari de invaliditate de gradele I și II și nu au dreptul, conform legii, să desfășoare activități remunerate, iar 236.781 persoane cu handicap care aveau vârsta legală pentru muncă, nu erau încadrate.

Sursa primară a datelor pentru realizarea rapoartelor statistice o reprezintă direcțiile generale de asistență socială și protecția copilului județene, respectiv ale sectoarelor municipiului București.

**Tabel nr. 4. Numărul persoanelor cu handicap
la data de 31 decembrie 2013**

<u>An</u>	31.12.2013
Număr total persoane cu handicap, din care:	709.216
Copii	60.993
Adulți	648.223
Număr total persoane cu handicap neinstituționalizate, din care:	692.093
Copii	60.981
Adulți	631.112
Număr total persoane cu handicap instituționalizate (în instituțiile rezidențiale publice pentru persoanele adulte cu handicap), din care:	17.123
Copii	12
Adulți	17.111

Sursa: Ministerul Muncii, statistici_dizabilitati_anul 2013_pdf

De reținut alte câteva aspecte privind structura persoanelor cu dizabilități, după gen, categorii de vârstă și grad de dizabilitate:

- femeile reprezintă 53,69% din totalul persoanelor cu dizabilități;
- repartizarea pe grupe de vârstă a persoanelor cu dizabilități arată că 63,48% au între 18-64 ani (411.442), iar 36,52% au peste 65 ani (236.781);
- din totalul persoanelor adulte cu dizabilități, 66,18% au vârsta de peste 50 de ani;
- persoanele cu handicap grav reprezintă 34,01% din total (cea ce înseamnă o ușoară creștere comparativ cu anul anterior, când reprezentau 33,54% din total);

- persoanele cu handicap accentuat aveau ponderea de 53,80% (față de 54,10% la 31 decembrie 2012);
- persoanele cu handicap mediu și ușor reprezentau 12,19% (față de 12,36% la 31 decembrie 2012).

Conceptele și categoriile de invaliditate și handicap prezente în legislația din România sunt supuse unor presiuni contradictorii, pentru lărgirea sau restrângerea sferelor de cuprindere; astfel de presiuni provin din mai multe surse:

- a) persoanele aflate în căutare de ajutor, care exercită, la rândul lor, trei tipuri de presiuni asupra granițelor conceptelor (și categoriilor), prin cereri și acțiuni vizând obținerea unor decizii favorabile: 1. cererea inițială; 2. prezentarea de sine, într-o manieră care să maximizeze șansele de succes; 3. persoana este promotoarea propriului caz, iar perseverența și inteligența pe care le dovedește vor avea un impact semnificativ asupra rezultatului;
- b) medicii. Oricât de elaborate ar fi criteriile de diagnostic, în cele din urmă, acestea sunt aplicate de medici. Relațiile lor cu persoanele care vor să intre sau să rămână în categoria invalidității este marcată de suspiciunea că acestea din urmă ar putea fi tentate să furnizeze informații false (exagerarea simptomelor cu scopul obținerii „avantajelor”) care trebuie atent verificate. Numărul mare de cazuri face dificilă verificarea riguroasă (uneori, de ordinul zecilor într-o singură zi);
- c) contextul economic nefavorabil, cu oferta de locuri de muncă limitată, care îi forțează pe cei cu anumite probleme de sănătate să încerce să obțină accesul la statutul de persoană cu invaliditate, statut asociat cu anumite beneficii (apreciate adesea ca modeste, dar relativ sigure);
- d) reprezentanții nivelurilor legislativ, executiv și administrativ, care creează regulile generale de funcționare a sistemelor de pensii și protecție specială, prin proiectarea și reproiectarea mecanismelor de stabilire și menținere a granițelor categoriilor de beneficiari (invaliditate, handicap). Spre exemplu, prin Decizia nr. 680/2012 a Curții Constituționale referitoare la admiterea excepției de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 73 alin.(1) din Legea nr. 263/2010 privind sistemul unitar de pensii publice s-a stabilit că pensia de invaliditate se acordă pe baza contribuției realizate, fără a se mai lua în considerare un anumit stagiul de cotizare, corespunzător vârstei persoanei. Pe baza acestei decizii, orice persoană adultă cu handicap poate avea acces și la statutul de

persoană cu invaliditate, dacă face dovada stagiului minim de cotizare (spre exemplu, prin plata contribuției minime de asigurări sociale în sumă de 244 lei), chiar și în condițiile în care nu lucrat nicio zi). Prin urmare, conform actualelor criterii, din punct de vedere formal, pe baza diagnosticului clinic și funcțional aceeași persoană poate avea acces atât în categoria invalidității, cât și în cea a persoanelor cu handicap. Accesul în fiecare categorie se face pe baza evaluării specifice: de către expertiza medicală a capacității de muncă, respectiv, de comisia de evaluare a persoanelor adulte cu handicap și de comisia pentru protecția copilului. Încadrarea persoanei în ambele categorii duce la accesul la ambele tipuri de beneficii (pensie de invaliditate, indemnizație de handicap, buget personal complementar etc.). Inițial, invaliditatea și handicapul au fost concepute ca două categorii distincte, separate, fiecare având beneficii specifice. Dacă ar exista o opțiune clară referitoare la ștergerea diferențelor dintre cele două categorii, s-ar putea ridica întrebarea de ce ar mai fi nevoie de două tipuri de evaluări ale aceleiași persoane, efectuate de două sisteme diferite.

Drepturi conferite în urma accesului în categoriile administrative invaliditate și handicap:

A. Invaliditate

Pensionarii de invaliditate beneficiază de următoarele drepturi conform Legii nr. 263/16 decembrie 2010 privind sistemul unitar de pensii publice:

- un cuantum al pensiei pentru pierderea capacității de muncă, stabilit diferențiat, în funcție de gradul de invaliditate și de stagiul de cotizare;
- întocmirea unui **program medical (obligatoriu) de recuperare** care se integrează în ansamblul îngrijirilor necesare în vederea refacerii stării de sănătate și restabilirii capacității de muncă, iar sarcina realizării acestuia revine tuturor unităților de asistență medicală ambulatorie și spitalicească.

Pentru a se asigura o conduită unitară, fiecare plan de recuperare trebuie să cuprindă, în raport de natura deficiențelor funcționale, următoarele **indicații**:

- a. recomandări medicale terapeutice și unitățile sanitare care le efectuează;
- b. măsuri ortopedico-chirurgicale reparatorii, cu precizarea unității medicale ce le va efectua și durata de aplicare;

- c. proceduri fiziokinetobalneergoterapeutice și de gimnastică medicală, cu indicarea etapelor, duratei și a unităților unde se aplică tratamentele respective;
- d. protezare – cu indicarea unităților unde se pot confecționa proteze, orteze etc.;
- e. recomandări socioprofesionale și modul de rezolvare;
- legislația mai prevede o serie de beneficii pentru asigurații din sistemul public, în vederea prevenirii agravărilor și pentru recuperarea capacității de muncă:
 - a. indemnizații pentru trecerea temporară în altă muncă (cel mult 90 de zile);
 - b. indemnizații pentru reducerea timpului de muncă (cel mult 90 de zile);
 - c. ajutoare pentru procurarea de proteze, orteze și alte produse ortopedice care nu sunt suportate, potrivit legii, de la asigurările sociale de sănătate;
 - d. tratament balnear, care nu este suportat, potrivit legii, de la asigurările sociale de sănătate.

B. Dizabilitate

Persoanele cu handicap (adulți sau copii) au o serie de drepturi la care accesul se produce consecutiv certificării încadrării în grad de handicap de către comisia de evaluare a persoanelor adulte cu handicap, respectiv, de către comisia pentru protecția copilului. Drepturile se acordă în funcție de gradele de handicap, indiferent de tipul acestuia: spre exemplu, toate persoanele adulte încadrate în gradul accentuat au acces la drepturi identice, indiferent dacă au probleme de mobilitate, senzoriale, mintale etc. O situație aparte o au persoanele cu handicap grav, care, pe baza evaluării sociopsihomedicale pot beneficia de dreptul la un asistent personal (ceea ce înseamnă că, gradul respectiv grav – nu conferă în mod automat accesul la acest drept, fiind necesar ca evaluarea menționată să stabilească necesitatea asistentului personal). În cazul invalidității, gradul I (corespunzător aceluiași grad de deficiență funcțională gravă) primește automat dreptul la indemnizația de însoțitor.

În art.6 din Legea nr. 448/2006 se reglementează **categoriale de drepturi** de care beneficiază persoanele cu handicap:

- a. ocrotirea sănătății – prevenire, tratament și recuperare;
- b. educație și formare profesională;
- c. ocuparea și adaptarea locului de muncă, orientare și reconversie profesională;
- d. asistență socială, respectiv servicii sociale și prestații sociale;

- e. locuință, amenajarea mediului de viață personal ambiant, transport, acces la mediul fizic, informațional și comunicațional;
- f. petrecerea timpului liber, acces la cultură, sport, turism;
- g. asistență juridică;
- h. facilități fiscale;
- i. evaluare și reevaluare prin examinarea la domiciliu a persoanelor nedepasabile de către membrii comisiei de evaluare, la un interval de 2 ani.

Aceste categorii de drepturi se acordă următoarelor tipuri de beneficiari:

- adulții care posedă certificat de încadrare în grad de handicap eliberat de comisia de evaluare a persoanelor adulte cu handicap sau, după caz, decizie eliberată de comisia superioară de evaluare a persoanelor adulte cu handicap, în termen de valabilitate;
- copiii care posedă certificat de încadrare în grad de handicap eliberat prin hotărâre a comisiei pentru protecția copilului, în termen de valabilitate;
- persoana care are în îngrijire, supraveghere și întreținere un copil cu handicap;
- persoana cu handicap care are în îngrijire, supraveghere și întreținere un copil (cu sau fără handicap) și care nu realizează alte venituri în afara indemnizației lunare care se acordă indiferent de venituri, diferențiat, în funcție de gradul de handicap.

Persoanele cu handicap beneficiază de asistență medicală gratuită, inclusiv de medicamente gratuite, atât pentru tratamentul ambulatoriu, cât și pe timpul spitalizării, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, în condițiile stabilite prin contractul-cadru (art.10, Legea nr. 448/2006).

Drepturile care se acordă persoanelor cu handicap pot fi grupate în mai multe categorii: gratuități, scutiri, reduceri, prestații sociale, servicii sociale, drepturi privind orientarea, formarea profesională, ocuparea și angajarea în muncă.

Gratuități:

- asistență medicală gratuită, inclusiv de medicamente gratuite, atât pentru tratamentul ambulatoriu, cât și pe timpul spitalizării, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, în condițiile stabilite prin contractul-cadru;
- dispozitive medicale gratuite în ambulatoriu;

- servicii gratuite de cazare și masă și pentru însoțitorul copilului cu handicap grav sau accentuat ori al adultului cu handicap grav sau accentuat în unitățile sanitare cu paturi, sanatorii și stațiuni balneare, la recomandarea medicului de familie ori a medicului specialist;
- un bilet gratuit de tratament balnear, în cursul unui an pe baza programului individual de reabilitare și integrare socială și a recomandării medicului de familie sau a medicului specialist;
- gratuitatea transportului interurban, la alegere, în limita costului unui bilet la tren accelerat clasa a II-a, cu autobuzele, (în limita a 12 călătorii dus-întors pe an calendaristic pentru persoanele cu handicap grav, respectiv, 6 călătorii pentru cele cu handicap accentuat); beneficiază de acest drept și însoțitorii persoanelor cu handicap grav și ai copiilor cu handicap grav sau accentuat, asistenții personali și asistenții personali profesioniști, în prezența persoanelor cu handicap;
- gratuitatea transportului urban cu mijloace de transport în comun de suprafață și cu metroul, pentru persoanele cu handicap grav și accentuat; beneficiază de acest drept și însoțitorii persoanelor cu handicap grav și ai copiilor cu handicap grav ori accentuat, asistenții personali și asistenții personali profesioniști, în prezența persoanelor cu handicap;
- gratuitate pentru locurile de parcare pentru autovehiculul care transportă o persoană cu handicap, pe bază de card-legitimăție;
- gratuitate la bilete de intrare la spectacole, muzee, manifestări artistice și sportive pentru copilul cu handicap, precum și pentru persoana care îl însoțește; aceeași gratuitate se acordă și pentru adultul cu handicap grav sau accentuat și persoana însoțitoare;

Scutiri pentru adultul cu handicap grav sau accentuat:

- scutire de impozit pe veniturile din salarii, indemnizații de natură salarială și pensii;
- scutire de la plata impozitului pe clădire și teren;
- scutirea de la plata chiriei pentru suprafețele locative cu destinație de locuințe deținute de stat sau de unitățile administrativ-teritoriale ale acestuia și care sunt în folosința persoanelor cu handicap grav sau accentuat; beneficiază de această prevedere și familia sau reprezentantul legal pe perioada în care are în îngrijire un copil ori un adult cu handicap grav;
- scutire de la plata taxei asupra autoturismelor, motocicletelor cu ataș și mototriciclorilor, adaptate handicapului;

- scutire de la plata taxei pentru eliberarea autorizației de funcționare pentru activități economice și viza anuală a acestora;
- scutire de plată a dobânzii creditului pentru achiziționarea unui singur autovehicul și pentru adaptarea unei locuințe conform nevoilor individuale de acces;
- scutire de la plata taxei hoteliere;
- scutire de la plata tarifului de utilizare a rețelelor de drumuri naționale.

Prestații sociale:

- indemnizație lunară acordată adulților cu handicap grav, indiferent de venituri (202 lei);
- indemnizație lunară acordată adulților cu handicap accentuat, indiferent de venituri (166 lei);
- alocație de stat pentru copilul cu handicap acordată în condițiile și în cuantumul prevăzut de lege, majorat cu 100%;
- buget personal complementar lunar, indiferent de venituri în cuantum de 91 lei pentru persoana cu handicap grav și pentru familia care acordă îngrijire unui copil cu handicap grav;
- indemnizație de însoțitor în cuantum de 534 lei (pentru adulții cu handicap vizual grav) sau asistent personal;
- buget personal complementar lunar, indiferent de venituri în cuantum de 68 lei pentru persoana cu handicap accentuat și pentru familia care acordă îngrijire unui copil cu handicap accentuat;
- buget personal complementar lunar, indiferent de venituri în cuantum de 33,5 lei, pentru adultul cu handicap mediu;
- alocație lunară de hrană acordată copiilor cu handicap de tip HIV/SIDA.

Reduceri:

- reducere la biletele de intrare la spectacole, muzee, manifestări artistice și sportive pentru adultul cu handicap mediu și ușor, în aceleași condiții ca pentru elevi și studenți;
- reducere cu 50% a taxelor pentru cazare și masă la cantinele și căminele studențești, la cererea studentului cu handicap grav sau accentuat.

Servicii sociale:

- Persoanele cu handicap beneficiază de servicii sociale acordate: a) la domiciliu; b) în comunitate; c) în centre de zi și centre rezidențiale, publice sau private.

Serviciile sociale destinate persoanelor cu handicap sunt proiectate și adaptate conform nevoilor individuale ale persoanei.

- Persoana cu handicap grav are dreptul, în baza evaluării sociopsihomedicale, la un asistent personal.
- Adultul cu handicap vizual grav poate opta pentru asistent personal sau indemnizație de însoțitor.

Părinții sau reprezentanții legali ai copilului cu handicap grav, adulții cu handicap grav ori reprezentanții legali ai acestora, cu excepția celor cu handicap vizual grav, pot opta între asistent personal și primirea unei indemnizații lunare; indemnizația este în quantum egal cu salariul net al asistentului social debutant cu studii medii din unitățile de asistență socială din sectorul bugetar, altele decât cele cu paturi. Adultul cu handicap grav sau accentuat care nu dispune de spațiu de locuit, nu realizează venituri ori realizează venituri de până la nivelul salariului mediu pe economie poate beneficia de îngrijirea și protecția unui asistent personal profesionist.

Pentru fiecare adult cu handicap grav sau accentuat aflat în îngrijirea și protecția asistentului personal profesionist se acordă sumele necesare acoperirii cheltuielilor lunare de hrană, echipament, cazarmament, materiale igienico-sanitare, precum și sumele aferente acoperirii cheltuielilor de locuit.

Orientare, formare profesională, ocupare și angajare în muncă

- acces gratuit la evaluare și orientare profesională, indiferent de vârstă, tipul și gradul de handicap.

Persoanele cu handicap aflate în căutarea unui loc de muncă sau încadrate în muncă beneficiază de următoarele drepturi:

- a) cursuri de formare profesională;
- b) adaptare rezonabilă la locul de muncă;
- c) consiliere în perioada prealabilă angajării și pe parcursul angajării, precum și în perioada de probă, din partea unui consilier specializat în medierea muncii;
- d) o perioadă de probă la angajare, plătită, de cel puțin 45 de zile lucrătoare;
- e) un preaviz plătit, de minimum 30 de zile lucrătoare, acordat la desfacerea contractului individual de muncă din inițiativa angajatorului pentru motive neimputabile acestuia;

- f) posibilitatea de a lucra mai puțin de 8 ore pe zi, în condițiile legii, în cazul în care beneficiază de recomandarea comisiei de evaluare în acest sens.

Angajarea persoanei cu handicap în muncă se realizează în următoarele forme:

- a) pe piața liberă a muncii;
- b) la domiciliu (cu obligația din partea angajatorului de a asigura transportul la și de la domiciliu al materiilor prime și materialelor necesare în activitate, precum și al produselor finite realizate);
- c) în forme protejate (loc de muncă protejat sau unitate protejată autorizată).

Autoritățile și instituțiile publice, persoanele juridice, publice sau private, care au cel puțin 50 de angajați, au obligația de a angaja persoane cu handicap într-un procent de cel puțin 4% din numărul total de angajați. Autoritățile și instituțiile publice, persoanele juridice, publice sau private, care nu angajează persoane cu handicap în condițiile menționate, pot opta pentru îndeplinirea uneia dintre următoarele obligații:

- a) să plătească lunar către bugetul de stat o sumă reprezentând 50% din salariul de bază minim brut pe țară înmulțit cu numărul de locuri de muncă în care nu au angajat persoane cu handicap;
- b) să achiziționeze produse sau servicii realizate prin propria activitate a persoanelor cu handicap angajate în unitățile protejate autorizate, pe bază de parteneriat, în sumă echivalentă cu suma datorată la bugetul de stat, în condițiile prevăzute la lit. a).

Drepturi de care beneficiază persoana care are în îngrijire, supraveghere și întreținere un copil cu handicap:

- a) concediu și indemnizație pentru creșterea copilului cu handicap sau, după caz, stimulent lunar, până la împlinirea de către acesta a vârstei de 3 ani;
- b) concediu și o indemnizație pentru creșterea copilului cu handicap în cuantum de 450 lei, pentru copilul cu handicap cu vârsta cuprinsă între 3 și 7 ani;
- c) program de lucru redus la 4 ore pentru părintele care are în îngrijire copilul cu handicap grav sau accentuat, până la împlinirea de către acesta a vârstei de 18 ani, la solicitarea părintelui;

- d) concedii medicale, acordate în condițiile legii, pentru îngrijirea copilului cu handicap care necesită internare, tratament ambulatoriu sau la domiciliu pentru afecțiuni intercurrente, precum și pentru recuperare/reabilitare, până la împlinirea de către copil a vârstei de 18 ani;
- e) indemnizație lunară pentru creșterea copilului cu handicap, în cuantum de 450 lei, acordată persoanei cu handicap care nu realizează alte venituri (în afara indemnizației de handicap și a bugetului complementar), până la împlinirea de către copil a vârstei de 3 ani;
- f) indemnizație lunară pentru creșterea copilului cu handicap, în cuantum de 300 lei, acordată persoanei cu handicap care nu realizează alte venituri în afara indemnizației lunare, pentru copilul cu vârsta cuprinsă între 3 și 7 ani;
- g) indemnizație lunară pentru creșterea copilului cu handicap, în cuantum de 300 lei, acordată persoanei care nu îndeplinește condițiile prevăzute de Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 148/2005, cu modificările și completările ulterioare, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 7/2007, până la împlinirea de către copil a vârstei de 3 ani, iar pentru copilul cu vârsta cuprinsă între 3 și 7 ani un ajutor lunar în cuantum de 150 lei.
- h) alocație lunară de plasament, acordată în condițiile legii, în cuantum majorat cu 50%.

Persoana cu handicap care are în îngrijire, supraveghere și întreținere un copil și care nu realizează alte venituri în afara indemnizației lunare beneficiază de indemnizație pentru creșterea copilului în cuantum de 450 lei până la împlinirea de către copil a vârstei de 2 ani și de un ajutor lunar pentru creșterea copilului în cuantum de 150 lei pentru copilul cu vârsta cuprinsă între 2 și 7 ani.

De dreptul la concediu și indemnizație pentru îngrijirea copilului cu handicap beneficiază, la cerere, unul dintre părinți, persoana căreia i s-a încredințat copilul în vederea adopției, persoana care a adoptat copilul sau care are copilul în plasament ori în plasament în regim de urgență, precum și persoana care a fost numită tutore, cu excepția asistentului maternal profesionist.

Pe perioada în care o persoană beneficiază de dreptul la concediu și o indemnizație pentru creșterea copilului cu handicap în cuantum de 450 lei, pentru copilul cu handicap cu vârsta cuprinsă între 3 și 7 ani, contribuția individuală de asigurări sociale de sănătate se calculează prin

aplicarea cotei stabilite de lege asupra sumei reprezentând valoarea indemnizației pentru creșterea copilului cu handicap și se suportă de la bugetul de stat. Asupra dreptului respectiv nu se datorează celelalte contribuții sociale obligatorii stabilite de lege. Perioada respectivă constituie perioadă asimilată stagiului de cotizare în vederea stabilirii drepturilor de pensii.

Perioada concediului pentru îngrijirea copilului cu handicap în vârstă de 3-7 ani constituie vechime în muncă și în serviciu, care se are în vedere la stabilirea drepturilor ce se acordă în raport cu aceasta.

În tabelul următor sunt prezentate sinoptic drepturile de care beneficiază copiii și adulții în funcție de gradul handicapului, conform prevederilor legale actuale (Legea nr 448/2006, actualizată).

Tabel nr. 5. Drepturi ale persoanelor adulte și ale copiilor în funcție de gradul de handicap

Drepturi	COPIL				
	ușor	me- diu	accentuat	grav	grav, cu asistent
Gratuități:					
asistență medicală	x	x	x	x	x
dispozitive medicale în ambulator	x	x	x	x	x
cazare și masă și pentru însoțitor în (spital, stațiuni balneare)			x	x	x
tratament balnear anual	x	x	x	x	x
transport interurban (12 căl.)				x	x
transport interurban (6 căl.)			x		
transport urban			x	x	x
loc de parcare	x	x	x	x	x
bilete de intrare la spectacole	x	x	x	x	x
Scutiri:					
impozit pe venituri salariale					
impozitului pe clădire și teren					
chirie locuință de stat					
taxa asupra autot. adaptate					
taxa autorizație funcționare activități economice					
dobândă credit					
taxa hotelieră					
tarif rovigneta					

Drepturi	COPIL				
	ușor	me- diu	accentuat	grav	grav, cu asistent
Grad:					
Prestații sociale:					
indemnizație lunară 202 lei					
indemnizație lunară 166 lei					
alocație de stat cuantum dublu	x	x	x	x	x
buget pers. complementar lunar 91 lei				x	x
indemnizație de însoțitor handicap vizual (534 lei)					
buget pers. complementar lunar 68 lei				x	
buget pers. complementar lunar 33,5 lei					
alocație lunară de hrană pt. HIV/SIDA			x	x	x
Reduceri:					
reducere la biletele de intrare la spectacole					
reducere cu 50% a taxelor pentru cazare și masă la cantinele și căminele studențești					
Servicii sociale:					
asistent personal.					x
asistent personal profesionist					

Drepturi	ADULT				
	ușor	me-d iu	accentuat	grav	grav, cu asistent
Grad:					
Gratuități:					
asistență medicală	x	X	x	x	x
dispozitive medicale în ambulator	x	X	x	x	x
cazare și masă și pentru însoțitor în (spital, stațiuni balneare)			x	x	x
tratament balnear anual	x	X	x	x	x
transport interurban (12 căl.)				x	x
transport interurban (6 căl.)			x		
transport urban					

Drepturi	ADULT				
	ușor	me-d iu	accentuat	grav	grav, cu asistent
Grad:	x	X	x	x	x
loc de parcare	x	X	x	x	x
bilete de intrare la spectacole			x	x	x
Scutiri:					
impozit pe venituri salariale			x	x	x
impozitului pe clădire și teren			x	x	x
chirie locuință de stat			x	x	
taxa asupra autot. adaptate			x	x	x
taxa autorizație funcționare activității economice			x	x	x
dobândă credit			x	x	x
taxa hotelieră			x	x	x
tarif rovigmeta			x	x	x
Prestații sociale:					
indemnizație lunară 202 lei				x	x
indemnizație lunară 166 lei			x		
alocație de stat cuantum dublu					
buget pers. complementar lunar 91 lei				x	x
indemnizație de însoțitor handicap vizual (534 lei)				x	x
buget pers. complementar lunar 68 lei			x		
buget pers. complementar lunar 33,5 lei		X			
alocație lunară de hrană pt. HIV/SIDA					
Reduceri:					
reducere la biletele de intrare la spectacole	x	x			
reducere cu 50% a taxelor pentru cazare și masă la cantinele și căminele studențești			x	x	x
Servicii sociale:					
asistent personal.					x
asistent personal profesionist			x	x	x

Sursa: prelucrarea prevederilor Legii 448/2006, actualizată

Odată cu emiterea certificatului de încadrare în grad și tip de handicap, comisia de evaluare are obligația de a elabora programul individual de reabilitare și integrare socială a adultului cu handicap. Pentru elaborarea programului individual de reabilitare și integrare socială, comisia de evaluare colaborează cu persoana cu handicap sau cu reprezentantul legal al acesteia.

Printre atribuțiile Serviciului de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap se regăsește și cea de avizare a planului individual de servicii al persoanei cu handicap întocmit de managerul de caz. Managerul de caz înaintează planul individual de servicii al persoanei cu handicap atât persoanei în cauză, cât și reprezentantului serviciului public specializat din localitatea de domiciliu sau de reședință a persoanei cu handicap. Revizuirea programului individual de reabilitare și integrare socială se efectuează anual, de către comisia de evaluare a persoanelor adulte cu handicap.

În conformitate cu art. 11 (1) din Legea nr 448/2006, în vederea asigurării **asistenței de recuperare/reabilitare**, persoanele cu handicap au dreptul la:

a) dispozitive medicale gratuite în ambulatoriu, conform listei și în condițiile prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate și a normelor sale de aplicare;

b) servicii gratuite de cazare și masă și pentru însoțitorul copilului cu handicap grav sau accentuat ori al adultului cu handicap grav sau accentuat în unitățile sanitare cu paturi, sanatorii și stațiuni balneare, la recomandarea medicului de familie ori a medicului specialist, asigurate de la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;

c) un bilet gratuit de tratament balnear, în cursul unui an pe baza programului individual de reabilitare și integrare socială și a recomandării medicului de familie sau a medicului specialist.

În termen de maximum 30 de zile de la data depunerii documentației de către persoana cu handicap sau reprezentantul legal al acesteia, casele de asigurări de sănătate au obligația să emită decizia ori aprobarea de plată pentru fiecare dispozitiv medical sau tip de dispozitiv medical acordat persoanelor cu handicap. Contravaloarea prețului de referință pentru dispozitivele medicale în ambulatoriu se suportă integral din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, prin casa de asigurări de sănătate de care aparține asiguratul.

Numărul biletelor de tratament balnear gratuit care se acordă adulților cu handicap se stabilește proporțional cu numărul potențialilor

beneficiari față de numărul total al biletelor de tratament balnear gratuit stabilite prin legea anuală a bugetului asigurărilor sociale de stat.

Nu există nicio prevedere legală în sensul că o persoană cu handicap grav, cu însoțitor își pierde gradul de handicap și însoțitorul dacă se angajează. Încadrarea într-un grad de handicap nu are nicio legătură cu capacitatea de muncă. Comisiile de evaluare a adulților cu handicap nu evaluează capacitatea de muncă, ci pot doar să orienteze profesional adultul cu handicap.

Printre drepturile de care beneficiază la locul de muncă o persoană cu dizabilități angajată se regăsesc: scutirea de impozitul pe salarii – pentru persoanele cu handicap grav și accentuat (Legea.448/2006, art.24); în cazul angajării la domiciliu: transportul gratuit, de către angajator la și de la domiciliu al materiilor prime și materialelor necesare în activitate, precum și al produselor finite realizate (art.79); o perioadă de probă la angajare, plătită, de cel puțin 45 de zile lucrătoare, (art.24); un preaviz plătit de minim 30 de zile lucrătoare, acordat la desfacerea contractului individual de muncă din inițiativa angajatorului pentru motive neimputabile acestuia, (art.82, alin. e); concediu de odihnă suplimentar de cel puțin 3 zile lucrătoare (Codul Muncii, art.142).

Angajatorii care au peste 50 de salariați sunt obligați să angajeze persoane cu dizabilități în proporție de cel puțin 4%. Dacă nu o fac, trebuie să plătească pentru fiecare persoană neangajată 50 % din salariul de bază minim brut pe țară, sau, să achiziționeze produse în această valoare de la unități protejate, în fiecare lună conform Legii 448/2006, art. (77). Dacă angajează o persoană cu dizabilități, angajatorul scapă de această penalitate și, în același timp, beneficiază de aportul unui angajat valoros.

Dacă angajatorul nu se află în situația prezentată mai sus, el nu este obligat prin lege să angajeze persoane cu dizabilități. Dacă o face, el va primi timp de un an salariul minim pe economie, lunar, pentru fiecare persoană cu dizabilități angajată, cu condiția să o păstreze angajată cel puțin doi ani, conform Legii 76/2002, modificată, art. 85, alin. (2).

Angajatorii care încadrează în muncă pe durată nedeterminată absolvenți din rândul persoanelor cu dizabilități primesc lunar, timp de un an și jumătate, următoarele sume, conform Legii 76 din 16 ianuarie 2002, modificată, art. 80: un salariu de bază minim brut pe țară pentru absolvenții ciclului inferior al liceului sau ai școlilor de arte și meserii; 1,2 salarii de bază minime brute pe țară, pentru absolvenții de învățământ secundar superior sau învățământ postliceal; 1,5 salarii de bază minime brute pe țară, pentru absolvenții de învățământ superior.

La 30.12.2013, conform datelor statistice de la MMFPS/DPPH, în România erau încadrate în muncă 29.842 persoane cu handicap. Dintre

acestea, doar 1.371 erau angajate în Unități Protejate, reprezentând 4,95%. La data de 01.09.2011, la nivel național erau înregistrate 495 de unități protejate. Din cele 495 de unități protejate, 251 aveau o singură persoană cu handicap angajată, iar în 85 unități, persoana cu handicap era singurul angajat. Un număr de 667 de persoane cu handicap lucrau în cadrul a 61 de unități protejate care aveau minim 5 angajați cu handicap (majoritatea fiind cooperative meșteșugărești). Restul de 704 persoane cu handicap erau angajate în 434 de unități protejate, adică o medie de 1,62 persoane cu handicap angajate/unitate protejată.

În concluzie, ocuparea persoanelor deținătoare ale certificatului de încadrare în grad de handicap are un nivel scăzut, chiar și în unitățile protejate.

Concluzii

- Există o fragmentare a dizabilității (invaliditate, handicap adulți, handicap copii), cu diferențe privind criteriile de încadrare, procedurile, metodologiile, personalul.
- Deși evaluarea invalidității se face pe criterii medicale (dg. clinic, dg funcțional), aceasta vizează și autoîngrijirea, care, poate fi apreciată numai în relație cu factorii de mediu; aceștia sunt luați în considerare într-o anumită măsură, chiar dacă mai degrabă intuitiv, în comparație cu aspectele medicale, înalt standardizate.
- Reglementările actuale prevăd reevaluarea periodică, însă, de cele mai multe ori aceasta este percepută de majoritatea pensionarilor de invaliditate și de persoanele cu dizabilitate ca o modalitate de coerciție, generatoare de disconfort (spitalizări, deplasări, costuri etc.).
- Sistemul de evaluare se dovedește înalt dependent de mai mulți factori: fidelitatea și validitatea criteriilor, pe de o parte și calitatea actului medical (privind diagnosticul stării prezente și prognosticul, estimarea tendinței de evoluție); nu pare să existe dovezi privind fidelitatea și validitatea criteriilor (studii care să presupună evaluarea aceluiași cazuri de către evaluatori diferiți, cu compararea rezultatelor), ceea ce poate ridica semne de întrebare asupra obiectivității procesului de evaluare.
- Există o focalizare preponderentă pe aspectele medicale ale categoriilor administrative ale dizabilității/invalidității, cu toate că acestea nu reprezintă exclusiv probleme de ordin medical.

- Există o inerție a sistemelor dezvoltate pentru dizabilitate și invaliditate pe baza unei anumite filosofii, care ar putea constitui o bariera în calea schimbării.
- Odată cu emiterea certificatului de încadrare în grad și tip de handicap, comisia de evaluare are obligația de a elabora programul individual de reabilitare și integrare socială a adultului cu handicap. Pentru elaborarea programului individual de reabilitare și integrare socială, comisia de evaluare colaborează cu persoana cu handicap sau cu reprezentantul legal al acesteia.
- Legislația prevede elaborarea unui plan individual de servicii ca document care fixează obiective pe termen scurt, mediu și lung, precizând modalitățile de intervenție și sprijin pentru adulții cu handicap, prin care se realizează activitățile și serviciile precizate în programul individual de reabilitare și integrare socială. Planul individual de servicii al persoanei cu handicap este întocmit de managerul de caz, care îl înaintează atât persoanei în cauză, cât și reprezentantului serviciului public specializat din localitatea de domiciliu sau de reședință a persoanei cu handicap. Revizuirea programului individual de reabilitare și integrare socială se efectuează anual, de către comisia de evaluare a persoanelor adulte cu handicap.
- Caracterul preponderent al perspectivei modelului medical în abordarea invalidității și handicapului (îndeosebi în cazul adulților), are influență directă asupra conținutului programelor și planurilor de recuperare, unde apar deseori formulări stereotipe (de genul „urmează tratamentul medical”).
- Formularea inadecvată de cele mai multe ori a obiectivelor planurilor individuale de servicii (obiectivele ar trebui să fie măsurabile, concrete, realiste, cu termene, mecanisme de monitorizare etc.).
- Calitatea evaluării dizabilității (și a elaborării planurilor de recuperare/reabilitare) pare să fie influențată de încărcătura muncii; spre exemplu, la nivelul serviciului de evaluare complexă a copilului, în genere, sunt abordate zilnic cca 10 cazuri, la serviciul de evaluare complexă a adulților se prezintă zilnic cca 30 de cazuri, iar la cabinetele teritoriale de expertiză medicală a capacității de muncă, peste 30 de cazuri. Deși se încearcă o programare a prezentării cazurilor la evaluare, în mod frecvent aceasta nu este respectată din diferite motive pe care le invocă persoanele vizate.
- Sistemul de beneficii pentru persoanele cu handicap s-a dezvoltat sub presiunea unor revendicări formulate de diferitele organizații;

logica acestui sistem pare strâns legată de abordarea caritabilă și de cea medicală a fenomenului dizabilității.

- Cele mai multe beneficii (gratuități, prestații, scutiri, reduceri etc.) ce țin de protecția specială sunt reductibile la aspectul financiar; dintr-o perspectivă normativă pare a se tinde spre a se considera că banii ar constitui modalitatea prin care pot fi reduse ori înlăturate dezavantajele persoanelor cu dizabilități. Chiar și dreptul la asistent personal s-a transformat în timp în dreptul la indemnizație lunară, din cauza problemelor privind plata (cu întârzieri de câteva luni, sau, în cuantum diminuat) salariilor asistenților sociali, finanțate din bugetele locale, în condițiile în care unele autorități locale ajung în situații de incapacitate de plată.
- Sistemul de beneficii include răspunsuri categoricale (standard) la nevoi normative (definite de specialiști) și nu răspunsuri la nevoile individuale ale persoanelor cu dizabilități. Spre exemplu, unul dintre beneficii este gratuitatea transportului urban, de care, în cele din urmă, pot beneficia efectiv, doar cei care se pot deplasa; pentru ceilalți, deși există acest drept, el nu are nicio valoare.
- Există o ofertă limitată de servicii și proceduri de abilitare, reabilitare și recuperare, de unde un acces de nivel scăzut la astfel de servicii, fapt care ridică semne de întrebare cu privire la caracterul realist al prevederilor programelor de recuperare/reabilitare.
- Accesul limitat la dispozitive compensatorii sau ajutoare, tehnologii asistive sau asistență vie care sunt prevăzute în Legea nr. 448/2006. Spre exemplu, conform unui studiu realizat de organizația Motivation în anul 2010 se arăta că au fost subvenționate anual circa 2500 fotolii rulante, un număr total insuficient în raport cu cererile la nivel național.
- Absența preocupărilor privind accesibilitatea la nivelul domiciliului persoanei cu dizabilitate; deși la nivel mondial există experiențe și practici pozitive în ce privește adaptarea locuinței cu diferite dispozitive care să faciliteze activitățile zilnice ale unei persoane cu dizabilitate, în România, în afara rampelor de acces și a fotoliului rulant, nu par să existe nici preocupări, nici informații; legea prevede numai subvenționarea dobânzii la un credit bancar pentru achiziționarea unui mijloc de transport adaptat sau pentru adaptarea locuinței. Pare curios, însă, printre revendicările exprimate de-a lungul timpului de organizațiile persoanelor cu handicap nu se regăsește o astfel de solicitare privind accesibilizarea locuinței. În numeroase țări, printre beneficiile la care au acces persoanele cu dizabilități figurează și adaptările locuințelor, care le

facilitează acestora activitățile de zi cu zi (spre exemplu, adaptări ale băilor, ale bucătăriilor, ale căilor de acces etc.), contribuind la atingerea unui anumit grad de viață independentă. Or, astfel de adaptări pot fi realizate și în situațiile în care persoanele dețin certificate de încadrare în grad de dizabilitate cu valabilitate permanentă. Spre exemplu, în Marea Britanie, la nivelul anului 1995 s-au cheltuit 220 milioane de lire sterline din fonduri publice pentru adaptările locuințelor persoanelor cu dificultăți legate de funcționare (World Report on Disability, WHO WB, 2011:100). Un studiu efectuat acolo în anul 2000 a avut ca obiectiv examinarea eficacității respectivelor adaptări, prin intermediul interviurilor cu beneficiarii de adaptări „majore” și, prin intermediul unor chestionare distribuite prin posta, cu beneficiarii unor adaptări „minore”. Măsurarea eficacității s-a realizat prin evidențierea gradului în care persoana se confrunta cu probleme înainte de adaptare, comparativ cu depășirea problemelor după adaptare, fără a fi create noi probleme. Principalele concluzii ale studiului au arătat că: a) adaptările „minore” (cum ar fi: bare, rampe, dușuri, sisteme de acces în locuință), care, în general au costat mai puțin de 500 de lire au produs cele mai consistente consecințe pozitive și de durată pentru beneficiari; b) adaptările „majore” (modificări ale băilor, extinderi ale locuințelor, lifturi) au transformat în cele mai multe cazuri viețile oamenilor, contribuind la independența lor; c) adaptările „majore” care au fost considerate necorespunzătoare au fost lipsite de specificitate de la bun început. De exemplu, unele adaptări majore nu au luat în considerare parametri care se modifică odată cu creșterea copilului cu dizabilitate. Alte adaptări, din cauza fondurilor insuficiente, s-au dovedit improprii pentru utilizare (extensii prea mici, prea reci, ineficiente), ceea ce a echivalat nu cu o economisire a resurselor, ci cu o risipă a lor; d) adaptările au fost apreciate de beneficiari când au fost consultați și s-a luat în considerare punctul lor de vedere și al familiilor din care făceau parte; e) adaptările apreciate pozitiv de beneficiari au contribuit la reducerea spitalizărilor, la reducerea poverii la nivelul întregii familii care acorda îngrijirea și au promovat incluziunea socială.

Dacă se recunoaște că dizabilitatea este atât un fenomen complex, cât și un concept în evoluție, atunci se impune ca sistemul de evaluare și cel de protecție socială să fie regândite și reconfigurate pentru a se putea oferi răspunsurile cele mai adecvate nevoilor persoanelor incluse în această categorie.

Bibliografie

- ***, HOTĂRÂRE DE GUVERN 155/ 23-Feb-2011 pentru aprobarea criteriilor și normelor de diagnostic clinic, diagnostic funcțional și de evaluare a capacității de muncă pe baza cărora se face încadrarea în gradele I, II și III de invaliditate, Monitorul Oficial 224/ 31-Martie.
- ***, Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr.1 din 03/01/2008, actualizată.
- ***, Legea nr. 221/2010 pentru ratificarea Convenției privind drepturile persoanelor cu dizabilități, adoptată la New York de Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite la 13 decembrie 2006, deschisă spre semnare la 30 martie 2007 și semnată de România la 26 septembrie 2007, publicată în MONITORUL OFICIAL NR. 792 din 26 noiembrie 2010.
- ***, Ordinul *ministrului muncii, familiei și egalității de șanse și al ministrului sănătății publice nr.762/1992/2007 pentru aprobarea criteriilor medico-psihsociale pe baza cărora se stabilește încadrarea în grad de handicap*, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr.885/27.12.2007, cu modificările și completările ulterioare.
- Manea, L. 2000, *Protecția socială a persoanelor cu handicap*, București: Casa de Editură și Presă Șansa.
- Maurer, M. 1967, *Expertiza medicală și recuperarea capacității de muncă*, București: Editura Medicală.
- Stone, D. 1984 *The Disabled State*, Philadelphia: Temple University Press
- World Health Organization 2001. *International Classifications of Functioning, Disability and Health (ICF)*, Geneva; lucrarea a fost tradusă în limba română: Organizația Mondială a Sănătății (2004) *CIF – Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății*, București : Ed. MarLink.
- World Health Organization (2011) *World Report on Disability*, Geneva.
http://www.mmuncii.ro/j33/images/buletin_statistic/pensii_anul_2013.pdf
 Ministerul Muncii, statistici_dizabilitati_anul_2013_pdf

Evaluarea datelor în cadrul cercetării socio-economice în domeniul ocupării persoanelor cu scleroză multiplă¹

ELENA ZAMFIR, LIVIUS MANEA, CODRIN SCUTARU, SEBASTIAN FITZEK

1. OBIECTIVELE SPECIFICE STUDIULUI ȘI METODOLOGIA DE EVALUARE

a. Scopul evaluării

Studiul își propune o analiză a datelor rezultate dintr-o cercetare empirică asupra persoanelor cu SM din perspectivă interdisciplinară a unei duble relații a persoanelor cu SM: una cu accent direct pe aspectele economice (referitoare la costurile bolii implicate de ținerea în relativă normalitate a bolnavului, integrarea sau menținerea lui în muncă, autonomia lui economică) și a doua centrată pe mediul psiho-socio-cultural de viață care-i asigură un climat favorabil/pozitiv în relația cu familia, prietenii și colegii de muncă.

În cadrul primului aspect s-a analizat participarea la activități utile a persoanelor cu SM prin forme flexibile de muncă și de timp adecvat condițiilor bolii. În acest context s-au identificat și reprezentările sociale, mentalitățile și prejudecățile legate de dizabilitate și boală ale angajatorului dar și norme, principii și valori ale culturii/ climatului organizațional.

În partea de analiză a aspectelor sociale privind condițiile de viață ale bolnavilor de SM au fost precizate nevoile de servicii specializate și de un mediu familial prietenos, suportiv persoanelor cu SM. S-au identificat factori semnificativi în susținerea unor condiții motivante pentru menținerea respectului de sine și a încrederii în forțele proprii a celor cu SM.

Cercetarea empirică a urmărit identificarea problemelor sociale, a impactului SM asupra vieții persoanelor afectate de boală și asupra familiilor lor. De asemenea, au fost urmăriți factorii care au contribuit la dezvoltarea unor strategii adaptative la nivelul persoanelor diagnosticate cu SM și la cel al familiilor lor.

¹ Selecție din Raportul de evaluare realizat de ICCV în cadrul proiectului de cercetare POSTDRU 70/6.2/S/21986 „CENTRUL NATIONAL DE OCUPARE A FORTEI DE MUNCĂ PENTRU PERSOANELE CU SCLEROZĂ MULTIPLĂ ȘI ALTE BOLI NEUROLOGICE RARE-ACCES ABILITATE”.Raportul a fost coordonat de Elena Zamfir și Livius Manea în 2012.

Realizarea unei imagini de ansamblu privind implicațiile sclerozei multiple asupra condițiilor de muncă și viață a pacienților a stat la baza finalității studiului nostru. În mare parte analiza rezultatelor cercetării empirice a fost confirmată de teoriile de specialitate și de datele statistice existente în plan național și internațional.

b. Sursele metodologice de evaluare a datelor cercetării din studiul nostru s-au sprijinit pe:

- Rezultatele unei cercetări empirice desfășurate în România în perioada 2008- decembrie 2011 în cele cinci regiuni ale țării.
- Analiza fișelor care fac parte din componența bazei naționale de date pe care Societatea de Scleroză Multiplă din România o gestionează
- Analiza rapoartelor de cercetare și datelor din cercetare din UE, din UN și România
- Analiza programelor și politicilor europene referitoare la suportul celor cu SM
- Analiza secundară a datelor privind modul de reinsertie profesională a celor cu SM în țările UE
- Evaluarea datelor cercetării empirice efectuate în România în instituții specializate pe perioada tranziției
- Analiza percepțiilor grupului țintă față de boală și relațiile lor cu mediul de viață
- Analiza percepțiilor angajatorilor privind SM și angajarea celor diagnosticați așa cum apar în cercetări și teorii recente
- Principale oportunități și obstacole în integrarea pe piața muncii a celor cu SM
- Informații din surse instituționale privind aspectele socio-economice ale situației persoanelor cu SM
- Politicile ocupaționale și serviciile specializate pentru persoanele cu SM
- Analiza comparativă a situației socio-economice a persoanelor cu SM și modele de bună practică în lume
- Analiza documentelor on-line referitoare la politicile de integrare a celor cu SM.

Au fost utilizate chestionare pentru număr de 203 persoane cu SM, selectate aleator din baza de date a Societății de Scleroză Multiplă din România (SSMR) din totalul de 1400 de cazuri înregistrate până în momentul de față în respective bază de date.

Precizăm că studiul nostru de tip exploratoriu s-a bazat pe o cercetare atât cantitativă, susținută de un eșantion de 203 subiecți, dar și

calitativă, care a cuprins un studiu de caz, un număr de 15 focus grupuri (la care au participat 97 de subiecți), precum și analiza secundară a datelor din cercetări, rapoarte și statistici naționale și internaționale.

Dezbaterile din cadrul focus grupurilor au confirmat în mare parte informațiile obținute prin intermediul chestionarelor.

Aplicarea chestionarelor s-a realizat de personalul din cadrul SSMR (asistentele sociale Torje Claudia, Amăriuței Lăcrămioara Dana, și Gal Jeanina Emanuela, și psihologul Badale Sebastian Florin).

Culegerea datelor prin intermediul chestionarelor și focus grupurilor s-a realizat în perioada **septembrie-decembrie 2011**.

Eșanționul alcătuit din cele 203 persoane cu SM prezintă o structură după sexe concordantă cu datele din literatura de specialitate care atestă preponderanța femeilor (n=125, respectiv 61,6%) comparativ cu bărbații (n=78, respectiv 38,4%).

De remarcat că mai mult de jumătate din cazuri, mai exact un procentaj de 50,7% au fost diagnosticate la vârste de până la 30 de ani, atunci când persoanele se aflau în perioada de studii sau imediat după acestea, când se aflau în apropierea momentului întemeierii propriei familii, al punerii bazelor carierei profesionale. Vârsta medie a subiecților în momentul diagnosticării este de 31,41 ani, cu o deviere standard de 8,947; cea mai mică vârstă la diagnostic a fost de 14 ani (1 caz), iar cea mai mare 60 de ani (1 caz).

Experiențele personale sunt marcate de adevărate crize post diagnostic, determinate de un mix de factori privind evoluția bolii și impactul acesteia asupra diferiților componente ale vieții: educație, încadrare în muncă, relația de cuplu, viața de familie.

c. Etapele elaborării raportului.

Pe parcursul evaluării datelor obținute, studiul elaborat de partenerul ICCV a urmărit:

- procesul de prelucrare a datelor oferite de SSM din România privind situația persoanelor fără loc de muncă din numărul persoanelor chestionate în cele cinci regiuni ale țării;
- culegerea datelor referitoare la aspectele medicale și sociale care caracterizează populația cu SM de pe teritoriul României înregistrată în baza de date;
- procesul de analiză a datelor primite din partea echipei de proiect a SSM din România;
- elaborarea Raportului de Evaluare a Datelor privind situația persoanelor cu SM chestionate pe durata proiectului în cele cinci regiuni din România;

- diseminarea informațiilor;
- Nu s-a putut corela procesul nostru de evaluare cu analiza datelor din cadrul Sistemului WORK PATH privind angajatorii care doresc să ofere locuri de muncă persoanelor cu dezabilități întrucât această etapă nu a fost finalizată încă de echipa de cercetare.

d. Dimensiuni ale studiului:

Au fost analizate următoarele aspecte sociale și medicale relevante pentru studiu:

- Dizabilitatea
- Distribuția geografică pe cele 5 regiuni.....
- Dizabilitatea și angajarea: câți au rămas fără loc de muncă, câți s-au pensionat, câți au fost angajați în altă parte
- Statutul ocupațional înainte și după diagnosticarea bolii
- Estimarea costurilor pentru persoanele cu SM pentru recuperare, angajare, servicii de consiliere
- Dimensiunea populației estimate cu SM în România
- Identificarea și prezentarea indicatorilor utilizați la nivel internațional privind drepturile persoanelor cu SM
- Vârsta la declanșarea bolii
- Repartiția după sexe
- Domiciliul actual și mediul de proveniență
- Starea civilă
- Numărul de copii din familie
- Situația locativă și condițiile de locuit
- Sursele de venit în familie
- Nivelul de școlarizare
- Programele de formare și preocupări profesionale în România pentru cei SM
- Schimbări majore în practici ocupaționale: diferențe după status social, educație, status marital, vârstă, sex, grad de boală
- Gradul de handicap în care a fost încadrat
- Politici naționale pentru cei cu SM și efecte în timp
- Implicațiile bolii în plan psihologic, percepția persoanei în cauză
- Atitudinea familiei și cea a societății raportate la situația persoanei bolnave
- Legătura dintre gradul de boală, sănătatea familiei și ocupații
- Percepția pacienților privind starea de boală
- Percepția calității serviciilor medicale și ocupaționale de către cei cu SM
- Percepția angajatorilor privind angajarea persoanelor cu dezabilități

- Ambientul de viață și tehnici organizaționale de suport
- Aspectele medicale analizate:**
- Simptome resimțite înainte de diagnosticare
- Durata scursă între momentul apariției simptomelor și cel al diagnosticului
- Care a fost metoda de diagnosticare
- Durata scursă din momentul diagnosticării până în prezent
- Tratamentul urmat
- Accesorii pentru deplasare
- Surse de informare privind SM

2. RELEVANȚA CERCETĂRILOR PRIVIND FORMELE DE DIZABILITATE CU ACCENT PE SM

Necesitatea unor analize comprehensive și multidisciplinare pentru situațiile multiple și diferite de viață ale condiției umane asociate cu forme diferite de dizabilități constituie la nivel global o preocupare permanentă a politicilor sociale. Scopul acestor cercetări este de a ajuta factorii decizionali guvernamentali de a înțelege cât mai corect cerințele legate de dezvoltarea unor servicii personalizate pentru persoanele cu dizabilități în vederea unui standard de viață cât mai adecvat condiției lor și a creșterii pe cât posibil a calității vieții.

Cadrul conceptual al Clasificării internaționale privind funcționarea, dizabilitatea și sănătatea (The international Classification of Functioning, Disability and Health – ICF, adoptat de OMS în anul 2001) fixează, începând cu 2006, pentru definiția și descrierea tipologiei dizabilității criterii, standarde și indicatori foarte flexibili și variați capabili să lărgescă înțelegerea situațiilor de dizabilitate și boală în scopul introducerii unor schimbări majore în practicile operaționale de suport și integrare a acestei categorii de persoane. Aceasta a însemnat o schimbare în înțelegerea și răspunsurile la formele de handicap, în special pentru persoane cu boli rare, prin programe progresive de recuperare, respect și integrare cât mai bună în mediul lor de viață.

În contextul modern de viață, răspunsurile la forme multiple de dizabilități în planul suportului de participare socială și ocupațională a persoanelor afectate de boală sunt din ce în ce mai eficiente și suportive, ele înregistrând în unele regiuni de pe glob succese de reabilitare și refacere aproape totală (vezi SUA și țările nordice, Olanda, Germania în special). Aici strategia de intervenție pentru sprijin prin servicii specializate se face nu numai prin creșterea calității serviciilor de sănătate, proprie unei viziuni clasice, dar mai ales prin măsuri active de

motivare personală pentru o participare socială activă la viața comunității. Se încurajează cerința dobândirii capacităților proprii de câștig al autonomiei personale prin stimulente psihologice de tip apreciativ, prin eliminarea barierelor atitudinale de discriminare a bolii, prin mediul familial prietenos și mai ales prin respect pentru capacitățile proprii de acțiuni bine făcute. Evaluarea, ca parte a procesului social de integrare, este permanent realizată pe baza unor factori motivatori, facilitatori de creștere a participării social-economice. Sunt eliminați pe cât posibil acei factori inhibitori declanșatori de depresii, dezamăgiri, deziluzii și lipsă de sens în viață. Viziunea modernă în analiza dezabilităților pornește de la premiza corectă că dizabilitatea ca parte dinamică, structurală a condiției umane datorată unor anumite împrejurări personale și concrete de viață poate fi stopată sau substanțial redusă /ținută sub control, bineînțeles în funcție de gravitatea ei, dacă se pleacă de la un răspuns specializat la cauzele care au generat-o și care o susțin. Se încearcă tot mai mult ca tratamentul medicamentos, care nu poate fi neglijat, să fie dublat de măsuri eficiente de tip economic (mai ales în sfera activităților ocupaționale și participative social) de tip emoțional-afectiv în viața de familie și grup de prieteni. Se redă altfel încrederea de sine și sentimentul utilității personale la acțiuni colective. Complexitatea analizelor referitoare la dizabilitate au generat modele de cunoaștere atât a cauzelor de natură medicală, strâns legate de cele de natură social, dar și a mediului cultural de viață. De aceea, cele mai recente cercetări subliniază necesitatea corelării celor două modele ca fiind inevitabil complementare. Ele se presupun reciproc în găsirea unor soluții viabile pentru servicii de integrare socio-economică și culturală a persoanelor cu dizabilități. Înțelegerea stării complexe de dizabilitate presupune o preluare a bolii într-un context larg bio-psiho-socio-medical și cultural de viață. Pentru a ajunge la rezultatele dorite se vor analiza în interdependență factorii de mediu și cei personali/individuali cu accent preponderent pe eliminarea oricăror bariere și norme culturale de viață. Acestea, pot în anumite cazuri, să blocheze reintegrarea cu succes a persoanelor cu dezabilități în viața socio-economică și culturală a comunității.

Statisticile din studiile recente indică o distribuție geografică a populației cu forme variate de boală și dizabilitate, cu dimensiuni în continuă creștere. Dimensiunile estimate ale grupului țintă din analiza noastră – persoanele cu SM -, sunt diferite în funcție de sursele de referință, dar diferențele nu sunt foarte mari. Desigur că în bazele de date care se actualizează în timp, diferențele referitoare la dimensiunea

segmentului celor cu SM țin atât de stadiul declanșării bolii dar mai ales al înregistrării ei prin stabilirea diagnosticului .

Instituțiile europene estimează că la acest început de secol, în întreaga lume se găsesc până la 2,5 milioane de pacienți cu scleroză multiplă, dintre care 400 de mii în Europa și 300 de mii în Statele Unite ale Americii.

În 2006 UE a consemnat evenimentul „A Doua Zi Europeană de Conștientizare în Problema Sclerozei Multiple” organizat de Platforma Europeană de Scleroză Multiplă la Parlamentul European de la Bruxelles. Dezbaterile pe tema sclerozei multiple au adus rezultate cu impact remarcabil în propuneri de îmbunătățire a vieții celor cu SM. Întâlnirile au abordat o gamă largă de probleme sociale, economice, medicale, culturale cu importanță pentru stilul de viață și calitatea vieții persoanelor cu SM. Totodată evenimentul a sensibilizat și factorii decizionali preocupați de dezvoltarea politicilor sociale ale persoanelor cu dizabilități, respectiv cu SM.

În contextul zilelor de conștientizare, reprezentanții Platformei Europene de Scleroză Multiplă au folosit această oportunitate pentru a furniza informații cu privire la scleroza multiplă, pentru a atrage atenția asupra problemelor socio-economice și culturale asociate acestei boli în diferite regiuni și țări europene. Cu o mare semnificație pentru condiția economică, socială și morală a celor cu SM a fost introducerea pe agenda manifestărilor a unui proiect cu durabilitate în timp, referitor la cerința implementării unui ***Cod al bunelor practici în întreaga Europă***. S-a inițiat înregistrarea persoanelor cu SM din Europa pe baza unor informații precise, obținute din surse medicale, familiale, instituționale cu privire la apariția și gradul de boală a celor cu SM în scopul de a înființa o bază de date cât mai cuprinzătoare a acestor persoane. Interesant pentru cercetările ulterioare este faptul că documentarea privind formele și tipologia bolii a fost astfel realizată cu ajutorul unei metodologii comune țărilor europene participante încât să faciliteze și o abordare comparativă a situațiilor variate și complexe din diferite regiuni și țări ale Europei. Cu aceasta s-a mai adăugat o șansă ca acele modele eficiente de integrare și suport socio-economic dezvoltate în multe regiuni și țări europene să poată fi monitorizate în timp, extinse ca modele de bună practică pentru persoanele cu dizabilități în acele țări cu o tradiție mai redusă. Au fost constatate desigur, cu această ocazie, și mari decalaje între țările europene privind modul de aplicare a practicilor active de suport, mai ales în costurile destinate persoanelor cu risc de boală și dizabilitate. Concluzii asemănătoare găsim și în lucrarea coordonată de Cem Mete*, ***Economic implications of chronic illness and disability in Eastn***

Europe and the former Soviet Union, apărută sub egida World Bank în 2008. Se accentuează aici implicațiile majore ale condițiilor precare de viață – din unele țări foste socialiste printre care și România – asupra persoanelor cu dizabilități și cu SM. Este știut faptul că în contextul socio-economic al crizei s-au agravat condițiile de viață ale persoanelor cu dizabilități ca urmare a reducerilor bugetare drastice pentru serviciile specializate destinate acestor persoane.

În România, indicatorii statistici, ca urmare a analizelor cercetărilor de tip sondaje efectuate în gospodării după 2007, au evidențiat un trend descendent în calitatea serviciilor medicale și sociale pentru persoanele cu dizabilități și o preocupare scăzută pentru angajarea ocupațională a acestor categorii de persoane. Lucrarea menționată este meritorie atât prin noua orientare metodologică în sfera sistemului de documentare referitoare la dimensiunea grupului țintă – persoane cu SM -, la distribuția lui geografică, la costurile implicate pentru serviciile personalizate, la oportunități de angajare și posibilitățile de ocupare pentru persoanele cu dizabilități. Totodată această analiză statistică de tip comparativ permite o evaluare cât mai corectă și unitară prin standarde și indicatori comuni mai multor țări europene, în special a celor din Europa de Est. Se înregistrează și un progres evident și în identificarea cât mai corectă a aspectelor naționale referitoare la boală și dizabilitate.

2.1. Statutul actual al sclerozei multiple. Definire și statistici. Abordare comparativă

Abordarea politicilor ocupaționale precum și prezentarea unor exemple de bune practică axate pe segmentul format din persoanele cu scleroză multiplă, necesită și o prezentare succintă a unor date statistice care să edifice stadiul actual al acestei maladii precum și cadrul legal și administrativ al persoanelor afectate. La nivel global, scleroza multiplă a fost detectată la aproximativ 2.5 milioane de persoane. Scleroza multiplă (MS) reprezintă o maladie a sistemului nervos central cauzată de leziuni la nivelul stratului de mielină din cadrul acestui sistem. Această boală are efecte semnificative asupra capacității motorii dar și nervoase. Printre simptomele pe care le poate resimți pacientul figurează deficitul de coordonare musculară, dificultățile de mobilitate, greutatea în exprimare, tulburările de vedere și de echilibru. Conform datelor oficiale furnizate de organizații private și societăți naționale preocupate de această boală, se poate observa nivelul de răspândire al acestei maladii la nivel național în anumite țări din Europa după cum urmează:

Tabel 1. Numărul persoanelor cu scleroză multiplă în statele europene.

Țară	Număr estimativ persoane cu MS
Austria	7 000
Belgia	8 900
Bulgaria	3 200
Cipru	350
Republica Cehă	10 000
Danemarca	6 000
Estonia	750
Finlanda	5 000
Franța	50 000
Germania	120 000
Grecia	5 000
Islanda	285
Irlanda	4 500
Italia	50 000
Luxembourg	400
Norvegia	3 800
Polonia	30 000
Portugalia	5 000
România	7 500
Olanda	15 000
Spania	30 000
Suedia	12 000
Turcia	30 000
Ungaria	6 600
UK	85 000

Sursa: <http://www.mult-sclerosis.org/> Studiul realizat acoperă perioada dintre 1991 și 2001. De asemenea, pentru o prezentare mai detaliată a acestor date, a se consulta raportul Comisiei Europene².

Dacă în România în 2001 erau înregistrate doar 7500 de cazuri de SM, în 2008 datele estimate sunt de aproximativ 10.000, asistând la un trend de creștere a numărului persoanelor cu SM. Este greu de evaluat care sunt cauzele care duc la creșterea acestui segment în timp. O explicație poate consta și în îmbunătățirea, în ultima perioadă a metodelor de diagnosticare a bolii, asociată cu preocuparea persoanelor pentru găsirea cauzelor

² http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/dissemination/diseases/neuro_1.pdf

disconfortului produs de boală. Disfuncțiile cauzate de MS afectează viața de zi cu zi a pacientului precum și calitatea vieții sale. La nivelul Uniunii Europene, se estimează faptul că între 350 000 și 405 000 de persoane sunt afectate de SM (aprox. 1 persoană din 1 000). Maladia se manifestă cu precădere între 20 și 40 de ani și au fost depistate mai multe cazuri la femei decât la bărbați. Rareori, scleroza multiplă este diagnosticată înainte de pubertate sau după vârsta de 60 de ani. După pubertate incidența bolii crește rapid atingând vârful în jurul vârstei de 30 de ani. Ea rămâne crescută între 30 și 40 de ani, ca apoi să scadă evident. Din lipsa unor studii centralizate și a unei metodologii riguroase, aceste date prezentate sunt doar estimative, ele apărând ca referințe pentru SM.

2.2. Incluziunea pe piața muncii a persoanelor cu scleroză multiplă. Politici ocupaționale în domeniu.

Scleroza multiplă este considerată a fi cauza unor rate scăzute de angajare a persoanelor pe care le afectează. Datele statistice indică un deficit economic substanțial datorat acestei maladii. În literatura de specialitate, accentul este pus pe analiza cauzelor și efectelor abandonului locului de muncă de către aceste persoane. Studiile axate pe politicile ocupaționale pentru persoanele cu SM care abordează reintegrarea lor pe piața muncii după ce au fost diagnosticate nu sunt numeroase și nici încurajatoare pentru cei bolnavi. De aceea poate este necesar a se apela la modele de bune practici din unele țări europene.

La nivelul Uniunii Europene a fost formulată explicit o strategie (*EU Environment and Health Strategy*) care este axată pe îmbunătățirea conexiunilor dintre factorii de mediu și condițiile de evoluție a afecțiunii.

Anul 2003 a fost declarat anul european al persoanelor cu dizabilități (*The European Year of people with disabilities*). În acest context, între 2000 și 2003 sub supravegherea Comisiei Europene au fost elaborate și aplicate numeroase chestionare legate de atitudinea oamenilor față de persoanele cu dezabilități. Rezultatele arată că 57% dintre persoanele intervievate nu aveau informații sau nu cunoșteau 21 de tipuri de dizabilități menționate în chestionar, printre care și SM. În prezent, în toate statele se încearcă formarea unei infrastructuri care să ofere beneficii pe termen lung pentru cei care au fost diagnosticați cu SM (*long term care*). Conform Eurobarometrului din 2000 și 2003, în 15 state Europene s-a observat o creștere de la 33% până la 34% a nivelului de informare legat de SM și de pacienții care suferă de această maladie. Cel mai scăzut nivel de informare a fost înregistrat în Spania și Portugalia. De aceea, multe din programele la nivel național impulsionate de strategia și politicile sociale ale Uniunii

Europene au ca principală finalitate informarea opiniei publice asupra tuturor aspectelor ce țin de SM.

La nivelul Uniunii Europene, în 1993 Comisia Europeană a adoptat opt programe în domeniul sănătății publice. Cel de-al patrulea program a fost implementat prin acordul dintre Parlamentul European și Consiliul Europei care au decis să adopte un program de acțiune comunitară pentru perioada 2003-2009. În cadrul acestei directive, au fost formulate și obiective clare pentru bolile rare. „**Pactul European pentru persoanele cu dizabilități**” (**The European Disability Pact 2011-2021**) are scopul de a coordona și implementa politici sustenabile pentru persoanele cu dizabilități atât la nivelul decidenților statelor membre UE cât și la nivelul actorilor comunitari implicați în schimbarea mentalităților privind dizabilitatea și boala. Rata de angajare la nivelul UE pentru persoanele cu dizabilități era în 2008 cu aproximativ 20 de procente mai scăzută decât rata celor care nu suferă de nicio formă de dizabilitate.

Problematika formulării unor politici ocupaționale coerente pentru persoanele cu scleroză multiplă depinde în mod direct de gradul de înțelegere a populației și mai ales a angajatorilor față de consecințele și limitările induse de această boală. Astfel, orice angajator trebuie să cunoască constrângerile, performanța și modalitatea de a reduce efectele nedorite, limitative pentru desfășurarea unor activități de muncă de către un angajat care suferă de SM. De aceea asistenții sociali specializați, consilierii personali și angajatorii trebuie să participe la realizarea unor training-uri speciale pentru înțelegerea persoanelor care suferă de scleroză multiplă. De asemenea, orice angajator trebuie să aibă în vedere posibilitatea de creare a anumitor condiții de lucru cât mai flexibile, ca timp și ca loc, de desfășurare pentru persoanele cu SM (ca exemplu: atmosferă prietenoasă și stimulativă psihologic, accesibilitate sporită la un loc confortabil de muncă, însoțitor la locul de muncă, ore de lucru flexibile, minimizarea stresului și a factorilor care reduc concentrarea la locul de muncă etc.). Cunoașterea corectă a cauzelor dar și a efectelor bolii poate avea ca soluție angajarea pacienților afectați de SM dar și maximizarea capacității lor de muncă.

La nivel global, 37% dintre persoanele care au SM sunt angajate. Foarte multe însă trebuie să renunțe la slujbele lor din cauza inconsistenței capacităților funcționale. 75% dintre persoanele diagnosticate cu această boală au declarat faptul că au fost afectate în mod direct de existența acestei boli prin reducerea oportunităților de a avea o carieră și de a se angaja. Conform datelor furnizate de *Work Foundation*, persoanele cu scleroză multiplă pierd aproximativ 18 ani lucrători dacă se pensionează la 60 de ani, vârstă limită care nu le mai permite continuarea activităților (raportul

poate să fie accesat la următorul link: http://www.theworkfoundation.com/assets/docs/publications/289_MS3.pdf.³

2.3. Problematika socială a dizabilității

Excluziunea persoanelor cu dizabilități din viața economică și socială, ca subiect delicat, ar trebui să constituie, o preocupare constantă pentru factorii de decizie. Încercarea de a combate discriminarea asociată deficienței și dizabilității se blochează, în diferite contexte sociale și culturale, de o serie de stereotipuri și prejudecăți care vizează persoanele confruntate cu astfel de probleme.

Dizabilitatea este recunoscută ca o problemă care afectează un segment semnificativ al populației; există mai multe estimări care apreciază că în jur de 10% din populația mondială ar fi constituită din persoane cu dizabilități. Totodată, se estimează o tendință de creștere a prevalenței dizabilității ca rezultat al impactului mai multor factori, cum ar fi perspectiva de creștere a duratei medii de viață la peste 70 de ani sau dezvoltarea capacității medicinei de a prelungi viața chiar și pentru persoanele confruntate cu probleme severe de sănătate.

Printre condițiile care se asociază cu dizabilitatea figurează și scleroza multiplă (SM). Conform datelor furnizate de Barometrul SM (realizat de European Multiple Sclerosis în anul 2009 și publicat la adresa <http://www.ms-id.org/barometer2009/>) în cele 34 de țări europene, aparținând de organizația europeană, ar exista peste o jumătate de milion de persoane cu scleroză multiplă. Aceasta ar însemna mai mult de un milion și jumătate de persoane sunt afectate zilnic de această boală (incluzând aici și familiile din care fac parte sau alte persoane care sunt implicate în acordarea îngrijirilor). Conform altor estimări ar exista circa 2,5 milioane de persoane cu SM în întreaga lume; estimările pentru România sugerează un număr de aproximativ 10 000 persoane afectate de SM (conform SSMR).

Gradul de încredere în astfel de estimări nu poate fi decât limitat ținând seama de faptul că diagnosticarea nu se poate face întotdeauna cu ușurință, fiind posibil să treacă perioade destul de îndelungate de la apariția simptomelor până în momentul în care boala este identificată. Prin urmare, există probabil numeroase persoane afectate de SM, dar mai sunt și altele nediate diagnosticate. Acesta este un motiv pentru care nu sunt incluse în diferitele statistici. Deși boala are deseori o apariție insidioasă și manifestări

³ Raportul poate să fie accesat la următorul link:
http://www.theworkfoundation.com/assets/docs/publications/289_MS3.pdf

episodice, aproape întotdeauna pot fi observate anumite efecte ale acesteia asupra funcționării sociale a persoanei, asupra modului și nivelului ei de integrare socială.

Condiția clinică a SM devine cauza dizabilității. Ea împiedică persoana afectată să îndeplinească o serie de activități, de la cele specifice vieții zilnice (cum ar fi autoîngrijirea), la cele ce țin de locul de muncă.

Este cunoscut faptul că nu există certitudine în privința etiologiei SM: se invocă acțiunea unor virusuri (<http://www.webmd.com/multiple-sclerosis/guide>), impactul unor factori de mediu, al celor genetici etc.

În schimb, efectele acestei boli sunt vizibile la nivelul interacțiunilor persoanei afectate cu mediul său fizic și cu cel social.

CIF – Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății (OMS, 2004) propune ca termenul de „dizabilitate” să fie utilizat ca termen generic pentru problemele generate de boală la nivelul organismului, la cel al persoanei și la cel social.

Dizabilitatea devine o modalitate de categorizare a oamenilor; din acest motiv, este importantă examinarea semnificațiilor acestui termen, precum și a modelelor explicative: individual și social. În acest mod, pot fi înțelese mai bine reacțiile sociale față de SM, ca tip de dizabilitate.

Modelul *individual* s-a conturat la începutul secolului al XX-lea. Nota distinctivă a acestuia ține de faptul că este focalizat pe „anormalitate”, pe afectare, tulburare sau deficiență, care sunt considerate cauze ale limitărilor funcționale sau ale dizabilității. Odată ce aceste persoane sunt astfel categorizate, dizabilitatea sau incapacitatea devine caracteristica lor definitorie. Drept urmare, se conturează bazele unei „tragedii personale”, unde individul este considerat o victimă (a bolii). Acesta are nevoie de atenție și îngrijire, devine tot mai dependent de alții. Surprinzător, chiar și politicile de suport au ajuns să fie concepute și promovate pentru a ajuta beneficiarii să facă față dizabilității, să se adapteze acesteia. Soluția propusă de acest model constă în intervenția medicală curativă (specifică medicinei) sau reabilitarea, asigurată prin colaborarea medicinei cu alți specialiști (psihologi, asistenți sociali, pedagogi, kinezoterapeuți ș.a.). Prin urmare, a avea o dizabilitate înseamnă a deveni obiectul atenției diferiților specialiști, considerați experți, care definesc nevoile și decid ceea ce trebuie întreprins pentru satisfacerea lor. Scopul declarat al specialiștilor vizează reducerea pe cât posibil a consecințelor negative ale dizabilității individuale.

Fundamentul acestui model constă în diagnosticarea „anormalității” fizice, senzoriale sau intelectuale, urmată de stabilirea tratamentului adecvat. Totodată, are loc o traducere a „anormalității” într-un anumit nivel al incapacității, stabilindu-se criterii de cuantificare a acesteia din urmă, în vederea acordării unor prestații și beneficii speciale.

Acest model individual este criticat în special de organizațiile persoanelor cu dizabilități din mai multe considerente:

- se bazează pe definițiile medicale ale „anormalității”, însă limitele a ceea ce se consideră normalitate variază considerabil în timp și spațiu. În același timp, este indusă ipoteza că medicina ar fi în măsură să caute ceva care să trateze dizabilitatea;
- deficiența este considerată drept cauză atât a dizabilității (ca incapacitate funcțională) cât și a handicapului (ca dezavantaj social), de unde rezultă că acestea ar putea fi depășite prin intermediul intervențiilor medicale și de reabilitare. În acest context, impactul factorilor de mediu asupra dizabilității și handicapului este cvasinegligat;
- modelul bazat pe medicalizare plasează persoanele cu deficiențe în postura dependenței și a pasivității, impunându-le să mizeze numai pe „experții” care le furnizează tratament, reabilitare, și suport social. În consecință, se consideră că persoanele cu dizabilități nu ar putea să facă altceva decât să se bazeze pe alții sau pe caritate;
- modelul induce așteptări ca persoana cu dizabilitate să depună eforturi pentru ajustarea individuală și pentru strategiile de „coping”. Nașterea cu o deficiență sau dobândirea acesteia ar presupune socializarea persoanei afectate din perspectiva rolului tradițional al dizabilității și conturarea unei identități specifice;
- în relația cu specialiștii, persoana cu dizabilitate este caracterizată de nevoia de supunere la diferite intervenții pentru facilitarea ajustării la „tragedia personală” care îi marchează existența.

Într-o formulare extrem de succintă, modelul individual abordează dizabilitatea, respectiv SM ca pe o „tragedie personală”, fapt care impune individului dependența de diferitele forme de suport primit din partea celorlalți. În termeni medicali, dizabilitatea echivalează cu patologicul, iar în termenii protecției sociale echivalează cu o problemă socială.

În mod frecvent, acest model ajunge să fie adoptat chiar și de către persoanele cu dizabilități; în acest sens se poate spune că are loc o internalizare a acestui model individual chiar și la persoanele cu SM. Și ele, în cea mai mare parte ajung să explice, propriile situații prin inadecvare personală; doar puțini vorbesc de necesitatea adaptării locurilor de muncă, de accesibilizare, de necesitatea unor schimbări la nivelul societății etc.

Modelul *social*, promovat începând cu anii 1970-1980 în Marea Britanie impune o inversare a abordării în comparație cu cel individual și identifică o altă cauzalitate. Conform susținătorilor acestui model, deficiența este privită ca un atribut individual, însă nu și dizabilitatea, care capătă

acceptiunea unui dezavantaj sau a unei restricții de activitate din cauza organizării sociale contemporane, care nu ține cont deloc (sau, dacă o face, doar într-o mică măsură) de persoanele cu deficiențe, excluzându-le astfel din activitățile sociale obișnuite. Societatea este cea care impune dizabilitatea persoanelor cu deficiențe, iar soluția ar trebui căutată mai degrabă la nivelul societății decât la cel al ajustării individuale și al reabilitării. Spre exemplu, dacă o persoană cu SM este nevoită să utilizeze fotoliul rulant, aceasta se va confrunta cu o serie de dificultăți în deplasare din cauza absenței accesibilizării clădirilor, a mijloacelor de transport în comun etc.; multă vreme nu s-au luat în considerare nevoile persoanelor cu dificultăți de mobilitate în diferitele tipuri de aranjamente ale mediului fizic și social. Ignorarea acelor nevoi este cea care generează problemele.

Din momentul definirii individului ca persoană cu dizabilități, acesta ajunge să fie stigmatizat și așteptările sociale referitoare la modul în care ar trebui să se comporte sau la ceea ce ar mai fi capabil să facă exercită o influență care se manifestă independent de deficiență.

Măsurarea dizabilității din perspectiva modelului social ar trebui focalizată pe barierele și pe atitudinile cu care se confruntă persoana respectivă.

Cele două modele de abordare oferă răspunsuri total diferite la întrebările legate de dizabilitate. Spre exemplu, cum poate fi privită dificultatea sau chiar imposibilitatea unei persoane cu SM de a păstra sau de a găsi un loc de muncă?

- din perspectiva modelului „individual”, ca o inadecvare personală, individuală, din cauza deficienței, a incapacității de a face față solicitărilor;

- din perspectiva modelului „social”, ca efect al unei discriminări structurale pe piața forței de muncă, dar și cu asocieri la alte tipuri de bariere. În măsura în care rata șomajului este mult mai crescută în cazul persoanelor cu dizabilități, poate fi luată în considerare existența unui dezavantaj colectiv social mai degrabă decât unul individual.

2.4. Apariția dizabilității. Asumarea rolului de persoană cu SM

Sociologia medicinei a demonstrat modul în care persoanele cu boli cronice ajung să conștientizeze o diminuare a capacităților lor funcționale, care poate duce la diminuarea resurselor (cum ar fi scăderea veniturii), fapt care face mai dificilă recuperarea. Boala ajunge să fie acceptată ca o parte a existenței, ceea ce determină un anumit grad de dependență. Deficitele (deficiențele) induse de boală ajung să fie considerate caracteristici definitorii ale identității persoanei, cu impact asupra așteptărilor sale și asupra așteptărilor celorlalți. În acest mod este asumat rolul de persoană cu

deficiență sau dizabilitate, rol care pare să aibă o probabilitate redusă să fie abandonat (fiind de regulă permanent) și o probabilitate în creștere de accentuare. Un astfel de rol se asociază cu o diminuare a statusului social. În mod logic, persoana afectată va căuta ajutor specializat de la care așteaptă intervenții care să reducă pe cât posibil manifestările bolii sau deficienței, concomitent cu încercarea de recuperare a rolurilor anterioare și cu dezvoltarea unor mecanisme compensatorii. Unii autori au conturat mai multe etape pe care le-ar parcurge o persoană afectată de o deficiență: confuzie (dezorientare), depresie, furie, acceptare (Minde, apud Barnes, Mercer, Shakespeare, 1999); alți autori consideră că o astfel de etapizare, elaborată pe baza „imaginației psihologice” simplifică nepermis de mult realitatea și perspectiva subiectivă a celor care trec prin astfel de experiențe (Oliver, 1990). Interpretările de această factură nu ar fi altceva decât produsul imaginației celor care își închipuie tipurile de experiențe pe care le-ar putea avea dacă ei înșiși s-ar confrunța cu deficiența.

Deficiența și dizabilitatea se asociază strâns cu stigmatul (Goffman, 1968). După Goffman, în orice societate există norme de categorizare a oamenilor, care le conferă acestora o identitate, prescriindu-se aceia care pot fi întâlniți într-o anumită interacțiune socială. Deficiența alterează identitatea socială întrucât cei afectați prezintă caracteristici indezirabile și nu-și mai pot găsi locul în interacțiunile considerate normale. Astfel, persoana cu deficiență sau dizabilitate ajunge să fie discreditată. Stigmatul reprezintă un atribut care discreditează profund o anumită persoană. Goffman vorbește chiar de „cariera morală” a celor stigmatizați, care depinde de tipul stigmatului: înnăscut (care presupune socializarea copilului cu deficiență congenitală conform anumitor așteptări) sau dobândit (situație care presupune conturarea unei noi identități).

Goffman descrie trei tipuri de strategii la care apelează persoanele stigmatizate în încercarea de gestionare a situațiilor: trecerea („passing”, echivalentă cu „managementul informațiilor care ar putea să discrediteze, dar care nu sunt dezvăluite”), acoperirea (ca dilemă între ceea ce este discreditat și tensiunea managementului situației, ceea ce înseamnă că atunci când stigmatul este cunoscut, când este evident, orice efort este depus pentru a demonstra că acesta nu afectează interacțiunile sociale) și retragerea (evitarea activităților sociale cu persoanele considerate „normale”). Pentru ca o persoană stigmatizată să se ajusteze la situația sa dificilă, ar trebui ca aceasta să încerce:

- să facă lucrurile cât mai bine și să fie veselă;
- să nu meargă prea departe de „normalizarea” ca nu cumva aceste eforturi să-i deranjeze pe cei „normali” sau să pară ca o încercare de negare a diferențelor;

- să evite resentimentul sau mila față de sine.

Există strategii de acțiune și la nivelul perspectivei pentru gestionarea caracterului imprevizibil al manifestării simptomelor și a severității lor în activitățile zilnice și în cele de la locul de muncă.

Interacțiunile dintre persoanele cu dizabilități vizibile și persoanele fără dizabilități sunt marcate de anumite tensiuni generate de ambiguitate, disconfort și ignoranță privind deficiența.

Diagnosticul presupune o serie de schimbări majore: ajustări emoționale, stres generat de lipsa de informații privind etiologia și consecințele bolii, precum și de incertitudinea privind disponibilitatea și eficacitatea tratamentului. Aceste circumstanțe fac cu atât mai necesar apelul la ajutorul de specialitate.

Răspunsurile specialiștilor (al personalului medical) și atitudinile acestora constituie un factor semnificativ de negociere a perspectivei asupra dizabilității, a strategiilor de căutare de suport și a soluțiilor, care pot exacerba sau îmbunătăți situația individului. Persoanele cu SM nu sunt numai constrânse de mediul lor fizic și social, ci și de două sisteme majore ale societății: pe de o parte, de sistemul de îngrijire medicală și pe de altă parte, de sistemul de administrare a bunăstării (sub aspectele încadrării în muncă și protecției sociale). Există o serie de factori adversi care afectează în mod negativ persoanele cu SM, cum ar fi lipsa accesului la tratament eficient, lipsa ajutoarelor tehnice și a adaptărilor, condițiile necorespunzătoare de locuit, suportul limitat din partea serviciilor sociale sau din partea rețelelor informale. Obstacolele de acest tip sunt negociate, consumă resurse de timp, de energie și resurse financiare, ceea ce uneori determină persoana în cauză să ia decizia unei retrageri forțate, pe considerentul că nu poate face față situației. Dificultăți considerabile apar când persoana este nevoită să se bazeze în mare măsură pe sprijinul din partea celor apropiați. Unii autori (Shakespeare, 2006) fac referire la un element de „blamare a victimei”: gradul în care deficiența determină reducerea capacităților funcționale depinde nu numai de circumstanțele mediului fizic și familial, ci și de interacțiunea acestora cu temperamentul individual și cu istoricul personal.

Bury (apud Barnes, Mercer, Shakespeare, 1999) identifică trei aspecte ale experienței bolii cronice și ale răspunsului față de aceasta, aspecte care par relevante și pentru cazul SM:

- o întrerupere (un clivaj, o fractură) biografică provocată de boală și de încercările inițiale de a trata cu incertitudinea pe care o aduce. Semnificația acesteia poate fi înțeleasă mai bine dacă se iau în considerare valorile sociale care consideră importante stilurile de viață active și independente. Astfel, boala apare ca o amenințare la adresa identității de sine a persoanei afectate, care ajunge să se

confrunte cu un număr de patru dileme: să trăiască viața în condiții de restricții, să-și ducă existența în izolare, să se confrunte cu definiții discreditate ale sinelui sau să se considere o povară;

- impactul tratamentului asupra vieții de zi cu zi, atunci când acesta este relevant;
- managementul și adaptarea pe termen lung la boală sau dizabilitate, care se desfășoară pe măsură ce oamenii caută și găsesc răspunsuri, încercând să-și reconstruiască viața normală.

Pe lângă toate acestea, apariția dizabilității are un impact major asupra familiei, unde se impune un proces de redistribuire a rolurilor.

Murphy (1987) utilizează termenul de „liminaritate” pentru a desemna statusul problematic al persoanei care dobândește o anumită dizabilitate; aceasta ar echivala cu un anumit tip de „suspendare socială”, când persoanele cu dizabilitate nu se află „nici în afara societății, nici totalmente în interiorul acesteia”. Altfel spus, statuturile și rolurile deținute până atunci sunt pierdute și altele noi încă nu le-au înlocuit, astfel că aceste persoane își duc existența în izolare parțială față de societate, într-o stare de ambiguitate, în absența reperelor care să le definească noile poziții și noile roluri.

3. EVALUAREA GENERALĂ A CERCETĂRII EMPIRICE EFECTUATE ÎN ROMÂNIA

De remarcat că mai mult de jumătate din cazuri din cei 203 subiecți ai cercetării, mai exact un procentaj de 50,7%, au fost diagnosticate cu boala la vârste de până la 30 de ani. În această perioadă a tinereții, firesc, persoanele se aflau încă în procesul de formare, la studii sau imediat după. Mai mult, cea mai mare parte a lor erau în situația de a-și întemeia propria familie, și de a opta pentru alegerea și dezvoltarea unei cariere profesionale dorite.

De aceea, poate, la subiecții noștri, experiențele personale sunt marcate de adevărate crize post diagnostic, determinate și de evoluția rapidă a bolii și de impactul acesteia asupra diferitelor componente ale vieții: educație, formare profesională, angajare în muncă, relația de cuplu, relația cu copiii, cu prietenii, viața de familie și participarea socială etc. Se observă o schimbare rapidă a modelului lor de viață dar și a stilului de participare la activitățile cotidiene perturbate de efectele bolii.

Printre simptomele inițiale raportate înainte de diagnosticarea bolii figurează durerea, oboseala, lipsa de concentrare, depresia, toate fiind nespecifice pentru SM, ele fiind prezente în multe alte situații de dezechilibru biologic.

În special când simptomele sunt intense și prelungite, acestea generează anxietate și depresie. Activitățile considerate atractive până atunci devin din ce în ce mai puțin interesante. Lipsa de activitate face ca timpul să se scurgă greu, ceea ce alimentează anxietatea și depresia. Simptomele sunt surprinzătoare și intruzive, iar cei care se confruntă cu ele pot din ce în ce mai greu să se concentreze și să facă față solicitărilor fizice și sociale. În astfel de circumstanțe are loc evitarea contactelor sociale de către cei afectați, ceea ce echivalează cu o retragere din mediul social în care au activat înainte de manifestările bolii. În consecință, apar resentimente marcate de vină, de furie, manifestări de iritabilitate din partea lor și a membrilor de familie.

Tom Shakespeare (2006) consideră că nu se poate face o distincție netă între deficiență și dizabilitate, așa cum propun adepții modelului social; între cele două există o strânsă conexiune. Dacă din punct de vedere teoretic cele două aspecte pot fi diferențiate, atunci când este examinată experiența personală a celor afectați, este extrem de dificil de operaționalizat modelul social, pentru că este imposibil de separat deficiența de dizabilitate în viața de zi cu zi a persoanelor cu dizabilități. O persoană cu deficiență poate să se confrunte în același timp cu problemele biologice ale bolii, cu cele de natură psiho-emoțională dar și cu restricții sociale majore. Acest complex de factori diferiți vor influența negativ starea comportamentală și psihică a bolnavului și vor ridica probleme mari de adaptare la noul context situațional adus de boală. Spre exemplu, consideră Shakespeare, o persoană cu SM:

1. poate avea diferite simptome sau limitări fizice;
2. poate avea depresie ca unul dintre simptomele condiției neurologice;
3. se poate confrunța cu reacții negative din partea familiei, a prietenilor și angajatorilor, care generează furie și neazuri;
4. poate fi afectată de perspectiva care sugerează că boala va limita considerabil viața. Afectarea poate fi intensificată de reprezentările culturale negative ale SM;
5. se poate confrunța cu bariere sociale care fac să lupte continuu în viața de zi cu zi;
6. poate avea și alte motive de suferință care să nu fie legate nici de deficiență, nici de reacțiile sociale.

Simptomele sunt surprinzătoare și intruzive, iar cei care se confruntă cu ele pot din ce în ce mai greu să se concentreze și să facă față solicitărilor fizice și sociale. În astfel de circumstanțe are loc evitarea contactelor sociale de către cei afectați. Aceasta echivalează cu o retragere din mediul social în care au activat înainte de manifestările bolii.

Aspectele legate de tulburări evidente ale comportamentului sunt mult amplificate la subiecți și datorită faptului că boala apare la vârsta tânără

sau adultă, după ce persoana a avut o evoluție a dezvoltării personalității sale în limitele normalității și un grad corespunzător de integrare socială.

O altă particularitate a SM ține de dificultățile de diagnosticare, având în vedere că multe din simptomele bolii sunt nespecifice, cu manifestări episodice, ceea ce duce la trecerea unor perioade îndelungate până ce ele sunt interpretate ca indicii clare ale bolii.

În cazul celor 203 subiecți investigați, distribuția primelor simptome pe care le-au resimțit înainte de diagnosticare arată astfel:

Cele mai frecvente tulburări indicate de 42,9% totalul respondenților au fost „oboseala și stresul”; dintre aceștia 27,6% le-au menționat drept singurele manifestări, iar 15,3% le-au raportat împreună cu diferite alte simptome (dureri, parestezii, pierderi de echilibru, tulburări de motricitate)

Locul al doilea, în ordinea frecvenței este ocupat de „parestezii” – 22,2% (menționate ca singur simptom de 14,3% sau indicate ca simptom asociat de 7,9%).

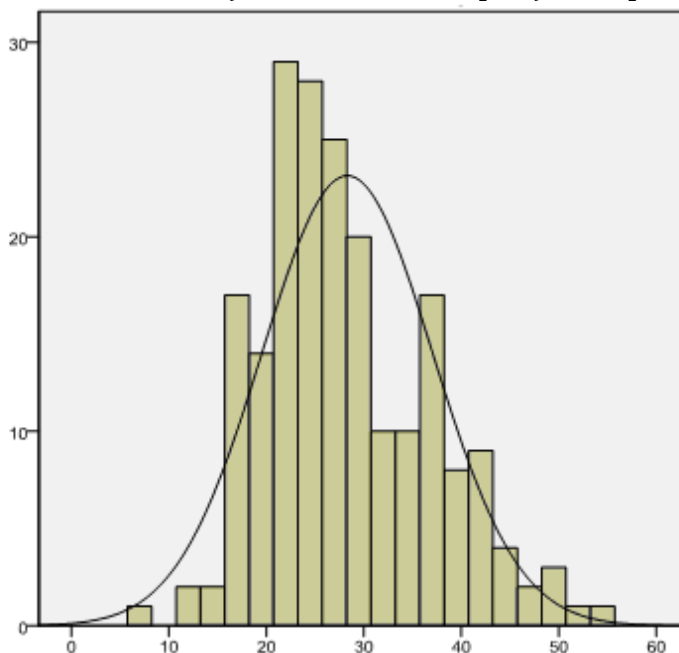
Cel de-al treilea loc în ordinea frecvenței revine categoriei „diplopie, tulburări de vedere” de care au fost afectați 21,7% dintre subiecți (pentru 8,9% au fost singurele probleme resimțite, iar pentru 12,8% acestea s-au asociat cu alte aspecte: oboseală, parestezii, pierderi de echilibru, tulburări motorii sau sfincteriene).

Locul al patrulea este ocupat de „tulburările de motricitate” (16,8%) menționate de 7,9% ca singurele simptome și respectiv de 8,9% ca simptome asociate cu oboseala, cu pierderile de echilibru sau cu tulburările de vedere.

„Pierderile de echilibru” au fost raportate de 14,3% dintre subiecți (4,9% ca singurul simptom, respectiv 9,4% ca simptom asociat).

O serie de aspecte relevante rezultă din examinarea vârstei la care au apărut simptomele pe care subiecții le apreciază ca fiind indicii ale sclerozei multiple. Datele din literatura de specialitate atestă că SM este o boală care este diagnosticată la vârsta tânără și la cea adultă; însă, o astfel de teorie începe să fie reconsiderată. Odată cu identificarea unor pacienți la vârste tot mai scăzute, posibilă în urma perfecționării mijloacelor de diagnosticare. Este probabil ca și în trecut, boala să se fi manifestat chiar în copilărie, dar diagnosticul să fi fost pus mult mai târziu. Nu există o procedură standard sau un anumit test care să depisteze exclusiv această maladie (Fox, Bensa, Bray și Zajicek, 2004).

Din aceste motive, este importantă explorarea perspectivei subiective a celor deja diagnosticați cu privire la vârsta la care au resimțit primele simptome, pe care în prezent le consideră ca legate de SM.

Figura 1. Vârsta subiecților în momentul apariției simptomelor

Se observă că primele simptome au apărut atunci când jumătate dintre subiecți aveau vârste cuprinse în intervalul 20-30 de ani; categoria de vârstă cea mai afectată este cuprinsă între 21-25 ani. Se mai poate observa că 90% dintre subiecți au resimțit primele simptome când aveau vârsta de până la 40 ani.

Totodată, se remarcă o asemănare în ce privește vârsta medie a femeilor și cea a bărbaților la apariția primelor simptome. Aceeași asemănare se constată și în cazul deviației standard.

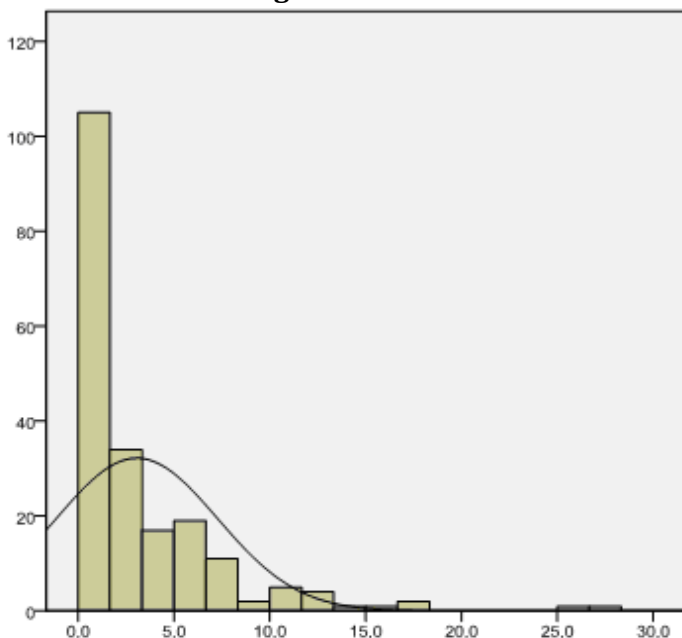
Tabel 2. Vârsta medie și deviația standard la apariției primelor simptome, pe sexe

	N	Minim	Maxim	media	Deviație standard
Femei	125	13	54	28,75	8,801
bărbați	78	7	50	27,59	8,675
Total	203	7	54	28,30	8,749

Întrucât simptomele resimțite par nespecifice SM, cu remisiuni și reveniri, făcând dificilă diagnosticarea, în cele mai multe cazuri perioada scursă între cele două momente poate fi destul de îndelungată. Este

important de analizat durata scursă între apariția simptomelor semnalate și diagnosticarea SM.

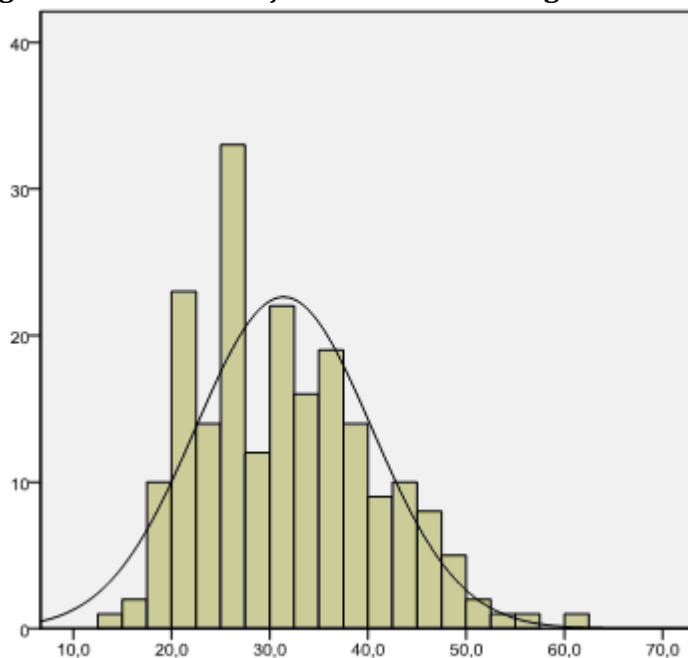
Figura 2. Perioada dintre manifestarea primelor simptome și diagnosticarea SM



Se remarcă faptul că jumătate dintre subiecți au primit diagnosticul de SM într-un interval de până la un an de la debutul simptomelor. Media acestui interval este de trei ani, iar deviația standard de 4,2 ani. Durata maximă scursă între apariția simptomelor și diagnosticarea SM în cazul subiecților investigați este de 28 de ani.

Odată cu dezvoltarea tehnologiei de investigație (rezonanța magnetică nucleară) stabilirea diagnosticului a devenit mai simplă decât în trecut, când era posibil ca o persoană să fie examinată și să fie formulată numai suspiciunea existenței SM, după care să treacă destul de mulți ani până la confirmare (chiar și 28 de ani, cum este cazul unuia dintre subiecți).

Această perioadă a fost una de incertitudine, când persoanele se confruntau cu respectivele simptome, cu limitări funcționale și cu restricții privind participarea, însă nu le era recunoscut nici statutul, nici rolul de persoană cu SM (respectiv, persoană cu dizabilitate).

Figura 3. Vârsta subiecților în momentul diagnosticării SM

Se poate observa că diagnosticul de scleroză multiplă s-a stabilit la vârsta medie de aproximativ 31 de ani, atât în cazul femeilor, cât și în cel al bărbaților, existând o deviație standard de circa 9 ani (ușor mai crescută în cazul femeilor, unde dispersia se încadrează între limitele 14-60 de ani). Este vorba de stabilirea diagnosticului, în cele mai multe cazuri la vârsta activă.

Se remarcă faptul că durata medie a perioadei în care persoanele au trăit cu diagnosticul de SM este de aproximativ 12 ani, cu extreme de la o durată de sub un an, la valoarea cea mai mare, de 41 de ani.

După cum a rezultat din datele prezentate mai sus, de cele mai multe ori subiecții au aflat diagnosticul SM după un număr de ani de confruntare cu anumite simptome și în urma contactelor cu serviciile de sănătate. Din momentul cunoașterii diagnosticului au început eforturile de căutare de informații despre boală, despre posibilitățile de tratament și despre schimbările care ar fi necesare în stilurile de viață. Astfel de informații sunt esențiale pentru conturarea unui management al situației, care să le maximizeze șansele de succes în confruntarea cu boala și dizabilitatea.

Aproape toți subiecții au mărturisit că nu aveau informații despre SM în momentul diagnosticului. Ei au fost nevoiți să facă apel la o serie de surse de informare, pentru a putea înțelege semnificația acestei afecțiuni, ca

început al reacțiilor adaptative și al structurării unei noi identități. Principalele surse ale informațiilor au fost personalul medical, internetul, prietenii, mass media și cărțile de specialitate. Se cuvine evidențiat rolul SSMR în furnizarea de informații prin intermediul revistei proprii și prin diferite activități organizate la nivelul filialelor existente la nivelul fiecărui județ.

3.1. Impactul diagnosticului asupra vieții de familie

După comunicarea diagnosticului, persoanele cu SM s-au confruntat cu o serie de nevoi, care le-au afectat nu numai pe ele, ci și familiile din care făceau parte.

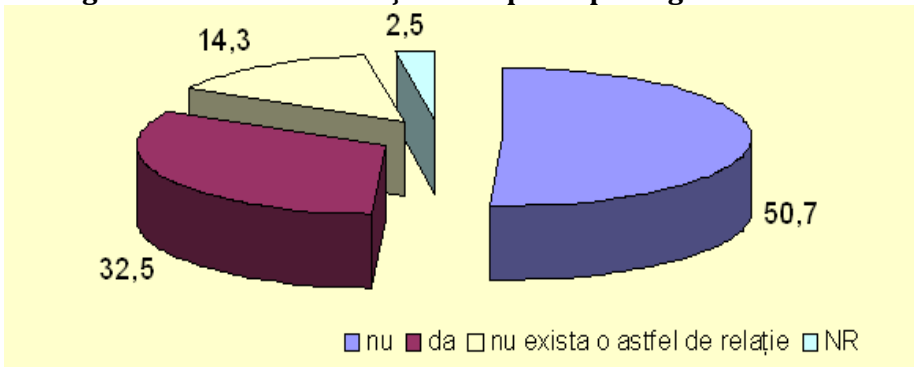
În cadrul cercetării noastre, efectuate în România, subiecții au indicat o serie de nevoi conturate odată cu diagnosticarea.

Printre nevoile resimțite imediat după aflarea diagnosticului se regăsesc cele care vizează relațiile interumane în familie și la locul de muncă: suport moral și emoțional, comunicare și socializare, acceptare și înțelegere în familie și la locul de muncă. De remarcat că aceste nevoi legate de relațiile interumane au fost raportate cu precădere de femei (40%), comparativ cu bărbații (32%).

Conform studiilor realizate de Centrul de Resurse ale Sclerozei Multiple (<http://www.msrm.co.uk>), imediat ce pacientul este diagnosticat cu SM intervine un proces de adaptare la noile condiții impuse de boală și la formarea unei noi identități personale.

Una dintre întrebările incluse în chestionar a vizat sursele de suport la care au apelat subiecții pentru a putea găsi răspunsuri adecvate nevoilor resimțite.

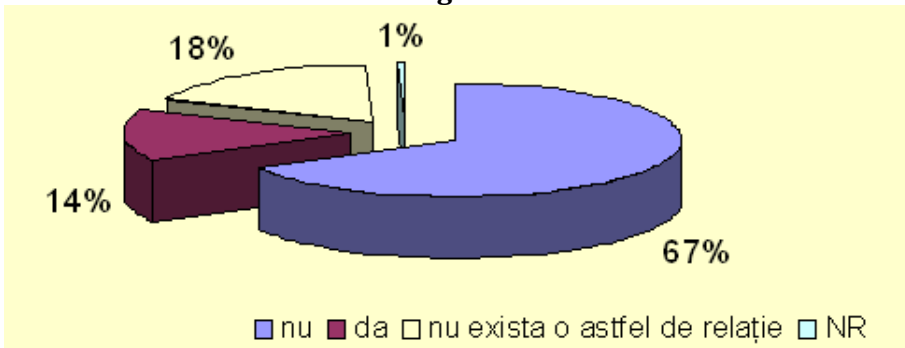
Datele tabelului de mai sus relevă faptul că subiecții au apelat în primul rând la membrii familiei de origine (70,5% dintre cei care au răspuns la întrebare) și la cei ai familiei proprii (la partenerul/partenera de viață și la copii – 68,9%) pentru satisfacerea nevoilor resimțite, ceea ce semnifică un grad ridicat al solidarității și al coeziunii familiale în perioada imediat următoare aflării diagnosticului. Cu toate acestea, unii dintre subiecți au semnalat impactul negativ al bolii, care a dus la disoluția relației lor de cuplu.

Figura 4. Modificarea relației de cuplu după diagnosticarea SM

Unul dintre efectele apariției SM este impactul negativ asupra relației de cuplu; din totalul subiecților, aproape o treime a înregistrat alterarea relației de cuplu; acest procentaj crește la 39 dacă sunt excluse non-răspunsurile și subiecții care nu erau implicați în asemenea relații în momentul diagnosticării.

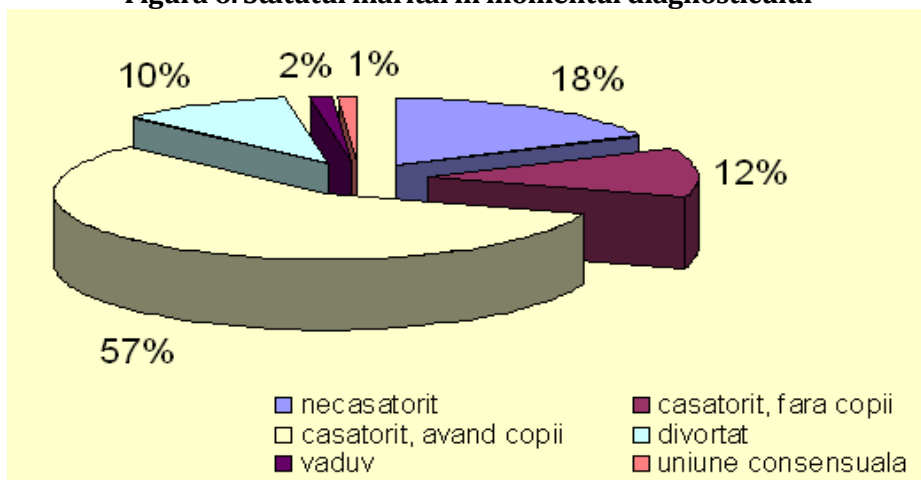
Afectarea relației de cuplu este raportată cu precădere de femei (34,4%, comparativ cu 29,5% în cazul bărbaților), respectiv 43% dacă sunt excluse non-răspunsurile și cele care nu erau implicate într-o astfel de relație. Explicația acestui efect distructiv al SM asupra relației de cuplu cu precădere în cazul femeilor vizează rolurile tradiționale specifice acestora (de îngrijire a copiilor și de îndeplinire a sarcinilor din gospodărie), care se adaugă responsabilităților profesionale.

În același timp din cauza SM au fost afectate și relațiile dintre părinții unor subiecți (14,3%).

Figura 5. Modificarea relației de cuplu a părinților în urma diagnosticului SM

Afectarea relației de cuplu a părinților poate fi pusă în legătură cu multiplele forme de stres generate de apariția dizabilității și de dificultățile acordării îngrijirilor; unii autori (Burke, 2008) consideră chiar că dizabilitatea nu este o problemă a persoanei, ci în primul rând a familiei. Apariția acesteia declanșează o serie de procese prin care are loc o redistribuire a rolurilor la nivelul familiei, costuri însemnate de resurse financiare și emoționale, care pot pune la încercări dificile capacitatea de rezistență a acelei familii.

Figura 6. Statutul marital în momentul diagnosticului

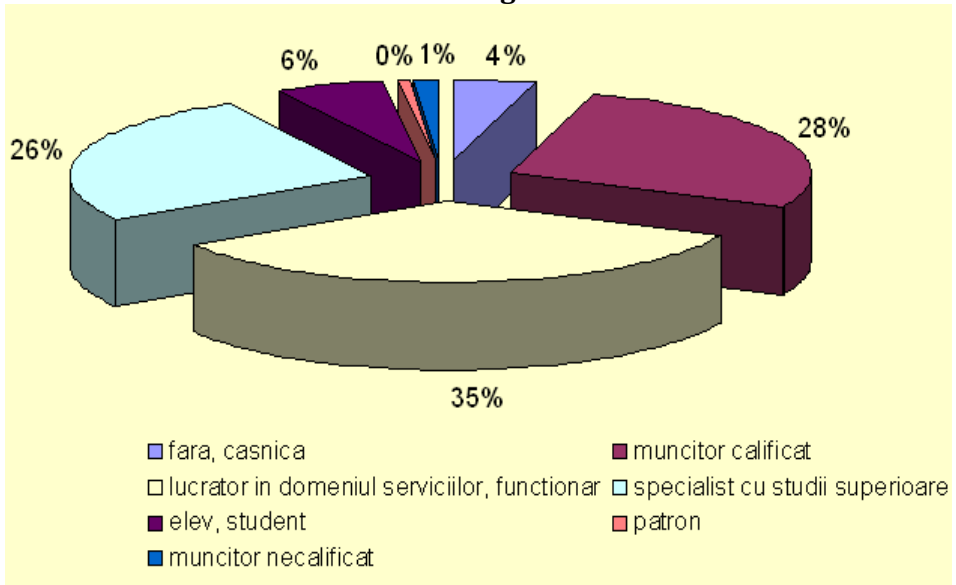


Se observă că peste două treimi dintre subiecți erau căsătoriți în momentul diagnosticării și 57,1% aveau copii în îngrijire, responsabilități parentale (chiar 60% din totalul femeilor incluse în eșantion). Am văzut deja că principala sursă de suport a fost considerată familia proprie, ceea ce înseamnă că, la un moment dat, copiii au ajuns să preia o parte din responsabilitățile familiale, inclusiv din cele impuse de acordarea îngrijirilor părintelui cu SM.

3.2. Consecințe ale sclerozei multiple asupra statutului profesional și a ocupării

Întrucât apariția bolii și diagnosticarea au avut loc la vârsta tânără și la cea adultă, este importantă examinarea statutului ocupațional-profesional al respondenților.

**Figura 7. Ocupația
în momentul diagnosticului**

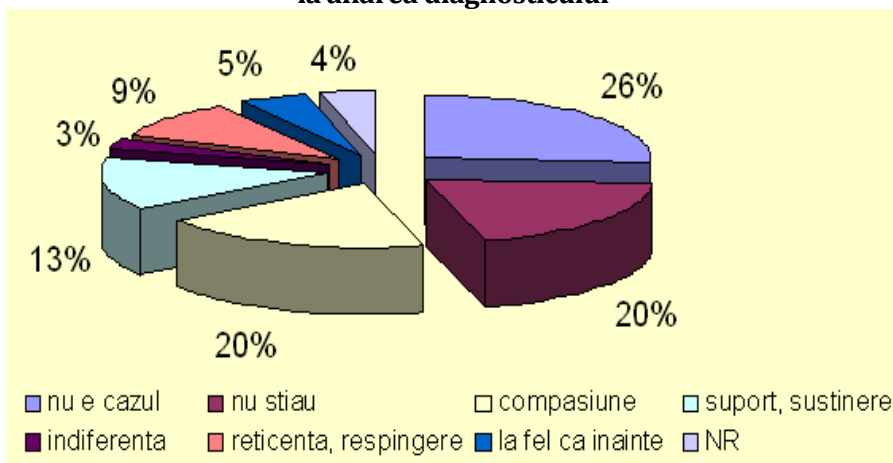


Se observă că marea majoritate a subiecților erau încadrați în muncă (90,7%) și numai 4,4% erau casnice, iar 5,9% erau elevi sau studenți. Aceste date sugerează impactul pe care l-a avut diagnosticul asupra statusului social și asupra rolurilor profesionale ale subiecților.

Aproximativ o treime din respondenți (32,5%) se încadrează în categoria studiilor universitare și postuniversitare. Acest nivel al studiilor ar putea fi considerat un factor favorizant al menținerii sau revenirii în activitățile profesionale, care nu presupun solicitări fizice deosebite, cărora persoanele cu SM nu le-ar putea face față.

Odată ce diagnosticul SM a fost stabilit, respondenții s-au confruntat cu o serie de reacții ale colegilor de muncă și ale șefilor ierarhici.

Figura 8. Reacțiile colegilor la aflarea diagnosticului

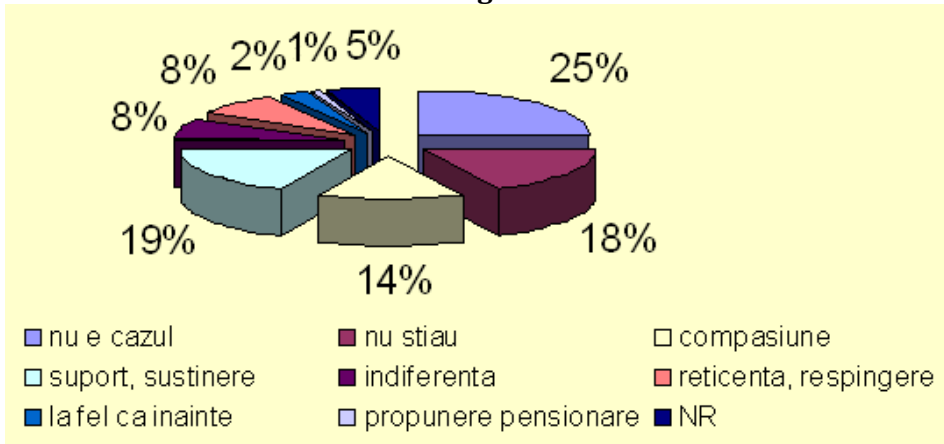


Din datele figurii de mai sus rezultă că reacțiile unei treimi dintre colegi au fost de „suport, susținere” sau „compasiune”, în timp ce alții au fost indiferenți ori chiar s-au distanțat în momentul în care au aflat despre diagnosticul de SM. În același timp este relevant faptul că aproape 20% dintre subiecții cu SM au preferat să ascundă diagnosticul, ceea ce sugerează teama că acesta ar putea declanșa un proces de stigmatizare, pe fondul lipsei de informații, a ignoranței privind etiologia și manifestările bolii. Se poate spune că reținerea în ce privește comunicarea diagnosticului sugerează că subiecții respectivi se aflau într-o perioadă în care nici ei nu știau prea multe despre SM și că, într-o anumită măsură aveau acea reținere ca efect al unei proiecții personale. Dacă nu puteau înțelege prea bine ceea ce li se întâmpla, cum ar fi putut să explice altora?

În discuțiile purtate în cadrul focus grupurilor, cei mai mulți dintre subiecți au afirmat că momentul comunicării diagnosticului către colegii de serviciu și chiar către prieteni a echivalat cu un adevărat test, care a demonstrat cine a continuat relațiile și cine a început să-i evite, să se distanțeze sau chiar să întrerupă respectivele relații.

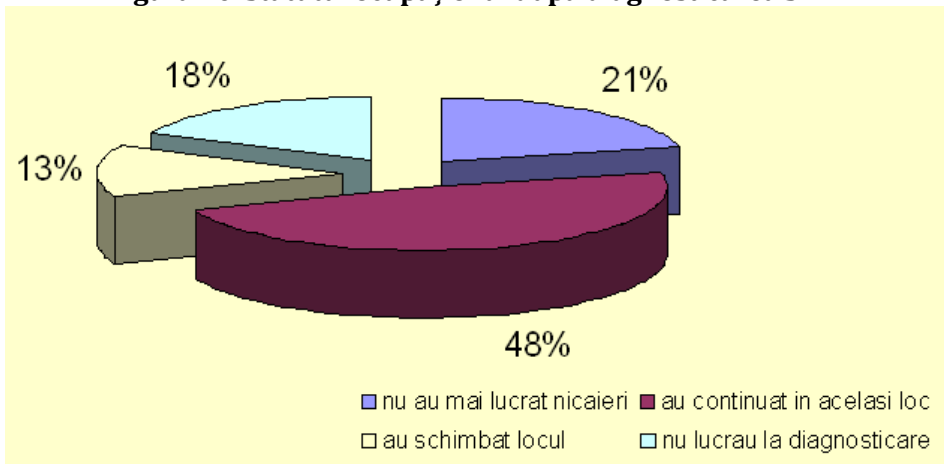
În mod asemănător au fost evocate și reacțiile celor care ocupau posturi de conducere la locul de muncă al subiecților.

Figura 9. Reacțiile conducerii de la locul de muncă la aflarea diagnosticului



Și în acest caz, o parte dintre subiecți (17,7%) a preferat să nu dezvăluie faptul că suferă de SM, temându-se de o eventuală stigmatizare sau chiar de o eventuală decizie de disponibilizare, de desfacere a contractului de muncă, pe considerentul că s-ar putea aprecia că, din cauza bolii nu ar mai putea îndeplini în mod corespunzător atribuțiile profesionale. Cu toate acestea 18,7% dintre subiecți au apreciat susținerea de care au beneficiat din partea conducerii de la locul de muncă.

Figura 10. Statutul ocupațional după diagnosticarea SM

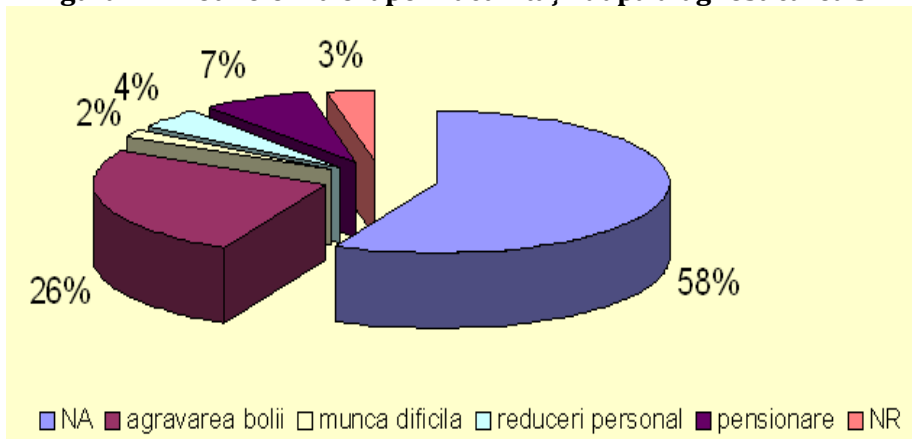


Se observă că numai 61,3% dintre subiecți au continuat activitatea profesională după diagnosticare (47,8% la același loc de muncă și 13,3% la

un altul), în timp ce 21,2% nu au mai prestat nicio activitate profesională salarizată

Principalul motiv pentru care a fost întreruptă activitatea profesională a fost „agravarea bolii”; pe lângă acesta au mai fost invocate „condițiile dificile de muncă”, „reducerile de personal” și „pensionarea”.

Figura 11. Motivele întreruperii activității după diagnosticarea SM



Se remarcă faptul că numai 28,6% dintre subiecți sunt încadrați în muncă; categoria cea mai activă din acest punct de vedere este cea a specialiștilor cu studii superioare, ale căror locuri de muncă nu necesită solicitări fizice deosebite, care ar putea să afecteze integrarea profesională a persoanelor cu SM.

Vechimea totală în muncă a mării majorități a subiecților (61%) se încadrează în intervalul 5-25 ani (din care 32,4% în intervalul 5-15 ani, la care se adaugă 28,6% în intervalul 15-25 ani). Valoarea medie a vechimii totale în activitate este de 14,953 ani, cea maximă de 43 ani, iar deviația standard de 10,073 ani.

Durata medie a vechimii în muncă înainte de diagnosticare este de 10,3 ani (cu un maxim de 38 ani), iar deviația standard de 8,994 ani.

În același timp, este important de urmărit vechimea în muncă a subiecților în perioada de după diagnosticarea SM.

Se remarcă faptul că vechimea totală în muncă a mării majorități a subiecților (61%) se încadrează în intervalul 5-25 ani (din care 32,4% în intervalul 5-15 ani, la care se adaugă 28,6% în intervalul 15-25 ani). Valoarea medie a vechimii totale în activitate este de 14,953 ani, cea maximă de 43 ani, iar deviația standard de 10,073 ani.

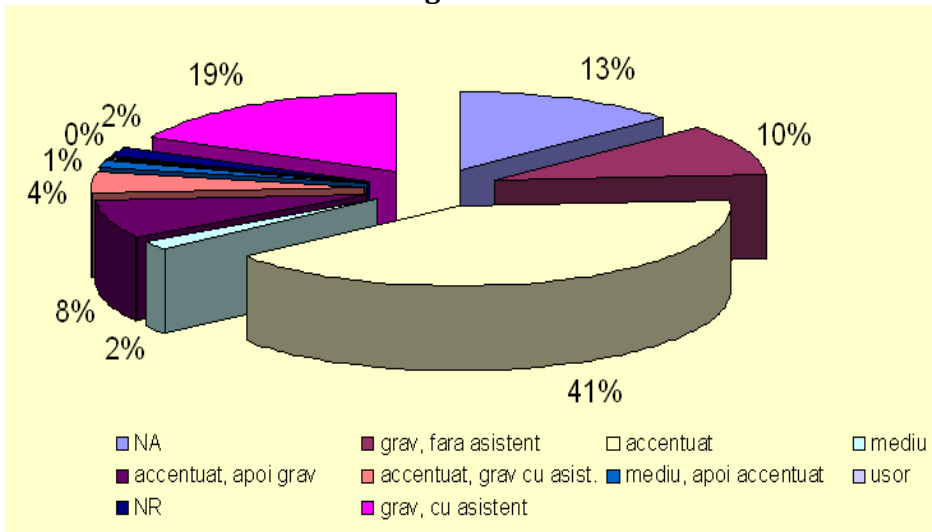
Durata medie a vechimii în muncă înainte de diagnosticare este de 10,3 ani (cu un maxim de 38 ani), iar deviația standard de 8,994 ani.

În același timp, este important de urmărit vechimea în muncă a subiecților în perioada de după diagnosticarea SM. După diagnosticare, în ordinea frecvenței, intervalul cel mai reprezentat de către respondenții care au mai putut lucra este cel de 1-5 ani, urmat de intervalul 6- 10 ani. Durata medie a vechimii în muncă după diagnosticare este de 4,506 ani (cu o valoare maximă de 29 de ani), iar deviația standard de 5,869 ani.

Se observă faptul că între vechimea anterioară diagnosticului și vechimea totală apare o corelație puternic semnificativă având coeficientul 0,810 la $p < 0,01$. În același timp, rezultă o corelație negativă nesemnificativă între vechimea anterioară diagnosticului și cea post-diagnostic (-0,082).

Severitatea condiției medicale a subiecților poate fi indicată de încadrarea lor în categoria persoanelor cu handicap, care le asigură eligibilitatea în raport cu diferite prestații și servicii sociale.

Figura 12.



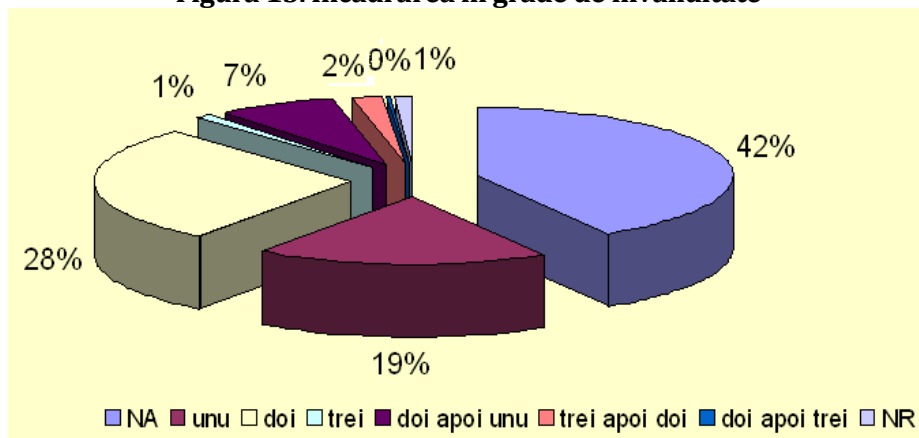
Răspunsurile subiecților arată că aproximativ 85% dintre ei au avut încadrare în grad de handicap; în ordinea frecvenței se remarcă gradul „grav” „grav” (40,3%, din care 22,1% cu asistent personal și 18,2%, fără asistent personal), urmat de cel „accentuat” (40%). De notat că au existat subiecți (12,3%) la care a apărut o modificare a încadrării în grad de handicap, ca urmare a agravării condițiilor inițiale, respectiv, de la „accentuat” la „grav, fără asistent personal” (7,9%) sau la „grav, cu asistent personal” (4,4%).

Vârsta medie la încadrarea în grad de handicap este de 30,22 ani iar deviația standard de 15,458 ani.

Între vârsta subiecților în momentul încadrării în grad de handicap și severitatea acestuia apare o corelație slabă.

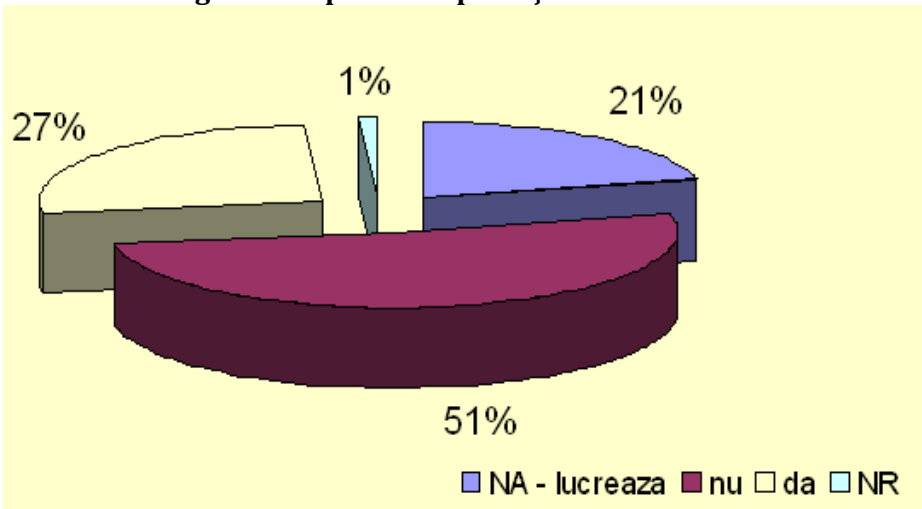
Peste jumătate dintre subiecți (57,7%) a beneficiat de încadrare în grade de invaliditate, care le conferă statutul de pensionari de invaliditate. În urma expertizărilor capacității de muncă 28,1% au primit gradul II de invaliditate care echivalează cu pierderea în totalitate sau în cea mai mare parte a capacității de muncă, iar 18,7% au fost încadrați în gradul I, căruia îi corespunde pierderea în totalitate a capacității de muncă, asociată cu pierderea capacității de autoservire. În plus, există subiecți a căror încadrare în grad de invaliditate s-a modificat în timp, de la gradul II la gradul I (7,4%), de la gradul III, la gradul II (2,0%), sau de la gradul II la gradul III (0,5%).

Figura 13. Încadrarea în grade de invaliditate

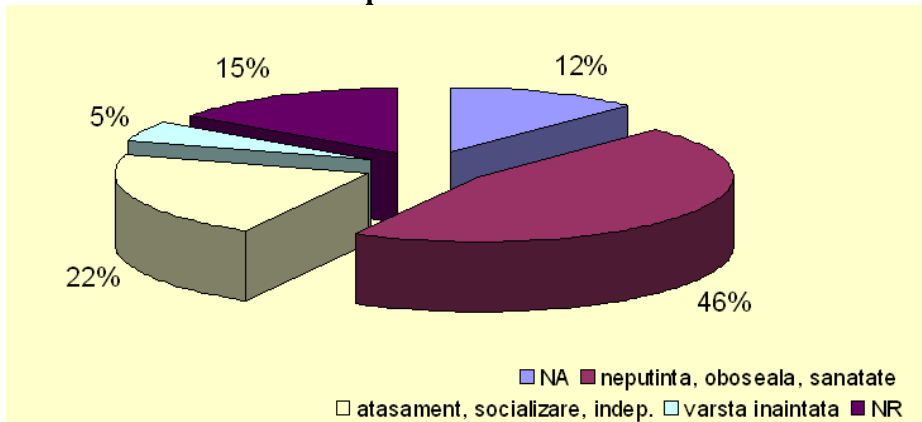


Vârsta medie la încadrarea în grad de invaliditate este de 40,5 ani, iar deviația standard de 35,025 ani.

Fiind întrebați dacă apreciază că ar mai putea presta o activitate salariată, subiecții au prezentat următoarele răspunsuri: „da, ar mai putea lucra” (26,6%), „nu” (51,2%) (în timp ce 21,2% lucrau deja, iar 1% nu au răspuns). Prin urmare, aproximativ jumătate dintre subiecți consideră că nu ar mai putea ocupa niciun loc de muncă, în timp ce un sfert dintre ei, care nu lucrează se declară dispuși să se implice în activități profesionale.

Figura 14. Aprecierea potențialului de muncă

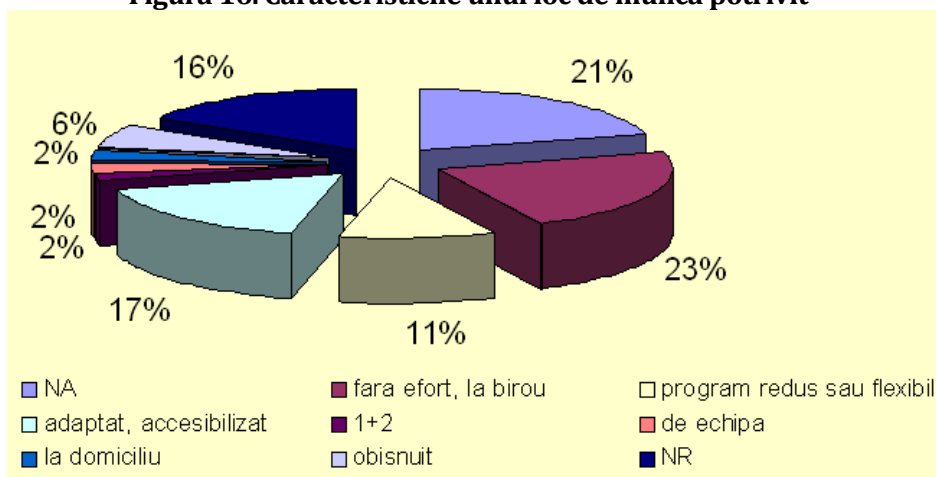
Motivarea răspunsurilor pozitive ține de „atașamentul față de muncă”, de „nevoia de socializare” sau de „nevoia de independență economică”; subiecții care au răspuns negativ au apreciat că nu mai pot munci din cauza „neputinței”, a „stării de oboseală”, a „stării precare de sănătate” sau a „vârstei înaintate”. Se remarcă faptul că subiecții care consideră că nu mai pot lucra indică numai factori de ordin personal, fără să facă vreo referire la oferta de locuri de muncă sau la caracteristicile acestora. Aceste răspunsuri pot fi considerate un indiciu al victimizării și al situației pe poziția modelului individual de abordare a dizabilității.

Figura 15. Motivele pentru care nu ar mai putea ocupa un loc de muncă

Una dintre întrebările adresate subiecților s-a referit la caracteristicile unui loc de muncă potrivit cu restantul funcțional consecutiv SM.

Dintre cei care au apreciat că ar exista un loc de muncă potrivit, cei mai mulți au menționat că acesta ar trebui să fie fără efort, adaptat (accesibilizat), cu program redus sau flexibil (permițând persoanei cu SM să absenteze în cazul unor manifestări serioase ale simptomelor). Au mai fost menționate locurile de muncă integrate echipei, care să permită preluarea de către colegi a sarcinilor în momentele critice și munca la domiciliu, care ar putea permite un ritm liber, în acord cu evoluția stării de sănătate. În același timp, există și subiecți (6,4%) care consideră că ar putea ocupa un loc de muncă obișnuit.

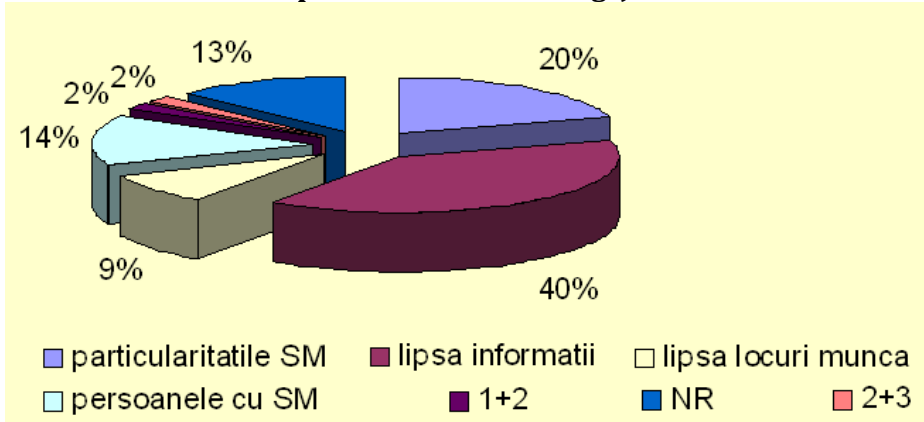
Figura 16. Caracteristicile unui loc de muncă potrivit



Cu toate că subiecții sugerează că ar putea exista anumite locuri de muncă potrivite persoanelor cu SM, aceștia menționează o serie de obstacole pe care le întâlnesc în încercările lor de angajare.

Cel mai serios obstacol la angajare menționat de 39,4% dintre subiecți ține de „lipsa de informații privind SM la nivel de societate și la angajatori; mentalități, marginalizare”; un alt obstacol, menționat de 20,2% este asociat „particularităților SM: mobilitate redusă, oboseala, impredictibilitate, simptome”. La acestea se adaugă „lipsa locurilor de muncă (în general și pentru cei cu SM, care necesită adaptare”, invocată de 9,4% dintre subiecți. Este interesant că mai există un obstacol menționat de 14,3% dintre respondenți, care este atribuit chiar persoanelor cu SM: „comoditatea, lipsa voinței, jena, randamentul scăzut, existența altor priorități”.

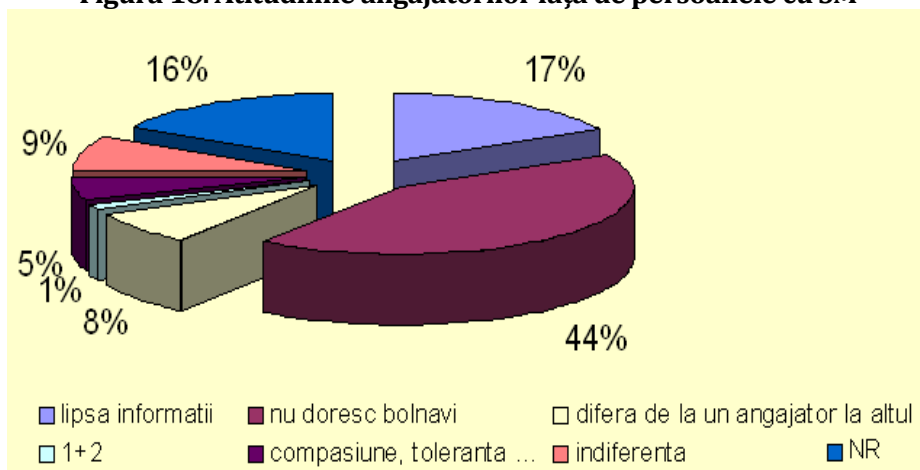
Figura 17. Obstacole întâlnite de persoanele cu SM la angajare



Un alt aspect urmărit de cercetare a fost cel al percepției atitudinilor angajatorilor față de persoanele cu SM.

Se observă că subiecții apreciază cu precădere existența unor atitudini negative ale angajatorilor față de persoanele cu SM. Ponderea cea mai ridicată a răspunsurilor (42,9%) sugerează că angajatorii nu doresc să încadreze persoane bolnave, pe care le stigmatizează și chiar le discriminează, având în vedere caracterul concurențial al mediului economic. O altă atitudine negativă este generată de lipsa informațiilor privind SM, ceea ce generează confuzii cu alte afecțiuni (îndeosebi cele mintale) și alimentează mentalități necorespunzătoare. Alți subiecți au menționat că angajatorii manifestă indiferență față de persoanele cu SM. Doar un mic procentaj (5,4%) consideră că angajatorii manifestă compasiune, toleranță și chiar susținere.

Ansamblul atitudinilor negative ale angajatorilor pe care le percep persoanele cu SM constituie indiciul unui proces de victimizare: în cazul în care persoanele cu SM ajung să fie convinse că sunt „victime” ale bolii și ținta unor atitudini negative din partea celorlalți, motivația lor pentru încadrare în activitate și chiar pentru recuperare va fi afectată.

Figura 18. Atitudinile angajatorilor față de persoanele cu SM

Cu toate acestea, subiecții au sugerat o serie de modificări care ar duce la creșterea șanselor de încadrare în muncă a persoanelor cu SM:

În primul rând, subiecții apreciază că ar fi necesare demersuri pentru informare, mediatizare, pentru obținerea înțelegerii angajatorilor și pentru schimbarea mentalităților, atât la nivelul acestora, cât și la cel general, al societății. În plus, ar fi necesară crearea de locuri de muncă adaptate persoanelor cu SM (îndeosebi sub aspectul flexibilității programului), precum și implicarea statului, prin legislație și prin acordarea de stimulente care să încurajeze încadrarea în muncă a persoanelor cu SM.

3.3. Influența bolii SM asupra activităților cotidiene ale subiecților

Apariția și evoluția SM generează o serie de dificultăți și restricții privind viața de zi cu zi a subiecților. Unele dintre acestea se referă la mobilitate, la deplasarea în afara și în interiorul clădirilor.

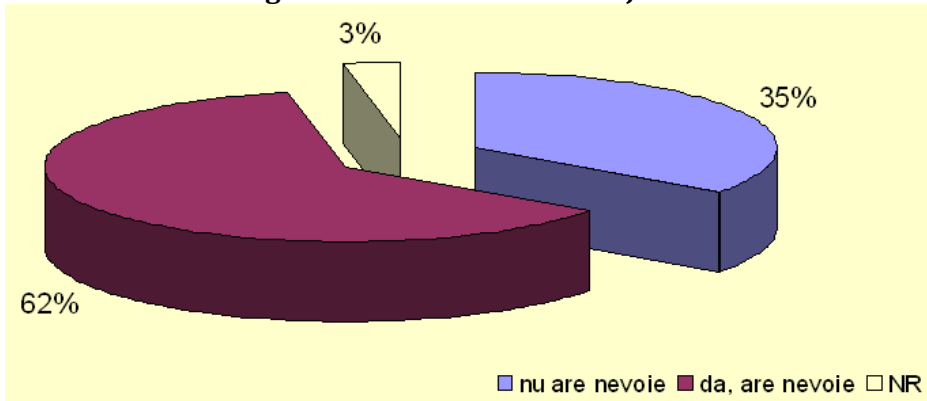
Din cauza limitărilor determinate de SM, o treime dintre subiecți utilizează dispozitive asistive (fotoliu rulant, baston, cârje, cadru) pentru mobilitate și transport în exteriorul clădirilor. Există și persoane imobilizate la pat (3,4%), pentru care nici astfel de dispozitive nu pot fi de ajutor.

În mod asemănător, din cauza SM, unii dintre subiecți au afectată capacitatea de mobilitate în interiorul clădirilor, fiind nevoiți să utilizeze mijloace asistive.

Recunoașterea unui anumit grad de dependență este sugerată de nevoia de ajutor pe care o exprimă subiecții.

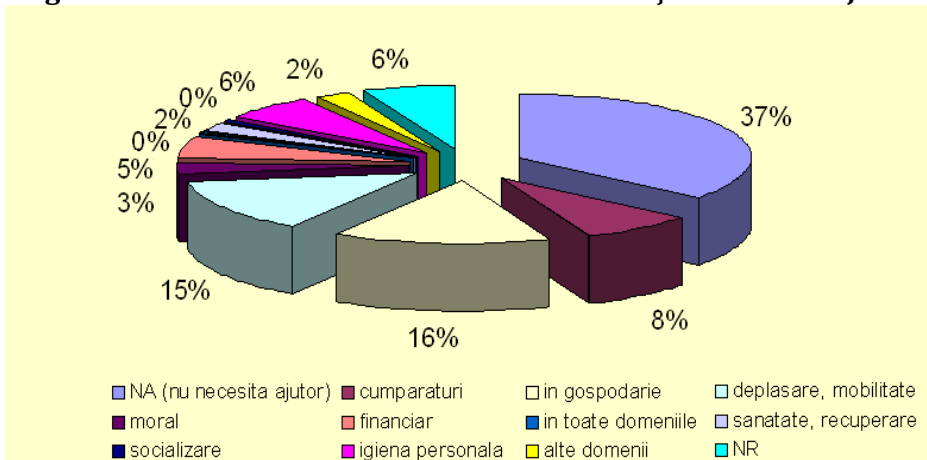
O parte dintre subiecți (35%) consideră că nu ar avea nevoie de suport, ceea ce ar putea să însemne ori că efectele SM nu au produs limitări serioase, ori că respectivele persoane se află în stadiul de negare a dificultăților, fiindu-le greu să recunoască gradul de dependență. În același timp, se poate observa faptul că aproape două treimi dintre subiecți recunosc că au nevoie de ajutor.

Figura 19. Nevoia actuală de ajutor



Ajutorul considerat necesar vizează activitățile curente din gospodărie, mobilitatea (deplasarea), efectuarea cumpărăturilor, întreținerea igienei personale, aspectele financiare, dar și cele privind susținerea morală sau recuperarea.

Figura 20. Domenii de activitate în care este resimțită nevoia de ajutor

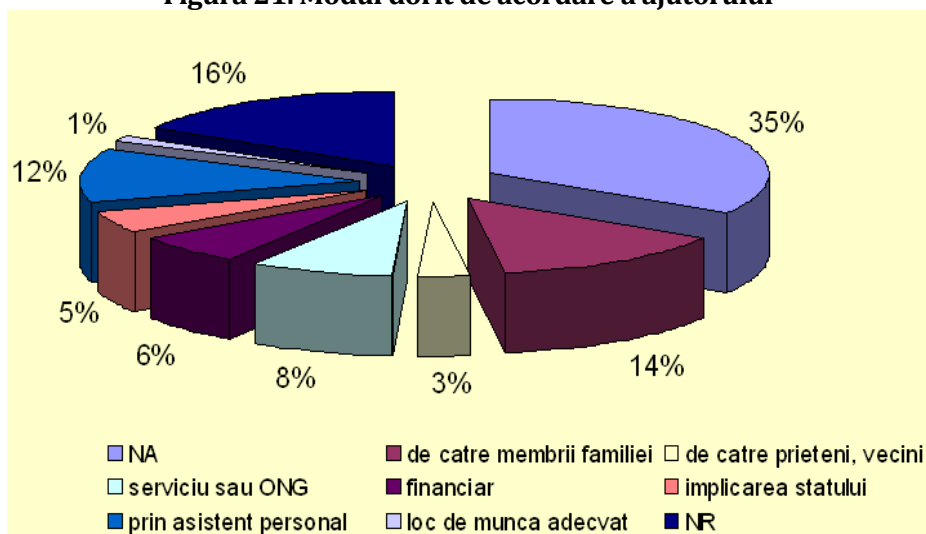


Dacă unii dintre subiecți recunosc că au nevoie de ajutor, este important de urmărit și modul considerat potrivit în care acesta ar urma să fie acordat.

Principalele surse de la care este așteptat ajutorul sunt familia proprie și asistentul personal; există și subiecți care au apreciat că modul cel mai potrivit în care ar putea fi acordat ajutorul ar consta într-un serviciu (public sau non-profit) la care să se poată face apel.

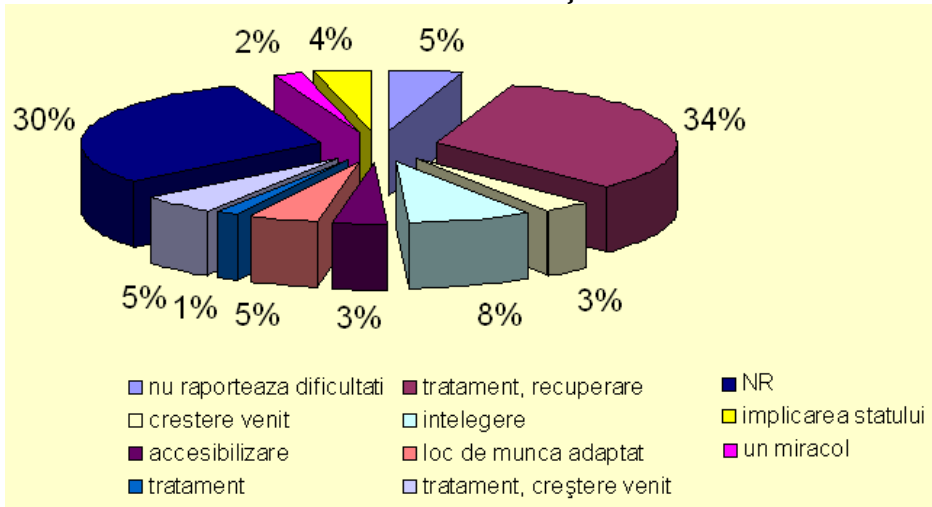
Mai există așteptări privind ajutorul sub aspect financiar sau din perspectiva implicării statului.

Figura 21. Modul dorit de acordare a ajutorului



Subiecții consideră că dificultățile cu care se confruntă din cauza SM ar putea fi diminuate sau eliminate în primul rând prin tratament medical și prin proceduri de recuperare; alte modalități de această factură ar consta în manifestarea înțelegerii din partea familiei și a societății, precum și în combaterea marginalizării. Au mai fost menționate creșterea veniturilor, implicarea statului, măsurile de accesibilizare și de creare de locuri de muncă adaptate.

Figura 22. Schimbări considerate necesare pentru reducerea sau eliminarea dificultăților



3.4. Concluzii ale cercetării empirice efectuate în România

Vârsta medie a subiecților în momentul diagnosticării SM a fost de 31,4 ani. Principalele simptome raportate înainte de diagnosticare au fost „oboseala și stresul”, „paresteziile”, „diplopie, tulburările de vedere”, „tulburările de motricitate” și „pierderile de echilibru”. Aceste simptome au apărut atunci când jumătate dintre subiecți aveau vârste cuprinse în intervalul 20-30 de ani; categoria de vârstă cea mai afectată este cuprinsă între 21-25 ani. Aproximativ 90% dintre subiecți au resimțit primele simptome când aveau vârsta de până la 40 ani.

Puțin peste jumătate dintre subiecți au primit diagnosticul de SM într-un interval de până la un an de la debutul simptomelor. Media acestui interval este de trei ani, iar deviația standard de 4,2 ani. Durata maximă scursă între apariția simptomelor și diagnosticarea SM în cazul subiecților investigați este de 28 de ani.

Durata medie a perioadei în care persoanele au trăit cu diagnosticul de SM este de aproximativ 12 ani, cu extreme de la o durată de sub un an, la valoarea cea mai mare, de 41 de ani.

Aproape toți subiecții au mărturisit că nu aveau informații despre SM în momentul diagnosticului. Ei au fost nevoiți să facă apel la o serie de surse de informare, pentru a putea înțelege semnificația acestei afecțiuni, ca început al reacțiilor adaptative și al structurării unei noi identități.

Principalele surse ale informațiilor au fost personalul medical, internetul, prietenii, mass media și cărțile de specialitate. Se cuvine evidențiat rolul SSMR în furnizarea de informații prin intermediul revistei proprii și prin diferite activități organizate la nivelul filialelor existente la nivelul fiecărui județ.

Printre nevoile resimțite imediat după aflarea diagnosticului se regăsesc cele care vizează relațiile interumane în familie și la locul de muncă: suport moral și emoțional, comunicare și socializare, acceptare și înțelegere în familie și la locul de muncă. De remarcat că aceste nevoi legate de relațiile interumane au fost raportate cu precădere de femei (40%), comparativ cu bărbații (32%).

Pentru satisfacerea nevoilor resimțite imediat după aflarea diagnosticului, subiecții au apelat în primul rând la membrii familiei de origine (70,5% dintre cei care au răspuns la întrebare) și la cei ai familiei proprii (la partenerul/partenera de viață și la copii – 68,9%), ceea ce semnifică un grad ridicat al solidarității și al coeziunii familiale în acea perioadă. Cu toate acestea, unul dintre efectele apariției SM este impactul negativ asupra relației de cuplu; din totalul subiecților, aproape o treime a înregistrat alterarea relației de cuplu; acest procentaj crește la 39 dacă sunt excluse non-răspunsurile și subiecții care nu erau implicați în asemenea relații în momentul diagnosticării.

Afectarea relației de cuplu este raportată cu precădere de femei (34,4%, comparativ cu 29,5% în cazul bărbaților), respectiv 43% dacă sunt excluse non-răspunsurile și cele care nu erau implicate într-o astfel de relație. Explicația acestui efect distructiv al SM asupra relației de cuplu cu precădere în cazul femeilor vizează rolurile tradiționale specifice acestora (de îngrijire a copiilor și de îndeplinire a sarcinilor din gospodărie), care se adaugă responsabilităților profesionale.

În același timp din cauza SM au fost afectate și relațiile dintre părinții unor subiecți (14,3%). Afectarea relației de cuplu a părinților poate fi pusă în legătură cu multiplele forme de stres generate de apariția dizabilității și de dificultățile acordării îngrijirilor, ceea ce echivalează cu declanșarea unei serii de procese prin care are loc o redistribuire a rolurilor la nivelul familiei, costuri însemnate de resurse financiare și emoționale, care pot pune la încercări dificile capacitatea de rezistență a acelei familii.

Peste două treimi dintre subiecți erau căsătoriți în momentul diagnosticării și 57,1% aveau copii în îngrijire, adică responsabilități parentale (chiar 60% din totalul femeilor incluse în eșantion). Am văzut deja că principala sursă de suport a fost considerată familia proprie, ceea ce înseamnă că, la un moment dat, copiii au ajuns să preia o parte din

responsabilitățile familiale, inclusiv din cele impuse de acordarea îngrijirilor părintelui cu SM.

Marea majoritate a subiecților erau încadrați în muncă (90,7%) și numai 4,4% erau casnice, iar 5,9% erau elevi sau studenți. Aceste date sugerează impactul pe care l-a avut diagnosticul asupra statusului social și asupra rolurilor profesionale ale subiecților.

Aproximativ o treime din respondenți (32,5%) se încadrează în categoria studiilor universitare și postuniversitare. Acest nivel al studiilor ar putea fi considerat un factor favorizant al menținerii sau revenirii în activitățile profesionale, care nu presupun solicitări fizice deosebite, cărora persoanele cu SM nu le-ar putea face față.

Odată ce diagnosticul SM a fost stabilit, respondenții s-au confruntat cu o serie de reacții ale colegilor de muncă și ale șefilor ierarhici. O treime dintre subiecți au menționat reacții de „suport, susținere” sau „compasiune” din partea colegilor, în timp ce alții au fost indiferenți ori chiar s-au distanțat în momentul în care au aflat despre diagnosticul de SM. În același timp este relevant faptul că aproape 20% dintre subiecții cu SM au preferat să ascundă diagnosticul, ceea ce sugerează teama că acesta ar putea declanșa un proces de stigmatizare, pe fondul lipsei de informații, a ignoranței privind etiologia și manifestările bolii. Se poate spune că reținerea în ce privește comunicarea diagnosticului sugerează că subiecții respectivi se aflau într-o perioadă în care nici ei nu știau prea multe despre SM.

În mod asemănător, o parte dintre subiecți (17,7%) a preferat să nu dezvăluie conducerii de la locul de muncă faptul că suferă de SM, temându-se de o eventuală stigmatizare sau chiar de o eventuală decizie de disponibilizare, de desfacere a contractului de muncă, pe considerentul că s-ar putea aprecia că, din cauza bolii nu ar mai putea îndeplini în mod corespunzător atribuțiile profesionale. Cu toate acestea 18,7% dintre subiecți au apreciat susținerea de care au beneficiat din partea conducerii de la locul de muncă.

Numai 61,3% dintre subiecți au continuat activitatea profesională după diagnosticare (47,8% la același loc de muncă și 13,3% la un altul), în timp ce 21,2% nu au mai prestat nicio activitate profesională salarizată. Principalul motiv pentru care a fost întreruptă activitatea profesională a fost „agravarea bolii”; pe lângă acesta au mai fost invocate „condițiile dificile de muncă”, „reducerile de personal” și „pensionarea”.

În prezent, numai 28,6% dintre subiecți sunt încadrați în muncă; categoria cea mai activă din acest punct de vedere este cea a specialiștilor cu studii superioare, ale căror locuri de muncă nu necesită solicitări fizice deosebite, care ar putea să afecteze integrarea profesională a persoanelor cu SM.

Vechimea totală în muncă a mării majorități a subiecților (61%) se încadrează în intervalul 5-25 ani (din care 32,4% în intervalul 5-15 ani, la care se adaugă 28,6% în intervalul 15-25 ani). Valoarea medie a vechimii totale în activitate este de 14,953 ani, cea maximă de 43 ani, iar deviația standard de 10,073 ani.

Durata medie a vechimii în muncă înainte de diagnosticare este de 10,3 ani (cu un maxim de 38 ani), iar deviația standard de 8,994 ani.

Durata medie a vechimii în muncă după diagnosticare este de 4,506 ani (cu o valoare maximă de 29 de ani), iar deviația standard de 5,869 ani.

Aproximativ 85% dintre subiecți au avut încadrare în grad de handicap; în ordinea frecvenței se remarcă gradul „grav” (40,3%, din care 22,1% cu asistent personal și 18,2%, fără asistent personal), urmat de cel „accentuat” (40%). De notat că au existat subiecți (12,3%) la care a apărut o modificare a încadrării în grad de handicap, ca urmare a agravării condițiilor inițiale, respectiv, de la „accentuat” la „grav, fără asistent personal” (7,9%) sau la „grav, cu asistent personal” (4,4%).

Vârsta medie la încadrarea în grad de handicap este de 30,22 ani iar deviația standard de 15,458 ani.

Peste jumătate dintre subiecți (57,7%) a beneficiat de încadrare în grade de invaliditate, care le conferă statutul de pensionari de invaliditate. În urma expertizărilor capacității de muncă 28,1% au primit gradul II de invaliditate care echivalează cu pierderea în totalitate sau în cea mai mare parte a capacității de muncă, iar 18,7% au fost încadrați în gradul I, căruia îi corespunde pierderea în totalitate a capacității de muncă, asociată cu pierderea capacității de autoservire. În plus, există subiecți a căror încadrare în grad de invaliditate s-a modificat în timp, de la gradul II la gradul I (7,4%), de la gradul III, la gradul II (2,0%), sau de la gradul II la gradul III (0,5%).

Fiind întrebați dacă apreciază că ar mai putea presta o activitate salariată, subiecții au prezentat următoarele răspunsuri: „da, ar mai putea lucra” (26,6%), „nu” (51,2%) (în timp ce 21,2% lucrau deja, iar 1% nu au răspuns). Prin urmare, aproximativ jumătate dintre subiecți consideră că nu ar mai putea ocupa niciun loc de muncă, în timp ce un sfert dintre ei, care nu lucrează, se declară dispuși să se implice în activități profesionale.

Motivarea răspunsurilor pozitive ține de „atașamentul față de muncă”, de „nevoia de socializare” sau de „nevoia de independență economică”; subiecții care au răspuns negativ au apreciat că nu mai pot munci din cauza „nepuinței”, a „stării de oboseală”, a „stării precare de sănătate” sau a „vârstei înaintate”. Se remarcă faptul că subiecții care consideră că nu mai pot lucra indică numai factori de ordin personal, fără să facă vreo referire la oferta de locuri de muncă sau la caracteristicile acestora.

Aceste răspunsuri pot fi considerate un indiciu al victimizării și al situării pe poziția modelului individual de abordare a dizabilității.

Dintre cei care au apreciat că ar exista un loc de muncă potrivit, cei mai mulți au menționat că acesta ar trebui să fie fără efort, adaptat (accesibilizat), cu program redus sau flexibil (permițând persoanei cu SM să absenteze în cazul unor manifestări serioase ale simptomelor). Au mai fost menționate locurile de muncă integrate echipei, care să permită preluarea de către colegi a sarcinilor în momentele critice, munca la domiciliu, care ar putea permite un ritm liber, în acord cu evoluția stării de sănătate. În același timp, există și subiecți (6,4%) care consideră că ar putea ocupa un loc de muncă obișnuit.

Cu toate că subiecții sugerează că ar putea exista anumite locuri de muncă potrivite persoanelor cu SM, aceștia menționează o serie de obstacole pe care le întâlnesc în încercările lor de angajare. Cel mai serios obstacol la angajare menționat de 39,4% dintre subiecți ține de „lipsa de informații privind SM la nivel de societate și la angajatori; mentalități, marginalizare”; un alt obstacol, menționat de 20,2% este asociat „particularităților SM: mobilitate redusă, oboseală, impredictibilitate, simptome”. La acestea se adaugă „lipsa locurilor de munca (în general și pentru cei cu SM, care necesită adaptare”, invocată de 9,4% dintre subiecți. Este interesant că mai există un obstacol menționat de 14,3% dintre respondenți, care este atribuit chiar persoanelor cu SM: „comoditatea, lipsa voinței, jena, randamentul scăzut, existența altor priorități”.

Pentru sporirea șanselor de încadrare în muncă, subiecții apreciază că ar fi necesare demersuri pentru informare, mediatizare, pentru obținerea înțelegerii angajatorilor și pentru schimbarea mentalităților, atât la nivelul acestora, cât și la cel general, al societății. În plus, ar fi necesară crearea de locuri de muncă adaptate persoanelor cu SM (îndeosebi sub aspectul flexibilității programului), precum și implicarea statului, prin legislație și prin acordarea de stimulente care să încurajeze încadrarea în muncă a persoanelor cu SM.

Din cauza limitărilor determinate de SM, o treime dintre subiecți utilizează dispozitive asistive (fotoliu rulant, baston, cârje, cadru) pentru mobilitate și transport în exteriorul clădirilor. Există și persoane imobilizate la pat (3,4%), pentru care nici astfel de dispozitive nu pot fi de ajutor. În mod asemănător, din cauza SM, unii dintre subiecți au afectată capacitatea de mobilitate în interiorul clădirilor, fiind nevoiți să utilizeze mijloace asistive.

Recunoașterea unui anumit grad de dependență poate fi sugerată de nevoia de ajutor pe care o exprimă subiecții. O parte dintre subiecți (35%) consideră că nu ar avea nevoie de suport, ceea ce ar putea să însemne ori că efectele SM nu au produs limitări serioase, ori că respectivele persoane se

află în stadiul de negare a dificultăților, fiindu-le greu să recunoască gradul de dependență. În același timp, se poate observa faptul că aproape două treimi dintre subiecți recunosc că au nevoie de ajutor. Principalele surse de la care este așteptat ajutorul sunt familia proprie și asistentul personal; există și subiecți care au apreciat că modul cel mai potrivit în care ar putea fi acordat ajutorul ar consta într-un serviciu (public sau non-profit) la care să se poată face apel.

Mai există așteptări privind ajutorul sub aspect financiar sau din perspectiva implicării statului.

Subiecții consideră că dificultățile cu care se confruntă din cauza SM ar putea fi diminuate sau eliminate în primul rând prin tratament medical și prin proceduri de recuperare; alte modalități de această factură ar consta în manifestarea înțelegerii din partea familiei și a societății, precum și în combaterea marginalizării. Au mai fost menționate creșterea veniturilor, implicarea statului, măsurile de accesibilizare și de creare de locuri de muncă adaptate.

În România, există încă o nevoie de cercetări suplimentare în viitor pentru a dezvolta intervenții eficiente care vizează sprijinirea persoanelor cu SM pentru integrare/rămânere pe piața muncii. Cercetarea noastră indică faptul că multe din persoanele cu SM din eșantionul nostru sunt vulnerabile de a deveni șomere.

Multe din studiile recente indică că persoanele cu SM au o speranță de viață aproape normală (Ebers2001), care cuplată cu o vârstă tânără la debut, înseamnă că ele și familiile lor pot avea o lungă perioadă de timp în șomaj, fapt ce le afectează grav calitatea vieții și îngrijirea sănătății.

Necesitatea serviciilor destinate persoanelor afectate de scleroză multiplă

În ceea ce privește persoanele afectate de o boală cronică, cum este și scleroza multiplă este nevoie de două tipuri de suport: servicii medicale și servicii sociale și de recuperare.

Marea majoritate a persoanelor afectate de scleroză multiplă, în momentul de față se află în îngrijirea familiilor. Acest aspect devine din ce în ce mai problematic și se încearcă rezolvarea situațiilor prin acel însoțitor care este trimis în familie. Și aceștia sunt personaje puțin specializate, prost plătite și constant amenințate de riscurile tăierilor bugetare. De cele mai multe ori, unii membri ai familiei bolnavului renunță la unele activități sau la locul de muncă pentru a se ocupa de îngrijirea persoanei bolnave. Acest lucru nu se poate realiza doar temporar deoarece scleroza multiplă este o boală cronică degenerativă iar membrii familiei sunt puși în situația de a

renunța la viața lor profesională și personală. Acest proces presupune un stres continuu care marchează viața și echilibrul familial și în special se regăsește în comportamentul persoanei bolnave. Asistăm astfel, la o deteriorare a stării de sănătate a acesteia sau chiar o posibilă degradare a valorilor morale din relațiile de familie.

În vederea creșterii calității vieții persoanelor bolnave cronic și a familiilor acestora, aici referindu-ne la persoanele având diagnosticul scleroză multiplă și implicit la familiile lor, politicile din domeniu trebuie să pună accent pe: dezvoltarea serviciilor de care să beneficieze bolnavii după externarea din spitale; creșterea calității acestor servicii; acordare de suport pentru dezvoltarea rețelelor informale de îngrijire (familie, vecini, prieteni); formarea de personal care să presteze aceste servicii; stabilirea sistemului de finanțare pentru aceste servicii; facilitarea accesului persoanelor afectate de boală la servicii; stimularea participării/implicării acestora în aceste servicii.

Pentru a se putea realiza aceste obiective este important a se dezvolta concomitent și o infrastructură corespunzătoare, necesară susținerii rețelei de servicii pentru cei afectați de boală. Implicarea societății civile, a tuturor actorilor comunitari, a factorilor decizionali și nu în ultimul rând dezvoltarea unei rețele durabile privind voluntariatul în sfera serviciilor de asistență socială este un imperativ al schimbărilor necesare din politicile sociale pentru persoanele cu dezabilități și SM .

Necesitatea unei politici sociale de incluziune pentru persoane cu dezabilități

Deși în lume există preocupări constant pentru modificări majore, structurale în asistența socială a persoanelor cu dezabilități dar și în eliminarea practicilor discriminatorii care mai persistă la nivelul prejudecăților culturale, s-a făcut foarte puțin în crearea unei noi culturi privind dizabilitatea și boala la nivelul relațiilor interpersonale. Eliminarea surselor din planul unor structuri psiho-sociale profunde ca atitudini de susținere a fenomenului de marginalizare solicită eforturi conjugate instituționale și individuale de diagnoză și prevenție. Presupune și o rețea comunitară activă de suport formată din toți actorii comunitari (instituții publice, organizații private, ONG-uri, indivizi/persoane particulare etc.). În același timp, un proces de integrare eficient al acestui segment nu se poate realiza prin desprinderea lui de problemele generale ale familiei și mediului social de viață. În fapt, politicile sociale pentru protecția familiei (din care persoanele cu dizabilități fac parte), se referă la totalitatea inițiativelor, proiectelor, activităților și programelor, specializate, structurate, dezvoltate

de către instituțiile publice de stat, organizații non-guvernamentale, voluntare și private, orientate sistematic către modificarea situației membrilor familiei, în vederea creării unei bunăstării corespunzătoare/ unei vieți decente. Totodată, politica socială pentru familie nu poate fi desprinsă de politica socială globală, avându-se în vedere că mecanismele de distribuire și redistribuire a resurselor existente într-un domeniu sectorial pentru obținerea bunăstării lui depind de resursele colectivității la un moment dat. Acestea, la rândul lor, trebuie gândite echilibrat la nivel global și articulate într-o logică a priorităților nevoilor sociale.

Persoanele cu dezabilități amplifică cerințele familiei atât sub aspect material-economic cât și sub aspect emoțional-afectiv, educațional-formativ dar și medical suportiv. Bunăstarea oricărei societăți depinde de gradul de educație și profilul social-moral al persoanelor, de starea sănătății lor, de posibilitățile lor reale de integrare într-o societate modernă. De aceea, aceste grupuri sociale cu risc în dezvoltarea lor psiho-socială sunt îndreptățite să aibă o protecție suplimentară față de alte grupuri. Aceștia nu pot avea o viață independentă, autosuficientă întrucât ei nu-și pot asigura, prin efort propriu, condițiile de bază necesare vieții lor. Pe o perioadă de timp, aceștia sunt dependenți de familie, de colectivitate, de toți cei din jur, care apar ca susținători ai acțiunilor lor. În principal, familia este în primul rând cea care le poate oferi un mediu pozitiv, suportiv de viață, stimulatив pentru dezvoltarea lor personală. Ea poate răspunde, dacă i se oferă condiții și resurse normale la toate cerințele lor de tip integrativ: educație, asistență medicală, asistență socială, eliminarea oricărui tratament inadecvat în familie, eliminarea abuzurilor de orice fel din familie sau colectivitate etc. Familia reprezintă în toate societățile actuale o unitate socială fundamentală cu funcții esențiale nu numai în producerea și formarea noii generații dar și în suportul vieții ei individuale. Familia reprezintă în fapt, cadrul optim de creștere, dezvoltare și protejare a membrilor ei, asigurând astfel realizarea personală a fiecăruia, educația și integrarea socială în viața comunității. De asemenea, ea oferă resursa socială cea mai importantă în suportul indivizilor, mai ales în momentele critice ale vieții lor. Cercetătorii arată că în perioadele de stres social și economic există o tendință naturală de întărire a familiei ca nucleu de rezistență la riscurile moderne de tot felul, tocmai datorită funcțiilor ei de suport social. Solidaritatea intragenerațională și intergenerațională din cadrul familiei largite crește în aceste perioade foarte mult.

Factorii de risc pentru familie în perioada actuală vizează deteriorarea severă a standardului de viață a familiilor cu persoane cu dezabilități datorită condițiilor economice de austeritate. Scăderea rapidă a veniturilor reale și explozia șomajului au produs o deteriorare dramatică a

standardului de viață a familiei în dificultate. Scăderea resurselor economice ale populației prezintă un grad ridicat de insecuritate economică și socială, cu implicații asupra stabilității morale, psihologice a familiei.

Procesul rapid de degradare a valorilor familiei moderne se concretizează într-o proporție ridicată la familiile sărace și cu probleme. Scăderea responsabilității asumate față de familie este un factor important al scăderii coeziunii familiale, al creșterii divortialității și al alterării capacității sale de a-și mobiliza eforturile în vederea asigurării bunăstării comune.

Se poate identifica astfel și în această sferă, sub presiunea crizei social-economice, o anumită eroziune a responsabilității familiei față de persoanele dependente de ajutor. Acest fenomen poate fi întâlnit mai ales în segmentele populației atinse de o sărăcie severă, fără speranțe de ieșire din ea. În condițiile comprimării severe a resurselor financiare, familia reprezintă un factor stabilizator, cea mai eficientă formă de viață. De aceea, o politică socială integrată, de suport eficient pentru persoane cu dezabilități trebuie să pornească de la o înțelegere clară a multiplelor cerințe/necesități cu care familia se confruntă zilnic. Răspunsul în planul serviciilor de sprijin trebuie să fie plasat în mediul lui normal de viață, în familie și comunitate. Necesitățile familiei, care vizează aspecte din cele mai diferite, resurse economice, echilibrul emoțional-afectiv al membrilor săi, valori morale și comportamentale, condiții adecvate pentru educație, pentru realizare socio-culturală și participare civică etc. **sunt de tip integrativ**. Toate aceste cerințe se presupun reciproc și se realizează armonios când primesc un răspuns societal echilibrat de tip pozitiv din partea familiei și a mediului de viață extins. Lipsa unor condiții socio-economice și culturale de viață care blochează satisfacerea lor normală duce la tensiuni intrafamiliale/comunitare, la frustrări succesive în plan individual, la dificultăți, care nesoluționate la timp transformă familia normală într-una vulnerabilă, împingând-o treptat în situații de marginalizare. Riscul se transferă automat asupra persoanelor cu probleme dezavantajate având în vedere statutul lor aparte în familie, ca persoane încă dependente care nu se pot proteja singure. Supraprotecția ce trebuie acordată acestora nu are însă în vedere numai aspectul material, economic. Aceasta vizează și un mediu protectiv de natură afectiv-emoțională care să-i ferească de efectele proceselor de dezorganizare socială de tip distructiv-dezagregant precum explozia insecurității mediului de viață (în care persoanele dezavantajate cad primii victimă), de abuzurile de tot felul din partea celorlalți – exploatare economică, financiară etc. O familie în soluție crește enorm riscurile personale ale persoanelor cu dizabilități, multiplică nevoia de ajutor social și, ceea ce este de asemenea foarte important pentru politica socială, are o capacitate redusă de utilizare eficientă a suportului social oferit de

colectivitate. Mai mult, riscul utilizării inadecvate a acestui suport este foarte ridicat. Pentru politica socială, întărirea familiei reprezintă o precondiție esențială: pe de o parte, ea micșorează cantitatea de probleme sociale pe care colectivitatea este obligată să le soluționeze, iar pe de altă parte maximizează capacitatea de absorbție constructivă și eficientă a suportului social. În fapt, sprijinul pentru familie reprezintă cadrul organic pentru orice politică socială de incluziune pentru cei cu dizabilități. Susținerea familiei este mijlocul cel mai eficace de a oferi condiții normale de viață tuturor membrilor ei. De aceea, orice societate modernă, indiferent de programul politic de guvernare, are în forme și grade diferite strategii politice, măsuri concrete și planuri de acțiuni pentru implementarea unui suport universal centrat pe nevoile complexe ale familiei. Acest suport vizează diminuarea sau eliminarea în timp a surselor multiple de risc de marginalizare în comunitate și familie. Aceste surse ale excluziunii sociale primesc un răspuns punctual-concret de susținere în planul politicilor de protecție a persoanelor cu dizabilități prin acces la oportunități cu semnificație majoră pentru viața profesională, acces pe piața muncii, acces la o locuință decentă, la educație, la servicii de sănătate și suport medical, la sprijin moral individual, la participare civică și politică, la protecție împotriva diferitelor forme de abuzuri, (măsuri de prevenție, consiliere, terapie individualizată etc.).

O politică socială eficientă pentru familia în dificultate începe cu necesitatea de identificare a situațiilor de risc pentru membrii ei (pe baza unei abordări structurate de tip integrat a nevoilor cu care se confruntă). Totodată aceasta face o analiză clară a surselor generatoare de marginalizare pentru familie și membrii săi. Pe baza unei diagnoze corecte a stării înregistrate, se ierarhizează apoi nevoile/problemele familiei în funcție de semnificația lor pentru fiecare grup de beneficiari în parte, raportat la cerințele unei vieți decente. Nevoile concrete specifice fiecărui beneficiar vor primi un răspuns corespunzător în planul serviciilor de ajutor social centrate pe intervenție și schimbare în acord cu prioritățile fixate. Dezvoltarea unor mecanisme de organizare, coordonare și control la nivel național privind formele active de suport pentru cei cu dizabilități vor ajuta factorii decizionali în protecție și asistență socială la nivel județean, local, comunitar să le implementeze rapid. În acest sens o politică socială coerentă poate stabili în mod rațional etapele procesului de descentralizare a serviciilor de suport ținând seama de cerințele de dezvoltare diferențiate pe regiuni și localități, vor fi precizate responsabilități clare ce revin factorilor de decizie la toate nivelurile. Ea corelează prioritățile de acțiune cu metodologii concrete și instrumente specifice de implementare a formelor de suport care să asigure realismul și eficiența lor practică.

Reducerea formelor de excluziune socială devine un obiectiv principal al programelor sociale de dezvoltare cărora li se acordă o parte substanțială a fondurilor sociale europene.

Se realizează astfel trecerea de la analiza centrată pe venituri sau cheltuieli la o analiză multi-dimensională a dezavantajelor și cauzelor care generează fenomenul excluziunii pentru cei cu risc de marginalizare. În cadrul politicilor de incluziune se schimbă perspectiva statică de abordare a nevoilor și cauzelor care le-au generat cu una dinamică a mecanismelor acestui proces. Viziunea integrată a unei astfel de analize accentuează recunoașterea importanței contextului situațional de viață bio-psiho-socio-cultural al beneficiarului

Bibliografie selectivă

- Barnes, C., Mercer, G., Shakespeare, T., (1999), *Exploring Disability. A Sociological Introduction*, Cambridge, Polity Press.
- Barnes, M., (1997) *Care, Communities and citizens*, Longman, London and New York, 1997
- Burke, P., (2008) *Disability and Impairment. Working with Children and Families*, London, Jessica Kingsley Publishers.
- Ginsberg, L., (1996) *Understanding Social Problems, Policies, and programs*, University of South Carolina Press
- Goffman, E., (1968) *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Harmondsworth, Penguin.
- Green, D., (1996) *Community without Politics – A market approach to welfare reform*, IEA Health and Welfare Unit, London
- Johnstone, D. (1998) *An Introduction to Disability Studies*, London, David Fulton Publishers.
- Judith, Healy, Stella, Yarrow, (1997) *Family matters, Parents living with children in old age*, JR – Joseph Rowntree Foundation – Community Care
- Manea, L., (2000) *Protecția socială a persoanelor cu handicap*, București, Casa de Presă și editură ȘANSA.
- Manea, L., (2000) *Protecția persoanelor cu handicap: de la instituționalizare la îngrijirea în comunitate*, în vol. Strategii antisărăcie și dezvoltare comunitară, coord. Elena Zamfir, București, Editura Expert.
- Manea, L., (2007) *Devianță, dizabilitate, stigmatizare*, în vol. Riscuri la tineri (coord. Doru Buzducea), Editura Universității din București.
- Marks, D., (1999) *Disability. Controversial debates and psychosocial perspectives*, London, Routledge
- Mary Jo Bane & David T. Ellwood, (1995) *Welfare Realities – From Rhetoric to Reform*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, London, England
- Means, R., Smith, R., (1998) *From Poor Law to Community Care*, The Policy Press
- Meredith, B., (1995) *The Community Care – Handbook – The Reformed system explained*, ACE, Books

- Michael, O., (1990) *The Politics of Disablement*, London, Macmillan
- Murphy, R. (1987) *The Body Silent*, London, Phoenix House
- Phillip, D., Rumrill, Mary, L., Hennessey, Steven, W., Nissen, (2008) *Employment issues and Multiple Sclerosis*, a doua ediție, Demos Medical Publishing, Washington
- Pringle, K., (1998) *Children and Social Welfare in Europe*, Open University Press, Buckingham, Philadelphia
- Raymond, Jack, (1995) *Empowerment in Community Care*, Chapman & Hall
- Sandy, R., (1996) *Children in Europe*, NCH action for children
- Shakespeare, T., (2006) *Disability Rights and Wrongs*, London, Routledge
- Swain, J., Finkelstein, V., French, S., Oliver, M., 1993, *Disabling barriers – enabling environments*, London, SAGE Publications.
- Symonds, A., Kelly, A., (1998) *The Social Construction of Community Care*, Macmillan
- Titterton, M., (1994) *Caring for People in the Community – The New Welfare*, Jessica Kingsley Publishers, London and Bristol, Pennsylvania
- Townsend, P., (1987) *Dynamics of Deprivation*, Gower, Londra
- Zamfir, C., Pop, M., Zamfir, E., (1994) *România 89-93: Dinamica bunăstării și protecția socială*, Ed. Expert, București
- Zamfir, E., (coordonator), (1995) *Politici sociale. România în context European*, Ed. Alternative
- Zamfir, E., Zamfir C., (1997) *Pentru o societate centrată pe copil*, Ed. Alternative, București
- Zamfir, C., (coordonator), (1999) *Politici sociale în România*, Editura Expert
- Zamfir, E., (coordonator) (2000) *Strategii antisărăcie și dezvoltare comunitară*, ed. Expert, București

Articole:

- Julian, L. J., Vella, L., Frankel, D., Minden, S.L., Oksenberg, J.R., Mohr, D.C., (2008) „Employment in multiple sclerosis. Exiting and re-entering the work force.”, *J. Neurol*, 255(9), pp. 1354-60.
- Fox, C., Bensa, S., Bray, I., Zajicek, J., (2004), „The epidemiology of multiple sclerosis in Devon: a comparison of a new and old classification criteria”, *J. Neurol Neurosurg Psychiatry*, 75(1), January: 56:60.
- Fraser, C., Hadjimichael, O., Vollmer, T., (2001) „Predictors of adherence to Copaxone therapy in individuals with relapsing-remitting multiple sclerosis”, *J Neurosci Nurs*. Oct;33(5), pp. 231-239.
- Malcomson, KS., Lowe-Strong, AS., Dunwoody, L., (2008), „What can we learn from the personal insight of individuals living and coping with multiple sclerosis?”, *Health and Rehabilitation Sciences Research Institute*, 30(9): 662-74.

Legi:

Legea 448/2006

Hotărârea de Guvern nr. 268/2007

Reviste:

Columna, Revista Societății de Scleroză Multiplă din România (2008, Ianuarie-Martie)

Employment Issues and Multiple Sclerosis, (2008) a doua ediție, Demos Medical Publishing, LLC, New-York

Forget-me-not (2011), editat de Multiple Sclerosis Trust, Hertfordshire

Make a difference (2011), editat de Multiple Sclerosis Trust, Hertfordshire

MS Barometer 2009, refăcut în 2010, sub conducerea lui Elisabeth Kasilingam și editat de European Multiple Sclerosis Platform

Raport anual SME (2008), editat de Societatea de Scleroză Multiplă din România

Surse internet:

<http://www.webmd.com/multiple-sclerosis/guide>

<http://www.atlasofms.org>

Asistența socială și prevenirea formelor de agresivitate în mediul penitenciar¹

DAN BANCIU

Introducere

Studiul de față evidențiază efectele negative pe care închisoarea le produce asupra deținuților, obligați să suporte restricțiile și rigorile impuse de instituție și să încerce să se adapteze unui mediu considerat de ei ca fiind ostil și neprimitor. Printre aceste efecte negative se numără și „învățarea” agresivității, în procesul de interacțiune și al comunicării informale dintre deținuți, care pentru a supraviețui recurg la forme agresive și violente dintre cele mai grave, atât împotriva altor colegi de detenție, cât și împotriva personalului închisorii. Învățarea și adoptarea de comportamente agresive în mediul penitenciar diminuează considerabil șansele deținutului de a se reintegra normal în societate, după executarea pedepsei închisorii.

Datele prezentate în acest studiu au rezultat în urma unei investigații exploratorii realizată în Penitenciarul de Maximă Siguranță Giurgiu, metodologia utilizată fiind: analiza unor statistici realizate de conducerea penitenciarului privind diversele acte de agresiune; realizarea de interviuri non-dirijate cu o serie de deținuți aflați în sistemul progresiv și regresiv al regimului de executare a pedepsei închisorii, interviuri cu personalul educativ și de asistență socială privind modalitățile de control și prevenire a formelor de agresivitate din mediul penitenciar.

Penitenciarul ca instituție socială totală

În orice societate există instituții care au „caracter delimitator mult mai pronunțat decât al altora cărora le urmează în ordine descrescătoare. Caracterul lor delimitator sau total este simbolizat de interzicerea interacțiunilor sociale cu lumea din afară și a părăsirii instituției, interdicție care, deseori, ia formă concretă în clădirea ca atare: uși încuiate, ziduri înalte, sârmă ghimpată, faleze abrupte, ape, păduri sau zone mlăștinoase” (Goffman, E., 2004, p. 15).

¹ O variantă apropiată a studiului de față a apărut, cu titlul Banciu, D. Agresivitatea în mediul penitenciar ca efect al deculturației, în *Revista Sociologie Românească*, Vol. VIII, nr. 3/2010, pp. 71-81.

O asemenea instituție totală este și *penitenciarul*, în care își execută pedepsele privative de libertate acele persoane care au fost condamnate pentru comiterea de delictе și crime. Impunând o serie de constrângeri și restrângeri de drepturi și libertăți ale individului condamnat, penitenciarul reprezintă „un loc în care își desfășoară activitatea un număr mare de indivizi cu statut similar, despărțiți de restul societății pentru o perioadă de timp apreciabilă și care duc împreună o viață strict delimitată, reglementată oficial de către instituție” (Ibidem, 11). Închisoarea poate fi definită ca o instituție „menită să-i facă pe indivizii condamnați să-și ispășească pedeapsa prin intermediul unor acțiuni precise: distribuirea lor în spațiu, construirea, în jurul lor, a unui aparat de supraveghere minuțios elaborat, de menținere a arestațiilor într-o vizibilitate permanentă” (Ștefan, B., 2006, 161).

Contactul brutal și brusc cu mediul penitenciar și cu „subcultura carcerală” îl determină pe orice deținut să încerce să adopte anumite tehnici de supraviețuire, interacționând cu alți deținuți, dar și cu personalul angajat al închisorii, dezvoltând relații de cooperare sau conflictuale în funcție de oportunitățile apărute. Dominat de instinctul de conservare și de dorința de a rezista cât mai ușor privațiunilor și restricțiilor impuse, deținutul acceptă, de cele mai multe ori, degradările și umilințele la care este supus permanent, care produc o „distrugere a demnității umane și a capacității de apărare a interiorității individului” (Ibidem, 63).

Instituind o ruptură totală între deținuți și mediul exterior, principalul efect al închiderii într-o instituție penitenciară pe termen îndelungat este cel al *deculturației* (termen preferat de Goffman în locul celui de desocializare), echivalentul unui proces de „devăzare”, care-l face pe individ „incapabil să se descurce cu anumite caracteristici ale vieții de zi cu zi în afara instituției, dacă și când reușește să se întoarcă în lumea din afară” (Goffman, E., 2004, 24). În penitenciar deținuții întrerup orice legătură sau relație cu lumea din afară, cu excepția vizitelor pe care le primesc sau a învoirilor obținute pentru a pleca temporar acasă, în cazul în care au avut un comportament corect și nu au creat probleme personalului închisorii. Cel mai adesea, „întoarcerea într-o asemenea instituție înseamnă, pentru individ, adoptarea a ceea ce se poate numi «statut proactiv»: poziția lui socială diferă radical față de cea din afară și, mai mult decât atât, dacă este eliberat, nu va mai avea niciodată aceeași poziție socială ca înainte de instituționalizare, lucru de care individul ajunge să-și dea seama” (Ibidem, 71-72). Dacă acest „statut proactiv” este defavorabil fostului deținut, el va fi supus în exterior unui proces de stigmatizare și etichetare din partea semenilor săi, motiv pentru care va căuta permanent să încerce să-și „gestioneze” trecutul și să-și ascundă curiozității publicului.

Utilizând o serie de tehnici de mortificare, depersonalizare sau de instituire preferențială a unui sistem de privilegii și sancțiuni. Penitenciarul urmărește să-l facă pe deținut să se desprindă de personalitatea lui anterioară și să introducă o „ruptură” între trecutul și prezentul său, între ele și acțiunile sale, printr-un control riguros și permanent al tuturor aspectelor vieții lui fizice și psihice, el neavând posibilitatea de a se izola de restul deținuților sau de a fi măcar o clipă singur.

Pentru acest motiv, închisoarea a fost supusă unor critici severe din partea unor criminologi, penaliști și sociologi (Sykes, G., 1958; Foucault, M., 1997), care au evidențiat principalele efecte negative ale încarcerării:

- închisoarea nu a condus la diminuarea ratei criminalității, al cărei volum și intensitate se mențin constante, uneori având chiar tendințe de creștere;
- închisoarea îi înrăiește pe delincvenți, îi face să devină ființe perverse și agresive, prin modalitățile de constrângere și reeducare utilizate;
- închisoarea generează fenomene de „inducție negativă”, fiind o veritabilă școală pentru „învățarea” unor tehnici și comportamente deviante și criminale tot mai perfecționate;
- închisoarea dezumanizează delincventul, generând recidivă post-executorie a acesteia, datorită imposibilității de a se mai integra într-o activitate socială utilă;
- închisoarea „fabrică” indirect delincvenți în rândul familiilor celor deținuți, care, lipsite de susținere materială și financiară, ajung, la rândul lor, să comită delikte pentru a se întreține, ajungând astfel în fața justiției penale.

Fiind de acord cu aceste critici pertinente, putem adăuga și faptul că, de cele mai multe ori, direct sau indirect, manifest sau latent, „închisoarea tinde să accentueze tendințele agresive ale delincventului, motiv pentru care, sub unghiul oricărei analize de cos utilizate, întemnițarea este costisitoare și constituie o risipă mai cu seamă de resurse umane și sociale” (Banciu, D., 2005, 257).

În sfârșit, credem că există pericolul ca stilul de viață și anumite norme și valori specifice mediului carceral să fie „exportate” în lumea exterioară, odată cu eliberarea deținutului, între care cele care presupun violența și agresivitatea învățate sau dobândite în timpul detenției să facă imposibilă reinsertia lui în societate.

Semnificații și sensuri ale agresivității în mediul penitenciar

Agresivitatea reprezintă o temă de larg interes pentru specialiștii din domeniul psihologiei, sociologiei și antropologiei culturale interesați, deopotrivă, să găsească un răspuns adecvat legat de cauzele și motivațiile comportamentului delincvent. Noțiunea a suscitat numeroase controverse, unii identificând-o cu cea de violență, alții considerând-o că este diferită și are cu totul altă semnificație, toate fiind însă de acord că ea se referă la orice fel de acțiune care are ca scop producerea unei suferințe sau a unui prejudiciu altei persoane, care nu dorește sau nu poate să se opună agresivității.

Agresivitatea este considerată ca o „componentă esențială a personalității, care poate fi canalizată, deturnată sau abătută până în momentul în care scapă controlului rațiunii” (Dragomirescu, V., 1976, 84), fiind „un instinct sau un impuls, un fel de răspuns sau contra-răspuns la o excitație sau la o frustrare față de anumite nevoi vitale ale individului, precum foamea (hrana), apărarea (conservarea) sau sexualitatea” (Rădulescu, S.M., Banciu, D., 1996, 192).

Ea face parte din acele comportamente sociale pe care individul le învață sau le achiziționează și care sunt menținute și actualizate atunci când condițiile o impun. Spre deosebire de violență, care este un concept mai cuprinzător, înglobând acele manifestări de forță, constrângere și abuz îndreptate împotriva altor persoane, agresivitatea reprezintă un *comportament* caracterizat de o „pulsivitate motrice, de o tensiune ce pune în mișcare organismul uman atunci când îi este obstrucționată sau blocată calea spre obținerea unor necesități sau nevoi. Mai mult, comparativ cu violența, agresivitatea nu se situează, în mod obligatoriu, în cadrul comportamentelor interzise sau antisociale, ea reprezentând, uneori, o formă de apărare a propriei persoane manifestată de unii indivizi în momentul în care se confruntă cu anumite stări de amenințare și pericol personal.

Indiferent de diversele accepțiuni și sensuri cu care este investită această noțiune (Păunescu, C., 1994; Ferreol, G. și Neculau, A., 2003; Pinatel, J., 1987; Michaud, Y., 1998), putem considera că agresivitatea reprezintă un comportament manifest, de tip verbal sau acționar fizic și moral, îndreptat împotriva altei persoane, cu scopul de a-i produce prejudiciu și distrugerii pe care nu le dorește.

Problema agresivității dobândește semnificații aparte atunci când avem de-a face cu mediul penitenciar, care creează și întreține „un anumit tip de tensiune între lumea familială și lumea instituțională și folosește această tensiune permanentă ca o pârgă strategică în manevrarea oamenilor”

(Goffman, E., 2004, 24). Într-un mediu carceral restrictiv și coercitiv, bazat pe mecanismul forței, fricii și manipulării și stimulat de toate acele procese și tehnici prin care se realizează „înjosirea eului persoanei” – după sintagma utilizată de E. Goffman – pentru orice deținut se produce o „perturbare automată a programării rolurilor, din moment ce separarea instituțională de restul lumii durează douăzeci și patru de ore din douăzeci și patru și poate continua vreme de mai mulți ani” (Ibidem, 24-25).

Tipuri și forme de agresivitate specifice mediului penitenciar

Viața și conviețuirea în penitenciar reprezintă o încercare permanentă a deținutului de a rezista tigorilor impuse, de a înțelege și accepta regulamentele și ordinele, de multe ori absurde și lipsite de sens, pe care angajații instituției le impun și de a se integra în sistemul de valori și norme formale și informale din care, fără voia lor, fac parte. În cadrul populației penitenciare se exercită anumite presiuni și constrângeri, atât din partea personalului instituției, cât și din partea grupului de deținuți, care își are propriile sale norme și statute informale, care nu coincid cu cele dorite de conducerea penitenciarului, fapt pentru care deținutul oscilează între două tipuri de sisteme valorice și normative, aflându-se într-un fel de „derivă adaptativă”, putând opta pentru ună sau alta dintre formele de adaptare cunoscute (Ibidem, p. 62-66):

- tactica „retragerii situaționale” sau a *izolării*, care reprezintă o formă de dezangajare a individului claustrat, prin diminuarea drastică a implicării sale în orice tip de interacțiune cu alții;
- tactica „inflexibilă” a nesupunerii, constând în permanenta sfidare a personalului închisorii;
- tactica „colonizării”, care se traduce printr-o acomodare la constrângerile instituției penitenciare;
- tactica „convertirii”, care marchează adoptarea de către deținut a punctului de vedere al instituției, etalând un „stil disciplinat, moralist și monocrom”.

Deși spațiul carceral este un mediu închis, limitând sensibil posibilitățile de mișcare și relaționare a celor aflați în detenție, „deținutul nu este o ființă pasivă, ci în continuă interacțiune cu cei din jur, dezvoltând relații deținut-deținut, personal-deținut, ce pot fi de cooperare, dar și antagonice, conflictuale” (Bălan, A. și colab., 2002, 105). Detenția poate induce „adoptarea unei atitudini ostile (fățișe sau ascunse) față de personalul închisorii, față de lumea din afară și dezvoltarea unei labilități față de ceilalți deținuți, sprijinirea reciprocă ori de câte ori interesele reale sau imaginare

ale acestora intră în conflict cu unele dispoziții ale autorității” (Ibidem, 104). Limitarea spațiului de mișcare, renunțarea forțată la anumite obiecte, de uz personal, ca și „la multe din plăcerile pe care și le-a putut oferi în viața liberă (alcool, jocuri de noroc, sex) îl conduc pe deținut în căutarea unor «surogate de satisfacții», (Ibidem), dar pe care nu le poate obține decât dacă dispune de bani, iar în lipsa acestora, îndeplinind tot felul de servituți înjosoare pentru alți deținuți și în cel mai rău caz, recurgând la opresiuni și violențe asupra colegilor.

Agresivitatea deținutului este determinată, în mare măsură, și de modul de viață din penitenciar, în care „viața în grup anulează orice intimitate, individul nu se poate ascunde de partea rea a celor din jur, nu are posibilități de refugiu sau de schimbare” (Florian, G., 1996, 187). De multe ori, deținutul este supus unor umilințe verbale și acționale, prin care „angajații instituției sau tovarășii de detenție îi pun individului porecle obscene, îl înjură, îi discută în gura mare însușirile negative, îl tachinează sau vorbesc despre el ori despre alți instituționalizați ca și cum individul nici n-ar fi de față” (Goffman, E., 2004, 31). Degradarea comportamentelor umane, începută prin injurii și apelative jignitoare, continuă cu ceremoniile și ritualurile inițiatice și se sfârșește prin agresivități fizice și sexuale ceea ce conduce la creșterea tendințelor spre violență și agresivitate a deținuților.

În consens cu o serie de studii și cercetări efectuate asupra comportamentelor agresive întâlnite la deținuții din penitenciare (Florian, G., 1996, 187), considerăm că principalele tipuri și forme de agresivitate din mediul penitenciar pot fi grupate astfel:

- acte agresive comise *între deținuți*, în care se includ injuriile, invectivele, amenințările, cuvintele și agresivitățile fizice și sexuale, vătămările corporale, tentativele de omor și omorurile;
- acte agresive comise *de deținuți asupra personalului* instituției, incluzând injuriile adresate cadrelor, amenințările, distrugerile de bunuri, refuzul de a îndeplini ordinele sau de a primi hrana zilnică, tentativele de lovire și lovirile propriu zise;
- acte agresive comise de *personalul instituției* asupra deținuților, constând din invective, injurii, purtări obscene, loviri și chiar torturi;
- acte agresive comise de *deținuți asupra propriei persoane*, cum ar fi automutilările și autoagresivitățile, refuzul de a primi hrană, ingerări de diverse substanțe sau medicamente în exces, tentativele de sinucidere și chiar sinuciderea consumate.

Fiind un mediu carceral închis, reglementat strict printr-o serie de constrângeri oficiale, amploarea și intensitatea acestor acte agresive nu poate fi estimată, întrucât multe dintre acestea nu sunt cunoscute sau

sesizate de personalul închisorii, altele nu sunt descoperite, în timp ce altele sunt trecute cu vederea, astfel încât numai acele acte agresive care au fost sancționate apar în statistica oficială a oricărui penitenciar. Pentru acest motiv, considerăm că, în mediul penitenciar, agresivitatea include cel puțin trei forme sau modalități de manifestare:

- în primul rând, există așa numita *agresivitate reală*, ascunsă și nedetectată, care reprezintă veritabila dimensiune a fenomenului, dar al cărei volum rămâne necunoscut, incluzând toate tipurile și formele de agresivitate petrecute în mod real în perimetrul închisorii. Această „cifră neagră” a agresivității poate fi aproximată, prin realizarea unor anchete de victimizare în rândul deținuților și al personalului, pentru a cunoaște diversele agresiuni comise și motivele pentru care ele nu au fost descoperite sau reclamate. Aceasta și pentru motivul că, în orice penitenciar, există un consens tacit între deținuți, între aceștia și angajații instituției în privința acceptării reciproce a anumitor agresiuni, considerate acceptabile și tolerabile;
- în al doilea rând, există *agresivitatea descoperită*, raportată sau sesizată de către deținuți și angajați, care nu mai poate fi ascunsă, întrucât ea include nu numai injuriile și amenințările obișnuite, ci o serie de loviri, vătămări corporale, distrugerii de bunuri, și a cărei valoare și amploare este sensibil mai mică decât cea a agresivității reale. Motivul constă în faptul că unele dintre aceste agresiuni, chiar dacă au fost descoperite, se „sting” prin negocieri și medierea între cele două tabere adverse, deținuții neavând interesul să fie pedepsiți, iar personalul de supraveghere să nu-și creeze probleme cu conducerea penitenciarului;
- în sfârșit, în al treilea rând, există *agresivitatea sancționată sau pedepsită*, în care se includ numai acele forme de agresiune comise între deținuți sau asupra personalului închisorii și al cărei volum este mult diminuat, comparativ cu agresivitatea descoperită sau raportată.

Rămâne, însă, deschisă problema acelor acte de agresiune comise de personalul instituției asupra deținuților, în care multe nu sunt niciodată cunoscute, dar care pot induce în rândul încarcerărilor sentimente de frustrare, ură, furie și răzbunare, favorizând astfel propensiunea lor spre agresivitate.

Factori de risc care favorizează agresivitatea în mediul penitenciar

În vederea identificării principalelor forme de agresivitate în mediul penitenciar, a factorilor care generează comportamente agresive și a explicării motivelor și semnificațiilor acordate de deținuții implicați în asemenea fapte, s-a realizat o investigație exploratorie în Penitenciarul de Maximă Siguranță Giurgiu, utilizându-se ca metodologie:

- analiza statisticilor realizate de conducerea penitenciarului privind diversele acte de agresiune comise în anul 2009 și în primul trimestru al anului 2010;
- interviuri non-dirijate cu o serie de deținuți aflați în sistemul progresiv și regresiv al regimului de executare a pedepsei închisorii, deținuți care nu sunt încadrați în categoria de periculoși sau agresivi, ci au dobândit comportamente agresive în timpul detenției;
- interviuri cu personalul educativ și de asistență socială privind modalitățile de control și prevenire a formelor de agresivitate din mediul penitenciar

Date socio-demografice privind Penitenciarul Giurgiu

Penitenciarul Giurgiu este una din cele mai noi și moderne instituții de acest gen din țară, construirea acestuia începând din 1994 și finalizându-se în anul 2004, an în care a și fost dat în folosință. Capacitatea acestui penitenciar este de 1700 locuri.

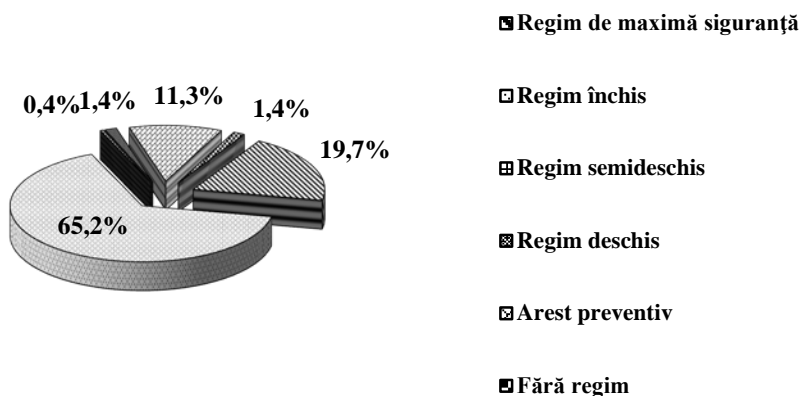
Penitenciarul Giurgiu asigură custodia persoanelor care au fost condamnate de instanțele judecătorești la pedeapsa închisorii în regimul de maximă siguranță (pentru pedepse mai mari de 15 ani), regimul închis (pentru pedepse între 5 și 15 ani), regimul semideschis (pentru pedepse între 1 și 5 ani) și regimul deschis (pentru pedepse de până într-un an). La nivelul penitenciarului este constituită o comisie pentru individualizarea regimului de execuție a pedepselor private de libertate. În mod excepțional, natura și modul de săvârșire a infracțiunii, precum și persoana condamnatului pot determina includerea persoanei condamnate în regimul de executare imediat inferior ca grad de severitate.

Toate categoriile de deținuți pot presta muncă (remunerată, cu excepția activităților cu caracter gospodăresc, dacă sunt apte de muncă, potrivit calificării, aptitudinilor și dezvoltării fizice), cei din regimul de maximă siguranță numai în interiorul spațiului de detenție, iar cei din celelalte categorii și în afara spațiului de detenție, sub pază și supraveghere continuă (cei din regimul închis), sub supraveghere (cei din regimul semideschis) și fără supraveghere (cei din regimul deschis).

Persoanelor deținute li se asigură respectarea drepturilor cu privire la libertatea conștiinței, opiniilor și credințelor religioase, dreptul la informație, la consultarea documentelor de interes personal, la petiționare și corespondență, beneficiind de asistență socială, medicală, psihologică și religioasă pe tot timpul detenției.

La data efectuării investigației (aprilie 2010), în Penitenciarul Giurgiu se aflau internate 1548 de persoane, distribuite în funcție de regimul de executare a pedepsei închisorii, conform sentințelor judecătorești (diagrama 1).

Diagrama 1. Distribuția deținuților aflați în Penitenciarul Giurgiu în funcție de regimul de detenție (%)

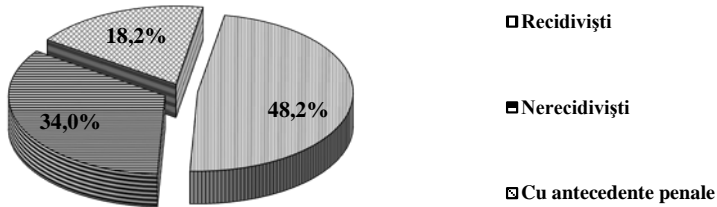


Sursa: Administrația Națională a Penitenciarelor, 2010.

Rezultă că peste două treimi din populația penitenciarului este alcătuită din deținuți care execută pedeapsa închisorii în *regim închis*, în timp ce aproximativ 20% dintre deținuți sunt încadrați în regimul de maximă siguranță, fiind condamnați pentru crime deosebit de grave, în timp ce ponderea deținuților aflați în regim semideschis și deschis este nesemnificativă, ceea ce atestă gradul mare de risc și de pericol cu care se confruntă personalul instituției.

Acest grad sporit de risc este accentuat și de faptul că, din totalul de 1548 de deținuți, persoanele recidiviste dețin cea mai ridicată pondere (48,2%), în timp ce nerecidiviștii reprezintă doar 34,0% dintre deținuții condamnați. De asemenea, atrage atenția și proporția relativ ridicată a persoanelor aflate în detenție care au deja antecedente penale (diagrama 2).

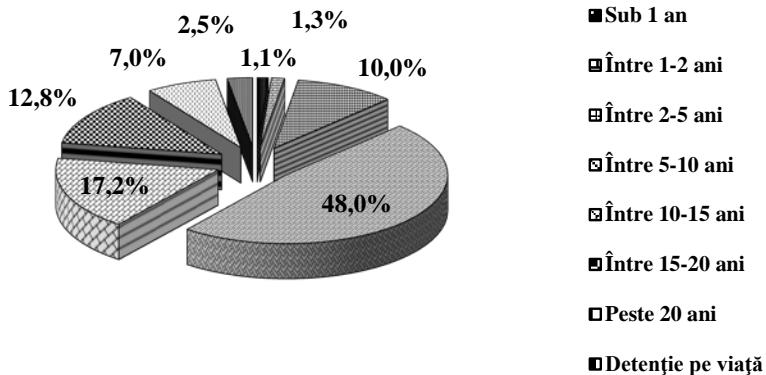
Diagrama 2. Distribuția deținuților în funcție de gradul de recidivă și antecedentele penale (%)



Sursa: Administrația Națională a Penitenciarelor, 2010.

Distribuția persoanelor aflate în Penitenciarul Giurgiu în funcție de durata condamnării atestă următoarea situație (diagrama 3):

Diagrama 3. Distribuția deținuților în funcție de durata pedepsei cu închisoarea (%)



Sursa: Administrația Națională a Penitenciarelor, 2010.

Această distribuție reflectă faptul că aproape jumătate dintre deținuții din acest penitenciar execută pedepse cu închisoarea pe termen relativ lung (între 5-10 ani), în timp ce aproximativ 30% dintre ei sunt condamnați la pedepse pe termen lung și foarte lung (între 10-20 ani), această ultimă categorie părând să nu mai pună probleme de adaptare personalului instituției. Rămâne un procent destul de important de deținuți care execută pedepse pe termene scurte și care, conform informațiilor

oferite de angajații penitenciarului, sunt mai dificil de reeducat și resocializat, având tendințe pronunțate spre agresivitate.

Din nefericire, datele oficiale puse la dispoziție de către conducerea penitenciarului sunt extrem de lacunare în privința numărului și tipului de agresiuni comise de către deținuți. Astfel, în anul 2009, au fost consemnate 1148 de conduite agresive, ceea ce revine, în medie, cam o agresiune pentru fiecare deținut. De asemenea, au fost înregistrate 52 de automutilări, 13 cazuri de ingerări de substanțe și 21 cazuri de refuz de hrană din partea deținuților. În primul trimestru al anului 2010 au fost consemnate 316 acte de agresiune, incluzând altercații între deținuți, injurii adresate cadrelor și chiar amenințări, refuzuri de hrană și ingerare de medicamente în exces.

Principalele forme de agresiune manifestate de deținuții aflați în Penitenciarul Giurgiu

În urma interviurilor realizate cu un număr de 12 deținuți aflați în acest penitenciar s-a putut constata că agresivitatea în mediul penitenciar este mult mai diversificată și mult mai nuanțată, având anumite note și caracteristici specifice, generate de complexitatea situațiilor și ocaziilor cu care se confruntă cei încarcerați. Fără a reprezenta vreo ordine preferențială, marea majoritate a conduitei agresive au fost generate de: dispute, certuri și loviri pentru obținerea unor părți ale spațiului carceral; altercații, dispute și loviri pentru obținerea unor obiecte și bunuri; rivalități provocate de învinuiri reciproce nemotivate; dispute pentru menținerea unei ierarhii de putere în cadrul grupului; dispute pentru apărarea sau protejarea unui prieten sau coleg de cameră; dispute datorate prezenței unei personalități agresive; rivalități personale și reglări de conturi între deținuți.

a. Dispute, certuri și loviri pentru obținerea unor părți ale spațiului carceral.

Orice deținut nou intrat este repartizat într-un anumit sector sau zonă a penitenciarului, în funcție de durata pedepsei și regimul de executare la care a fost condamnat. Datorită suprapopulării camerelor și a spațiului relativ limitat, deținuții au o limitare sensibilă a posibilităților de mișcare, între ei generând dispute verbale, injurii, invective și chiar loviri pentru obținerea unui loc într-un pat cât mai bine plasat, sau în momentele în care se întâlneau în zona cu utilități igienico-sanitare, sau în momentele în care își fac toaleta personală. Mai mult, ei trebuie să mențină o anumită *distanță individuală* și să-și modeleze atitudinile și comportamentul în funcție de cel al celorlalți, ceea ce conduce, în final, la instaurarea unei *ordini sociale relative*, dar care poate fi ușor perturbată, în condițiile în care apar situații conflictuale neprevăzute.

„Există paturi pentru toți, nu mai dormim câte doi într-un singur pat, dar parcă suntem prea înghesuiți, motiv pentru care simțim nevoia să ieșim afară, pentru că acolo suntem prea mulți. În plus, cred că încăperea în care stăm este prea mică, nu avem loc să ne mișcăm și începem să ne înjurăm între noi, nu avem destul loc unde să ne punem lucrurile personale. De multe ori, mi se pare că nu avem aer suficient.”

(R.C. – deținut, 34 ani)

De asemenea, aglomerația în spațiile igienico-sanitare reprezintă un alt motiv pentru apariția unor certuri și altercații între deținuți:

„Nu am avut probleme atunci când am intrat la închisoare. Din păcate, avem apă la spălător și la duș cu porția, unii intră, se spală și uită să mai iasă, iar când intru eu la du, s-a terminat apa caldă și atunci încep să-i înjur, să le adresez vorbe urâte și ei îmi răspund la fel. Este doar o violență verbală și nimic mai mult.”

(G. R.– recidivist, 42 ani)

Alți deținuți, deși nu recunosc că nu doresc să se certe cu nimeni, mărturisesc că acest lucru este greu de realizat în condițiile în care ei stau închiși și înghesuiți aproape toată ziua.

„Sunt închis de peste trei ani și mai am de ispășit încă patru ani. Nu vreau să mă cert cu nimeni, dar n-am încotro, așa că aproape zilnic ne provocăm, ne atacăm între noi și, uneori, ne certăm foarte rău. Oriunde, dacă stai mult timp cu cineva și nu ești liber este imposibil să nu te cerți.”

(T. B.– 26 ani)

b. Altercații, dispute și loviri pentru obținerea unor obiecte și bunuri

Numeroase certuri și altercații verbale și fizice apar între deținuți pentru obținerea unor anumite obiecte sau bunuri care fie că le lipsesc, fie că le sunt absolut necesare în condițiile impuse de rigorile instituției penitenciare.

„Când făceam baie, a venit un tip și a încercat să-mi ia șamponul pentru păr. Atunci am sărit la bătaie, pentru că ce este al meu, este al meu și nu vreau să-l împart cu nimeni. Altă dată, a venit unul din camera alăturată și până să bag de seamă mi-a luat un pachet de țigări pe care îl aveam pe pat. Atunci eu am început să-l înjur și de ură a început scandalul, ne-am luat la

bătaie, în ajutorul meu au sărit cei de la mine din cameră, în ajutorul lui cei de la el din cameră, ce mai, a fost un adevărat război general, nu știu cum s-ar fi terminat dacă nu veneau gardienii să ne despartă! Nu ne-au reclamat, doar ne-au spus că dacă se mai întâmplă așa ceva, ne reclamă la conducerea închisorii pentru a fi sancționați.”

(B.N. – 38 ani)

c. Rivalități provocate de învinuiri reciproce nemotivate

Conviețuirea în spațiul carceral generează tensiuni și animozități inerente între deținuți, astfel încât ei încearcă să le rezolve apelând la invective și jigniri care se referă la înfățișare sau caracteristicile persoanei cu care se află în conflict.

„Într-o zi, stăteam singur în pat, când unul dintre tovarășii mei de cameră, fără nici un motiv, a început să mă jignească, aducându-mi tot felul de cuvinte urâte și porecle obscene. Deși i-am spus să înceteze, el a continuat, ceea ce m-a scos din sărite. Atunci m-am dat la el, i-am tras câțiva pumni și i-am spus să nu se mai pună cu mine, că îl distrug. Așa a fost singura bătaie pe care am avut-o până acum și sper să nu mai fie și altele”

(T.M. – 28 ani)

„De la ce pleacă conflictele avute de deținuți. De la lucruri mărunte, până la lucruri importante. Că te înjură, că faci glume sau că se fură. Dacă ala zice în mintea lui că e șmecher și nu este, dar își găsește fraierul, nu e normal ca să-l fure sau să-i ia cu japca. Adică ăla să mănânce copane de găină și celălalt să se uite. Alții te înjură de morți, de mamă, de familie, de nevastă.”

(R.N. – 34 ani)

„Certuri există, că suntem prea mulți în cameră. Într-o zi ești prieten cu toți și râzi, a doua zi te cerți. Trebuie să ne acceptăm cu tot felul de defecte, că dacă nu ne acceptăm cu tot felul de defecte nu putem să stăm împreună într-o cameră, trebuie să mai trecem și cu vederea. Trebuie să te împaci cu ideea că ești aici, să îți vezi de treaba ta, să nu calci strâmb, să nu ai, și să pleci acasă din prima.

(B.O. – 55 ani)

d. Dispute pentru menținerea unei ierarhii de putere în cadrul grupului

Mulți dintre deținuții internați în penitenciar doresc să accedă la o poziție superioară pentru a obține diverse avantaje și privilegii materiale,

motiv pentru care utilizarea forței și agresiunea fizică și verbală în acest scop.

„Mulți dintre noi avem dorința de putere și mărire. Mie personal îmi place să fiu șeful și încerc să mă împac chiar prin violență. Odată am primit amenințări de la alte grupuri de putere din penitenciar și a trebuit să le arăt că sunt puternic, chiar și să nu se pună cu mine. Unii distrug. Cum ei au gașca lor, tot așa am și eu pe a mea și oricând am nevoie am prieteni care sar să mă apere”

(T.M. - 44 ani)

e. Dispute pentru apărarea sau protejarea unui prieten sau coleg de cameră

În mod surprinzător sau nu, mediul penitenciar dezvoltă, în afara de unele valori bazate pe forțe și intimidare fizică, și unele ce presupun camaraderie, întraajutorare, sprijinul reciproc, loialitatea. Pentru acest motiv, se creează o serie de relații de prietenie și colegialitate între anumiți deținuți care pare că depășesc zidurile închisorii, făcând parte dintr-o cultură umanistă universală specifică omului.

„Atunci când am văzut cum îl tachinai, îl batjocoreai pe prietenul meu, încercând să-l supună la tot felul de umilințe, nu am mai putut suporta și am sărit la bătaie. Am dat în ei, au dat și ei în noi, dar am reușit să-i dovedim. De atunci, nimeni din cameră nu ne-a mai înjurat.”

(I.R. - 30 ani)

„Stăteam în cameră cu alți deținuți, care au încercat să mă pună să le spăl hainele, pentru că eram ultimul venit. Am început să plâng și atunci mi-a sărit în ajutor un consătean de al meu, care s-a bătut cu toți și i-a dovedit. Eu nu am vrut să mă bat și am cerut conducerii să mă mute în altă cameră, dar am fost refuzat”.

(A.M - 39 ani)

f. Dispute datorate prezenței unei personalități agresive

Dincolo de faptul că mediul penitenciar creează acte de agresivitate, există în rândul deținuților și anumite persoane recalcitrante, ostile, care încearcă să provoace tot felul de altercații și incidente cu altele, aparent fără nici un motiv rațional.

„Mărturisesc că sunt o persoană violentă, dar s-a rezolvat fără să fie nevoie să ne batem, ne-am jignit doar verbal. Însă știu un deținut, dintr-o altă cameră, care s-a rezolvat fără să fie nevoie să ne luăm la bătaie. Însă am auzit de un deținut dintr-o altă cameră, care se spune că este foarte violent, se ceartă mereu cu ceilalți din cameră și uneori chiar se bat. Cred că vrea să fie șeful lor, să-i conducă cu orice chip. N-a fost niciodată pedepsit de gardieni sau de director, cred că are pile.”

g. Rivalități personale și reglări de conturi între deținuți

Indiferent de măsurile de protecție și securitate adoptate de personalul penitenciarului, în mediul carceral sunt internate persoane care, anterior condamnării, au avut o serie de dispute, conflicte, și rivalități specifice lumii interlope. Penitenciarul nu poate estompa sentimentele de ură, invidie și răzbunare, dobândite ulterior încarcerării, dimpotrivă, oferă un teren prielnic pentru rezolvarea lor. El face ca deținuții să se asocieze informal în grupuri sau găști rivale, fiecare încercând să-și dovedească supremația, utilizând la mijloace agresive.

„Dacă ești singur la pârnaie, ești nimeni. Iar dacă întâlnești pe cineva pe care l-ai fentat sau escrocot afară este vai și amar de tine. Atunci trebuie să-ți găsești un prieten sau o gașcă, care să te apere și să te protejeze, iar uneori să recurgi la bătaie și la cuțit. Altfel nu poți supraviețui.

(C.D. – 31 ani)

Implicarea asistenței sociale în prevenirea și diminuarea agresivității din penitenciare

Investigația efectuată în penitenciarul Giurgiu a evidențiat faptul că agresivitatea în mediul carceral este mult mai amplă și mai complexă decât ar părea la prima vedere, incluzând alături de simplele injurii și invective reciproce și loviri, vătămări corporale și chiar tentative de omor. Motivele invocate sunt multiple, între ele predomină cele care țin de supraaglomerarea spațiului carceral, de lipsa unor bunuri și obiecte absolut necesare traiului zilnic într-un asemenea mediu, de promiscuitatea inerentă ce caracterizează acest mediu, de dorința unor deținuți de a se face remarcați și recompensați, dar și, nu în ultimul rând, de pasivitatea și neimplicarea personalului instituției, care preferă ca aceste dispute și acte agresive să rezolve între deținuți, fără a fi raportate ierarhic și a se lua măsuri de contracarare și diminuare.

Desigur, unele dintre aceste cauze care generează și favorizează apariția unor violențe și agresivități în mediul penitenciar sunt dificil de

înlăturat, având în vedere indicele de supra-aglomerare existent în penitenciarele din România comparativ cu cel existent în Europa. Mai mult, se constată că numărul persoanelor private de libertate a crescut într-un ritm mult mai rapid decât numărul locurilor de detenție, conducând la diminuarea și aglomerarea spațiului destinat fiecărui deținut, ceea ce constituie un motiv în plus de creștere a agresivității între deținuți. Nici accesul la unitățile igienico-sanitare, la sălile de mese, sau la spațiile destinate recreării deținuților nu poate fi rezolvat, în momentul de față, unii deținuți fiind nevoiți să își facă toaleta și să servească masa în dormitoare și așa supra-aglomerate ceea ce îngreunează menținerea unor condiții de igienă decente în aceste instituții.

Pentru acest motiv, serviciile de asistență socială din penitenciar pot avea un rol important în soluționarea acestor probleme legate de condițiile de detenție, în vederea realizării unei reintegrări sociale post-executorie a deținuților, care au nevoie de o asistență specializată pentru a depăși perioada dificilă, atât în timpul cât și după executarea pedepsei. În ceea ce privește penitenciarul analizat, au fost inițiate o serie de programe privind adaptarea la viața instituționalizată (INSTAD), educația bunului cetățean (CEB), de educație pentru viața de familie (EDUCOFAM), moral creștină (EDUCOREL). Din nefericire, lipsesc acele programe destinate prevenirii și diminuării agresivității (cu excepția programului VAD, care parțial urmărește acest aspect), precum și strategii clare care să depisteze în timp util factorii subiectivi care generează agresivitatea în penitenciare și diminuarea ocaziilor și împrejurărilor care creează situații de agresivitate în mediul penitenciar.

Prevenirea și controlul diverselor forme de agresivitate constatate în mediul penitenciar ar putea deveni, în viitor, o orientare și direcție importantă pentru activitatea asistenților sociali din penitenciare, în vederea „dezvățării” deținuților eliberați, să poată avea o reinscriere normală în viața de familie și socială.

Bibliografie

- Banciu, D., (2005), *Crima și criminalitatea. Repere și abordări juridico-sociologice*, București, Editura Lumina Lex.
- Bălan, A., Stănișor M., Mirică M., (2002), *Penologie*, București, Editura Oscar Print.
- Dragomirescu, V., (1976), *Psihosociologia-comportamentului deviant*, București, Editura Științifică și Enciclopedică.
- Durnescu, I., (2009), *Asistența socială în penitenciar*, Iași, Editura Polirom.
- Ferreol, G., Neculau, A., (2003), *Violența. Aspecte psihosociale*, Iași, Editura Polirom.
- Florian, Gh., (2003), *Fenomenologia penitenciară*, București, Editura Oscar Print.

- Foucault, M., (2007), *A supraveghea și a pedepsi. Nașterea închisorii*, București, Editura Humanitas.
- Goffman, E., (2004), *Aziluri. Eseuri despre situația socială a pacienților psihiatrici și a altor categorii de persoane instituționalizate*, Iași, Editura Polirom.
- Păunescu, C., (1994), *Agresivitatea și condiția umană*, București, Editura Tehnică.
- Rădulescu, S.M., Banciu, D., (1996), *Sociologia crimei și criminalității*, Editura „Șansa S.R.L”
- Sykes, Gr. (1958), *The Society of Captives*, Princeton, Princeton University Press.
- Stănișor, Em. și colab. (2004), *Universul carceral*, București, Editura Oscar Print.
- Ștefan, B., (2006), *Mediul penitenciar românesc. Cultură și civilizație penitenciară*, Iași, Editura Institutului European.

Probațiunea și asistența socială pentru justiție

MIHAELA ALIDA TOMIȚĂ

Considerații introductive

Acest capitol nu își propune să prezinte cititorilor rolul și importanța deja cunoscută a asistenței sociale în cadrul sistemului de justiție penală în general și al celui de probațiune în special, ci să aducă în atenția sa, faptul că un subdomeniu al asistenței sociale, destinat unei anumite categorii de beneficiari, respectiv infractorilor, cunoaște chiar și în perioade de criză economică, financiară, socială și politică, o dinamică și o dezvoltare deosebită, pe fondul nevoii de creștere a gradului de siguranță în comunitate.

Alianțele strategice și parteneriatele din sectorul justiției penale în Europa, sunt elemente importante în abordarea practicii penale și includ sistemul penitenciar, cel de probațiune, instituțiile și organizațiile pentru protecția victimelor și de justiție restaurativă, reprezentanții sistemului judiciar și alți actori-cheie.

Probațiunea, ca sancțiune penală cu fundament psiho-social, are un rol semnificativ în cadrul sistemelor justiției penale în Europa, iar contribuția sa duce la protejarea publicului larg. Schimbul de valori, principii și metode de lucru între organizații contribuie la implementarea cu succes a Deciziei – cadru 2008/947/JAI a Consiliului Europei din 27 noiembrie 2008 privind aplicarea principiului recunoașterii reciproce în cazul hotărârilor judecătorești și al deciziilor de probațiune în vederea supravegherii măsurilor de probațiune și a sancțiunilor alternative, decizie care a fost transpusă și în legislația noastră națională.

Această decizie-cadru furnizează un instrument eficace, întrucât se întemeiază pe principiul recunoașterii reciproce și implică participarea tuturor statelor membre, sens în care supravegherea condamnărilor cu suspendare, a condamnărilor cu amânarea aplicării pedepsei, a sancțiunilor alternative și a deciziilor privind liberarea condiționată au drept scop sporirea șanselor de reintegrare socială a persoanei condamnate, permițându-i acesteia să își păstreze legăturile familiale, lingvistice, culturale și de altă natură, dar și îmbunătățirea monitorizării respectării măsurilor de probațiune și a sancțiunilor alternative, cu scopul de a preveni recidiva, acordând astfel o atenție cuvenită protecției victimelor și a publicului larg.

Asistența socială în spațiul justiției în general, a devenit o constantă și în România, iar rolul jucat de aceasta în cadrul sistemului de justiție

penală, al sistemului de probațiune, a condus la o vizibilitate sporită pentru care România se bucură de aprecieri deosebite la nivelul instituțiilor europene de profil, bunele practici fiind adesea obiect de discuții și dezbateri în cadrul proiectelor europene.

Contextul în care se implementează instituția Probațiunii este unul extrem de complex, cu fațete care își au sorginea în dreptul penal, criminologie, penologie, psihologie, asistență socială, sociologie etc. Astfel, pentru a genera politici care să conducă la eficiența probațiunii, specialiștii ridică în mod continuu o serie de întrebări legate de motivele pentru care oamenii comit infracțiuni, de cele mai eficiente metode de intervenție pentru a preveni repetarea comportamentului infracțional, al impactului serviciilor oferite asupra victimelor, al comunității în ansamblul său și, nu în ultimul rând al costurilor și beneficiilor care incumbă acestor servicii.

Infractorii, recunoscuți ca persoane vulnerabile, necesită servicii sociale specializate pentru depășirea situațiilor de dificultate, prevenirea și combaterea repetării comportamentului infracțional, al riscului de excluziune socială, creșterea calității vieții și promovarea incluziunii sociale a acestora. Aceste servicii trebuie să constituie un răspuns adaptat la diferitele nevoi sociale sau situații de vulnerabilitate în care se află această categorie de persoane.

Apariția instituției probațiunii a fost determinată, pe de-o parte, de necesitatea dezvoltării sistemelor judiciare adaptate dinamicii criminalității, iar pe de alta, de apariția unor noi curente în criminologie, care pledează pentru controlul infracționalității din afara sistemului justiției penale și reflectă mutații esențiale la nivelul filosofiei tradiționale a pedepsei și funcțiilor sale.

Probațiunea ca măsură alternativă, promovează reabilitarea socială a infractorilor motiv pentru care, evaluarea corectă, completă și profesională realizată de către consilierii/ofițerii de probațiune, sprijină activitatea instanțelor de judecată în individualizarea pedepsei, în conformitate cu riscul prezentat de infractor și perspectivele reale de reinsertie socială. Acești profesioniști trebuie să dețină abilități de comunicare și înțelegere adaptate fiecărui caz în parte, iar limbajul utilizat de acesta să faciliteze comunicarea atât cu ceilalți specialiști, judecători, procurori, avocați, furnizori de servicii, cât și cu beneficiarii serviciilor de probațiune, adică infractorii. Probațiunea, ca și alte sancțiuni comunitare este, sub raportul naturii juridice, o sancțiune penală. Prin scopurile și obiectivele urmărite ea se distanțează însă de sistemul tradițional centrat pe represiune și izolare.

Limbajul utilizat în sfera probațiunii este cel mai adesea, cel specific asistenței sociale, fiind operabile conceptele acesteia precum, margi-

nalizarea, etichetarea, discriminarea, incluziunea și excluziunea socială, reabilitarea, reintegrarea socială etc.

O discuție importantă asupra conceptelor utilizate în sfera justiției penale este legată de utilizarea conceptului de reabilitare. Reintegrarea și reinsertia socială, sunt concepte adesea utilizate în loc de reabilitare. Acest prefix 're', utilizat în cazul infractorilor, presupune că aceștia au ocupat anterior un statut social dezirabil, la care pot fi ajutați să se reîntoarcă. Însă, majoritatea infractorilor fac parte din categoriile dezavantajate din punct de vedere economic și social și în consecință este impropriu să urmărim reabilitarea acestora, în sensul strict al cuvântului. (Sim, J., 2014, p.17)

Contextul național și european pentru asistența infractorilor

Serviciile de Probațiune pun în executare sancțiuni comunitare eficiente și alternative la detenție, în concordanță cu valorile Consiliului European, definite și în Regulamentul Probațiunii și în documentele care consfințesc valorile Confederației Europene de Probațiune (CEP) care are ca scop promovarea incluziunii sociale a infractorilor, prin sancțiuni și măsuri comunitare, cum ar fi probațiunea, munca în folosul comunității, medierea și concilierea. CEP este angajată în consolidarea imaginii probațiunii și îmbunătățirea profesionalismului în acest domeniu, la nivel european și național.

Ca și organism cu vocație europeană, CEP stimulează schimbul de idei cu privire la probațiune promovează cooperarea pan-europeană prin organizarea de conferințe pe teme actuale ale probațiunii, prin realizarea rapoartelor acestor evenimente, prin publicarea newsletter-ului său digital și prin intermediul website-ului său. (www.cep-probation.org). Membrii săi sunt organizații care lucrează în domeniul probațiunii și persoane fizice interesate, aducând împreună practicieni, manageri, cadre universitare, părțile interesate și alte persoane care lucrează în domeniul probațiunii și a justiției penale din toată Europa. Astfel, CEP reprezintă o rețea unică de expertiză cu privire la modalitățile pozitive de lucru cu infractorii în comunitate, iar preocuparea cheie este aceea de a proteja societatea fără a recurge la închisoare.

Probațiunea lucrează cu infractorii în comunitate pentru a proteja publicul și pentru a reduce infracționalitatea și își are rădăcinile în organizațiile de voluntariat și religioase care lucrează cu infractorii de peste 200 ani. Aceasta reprezintă astăzi o forță importantă în cadrul sistemului de justiție penală, care oferă instanțelor de judecată o gamă de opțiuni comunitare, cu personal calificat și profesionist. Serviciile de probațiune se disting prin accentul pus pe asistență, îndrumare și persuasiune în lucrul cu infractorii.

Pornind de la faptul că societatea are datoria de a-i proteja pe cei vulnerabili, inclusiv pe cei care ar putea fi victime ale infracțiunilor, în unele state, probațiunea oferă și servicii victimelor infracțiunilor. Consilierii/ofițerii de probațiune lucrează cu oameni care fac parte, în principal, din grupurile cele mai dezavantajate și excluse social, care sunt autori sau victime ale criminalității.

Probațiunea se bazează pe valori recunoscute astăzi, la nivel internațional și urmărește reabilitarea infractorilor, prin ajutarea și încurajarea la o viață demnă, cu respectarea normelor legale și de conduită care guvernează societatea. Astfel, prin serviciile oferite, sunt create oportunități, care să îi ajute pe infractori să dobândească competențele și motivația necesară. Serviciile de probațiune joacă un rol esențial în a contribui la reducerea populației din penitenciare, în multe cazuri, intervenția comunității fiind mai echitabilă și mai eficientă.

Incluziunea socială este o cerință a justiției sociale și în principiu, cheia de ghidare în practica probațiunii. Persoanele care nu au acces echitabil și rezonabil la serviciile și instituțiile societății civile (excluziune socială) sunt mult mai susceptibili de a comite infracțiuni, astfel probațiunea fiind centrată pe incluziunea socială, contribuie în mod evident la reducerea criminalității. În acest context, serviciile de probațiune lucrează în strânsă colaborare cu agențiile și organizațiile societății civile și cu voluntarii, pentru a aduce resursele comunitare necesare pentru incluziunea socială a infractorilor, fiind necesare eforturi complementare inter-servicii pentru satisfacerea nevoilor complexe ale infractorilor.

Pornind de la faptul că orice persoană este unică și aceasta trebuie să fie respectată și apreciată ca atare, serviciile de probațiune respectă diversitatea beneficiarilor săi, promovează non-discriminarea și țin cont de circumstanțele și nevoile individuale. Practicile probațiunii trebuie să respecte interesele și drepturile victimelor infracțiunilor, iar în munca și activitatea cu infractorii urmăresc ca aceștia să devină conștienți de răul pe care l-au provocat. Acest aspect se regăsește explicit în practica unor servicii de probațiune care dezvoltă de programe de justiție restaurativă.

Cadrul european de dezvoltare al instituției probațiunii este oferit și susținut prin prezența constantă pe agenda Consiliului Europei, prin recomandările și deciziile asumate, printre care amintim cele mai relevante: Recomandarea CM/Rec(2010)1 cu privire la Regulile de Probațiune ale Consiliului Europei, Decizia-cadru privind Recunoașterea Reciprocă a Măsurilor de Probațiune și a Sancțiunilor Alternative (2008/947 / JAI), Decizia-cadru privind Recunoașterea Reciprocă a Supravegherii ca alternativă la arestarea preventivă (2009 / 829 / JAI), Directiva privind Drepturile, Sprijinirea și Protecția Victimelor Criminalității (2012/29 / UE).

În cuprinsul acestora se arată că scopul probațiunii este de a contribui la un proces corect de justiție penală, precum și la siguranța publică prin prevenirea și reducerea comiterii infracțiunilor, iar agențiile de probațiune sunt unele dintre cele mai importante agenții de justiție și că activitatea lor are un impact asupra reducerii populației din închisori. Astfel, având la bază scopul declarat al Consiliului Europei de a atinge o unitate mai mare între membrii săi, în particular, prin armonizarea legilor în chestiuni de interes comun, se recomandă Statelor Membre, să se ghideze după aceste documente, în legislația, politicile și practica lor, să le traducă și disemineze cât mai larg posibil, mai ales, autorităților judiciare, agențiilor de probațiune, serviciilor penitenciare, precum și mass mediei și publicului larg. Ceea ce este semnificativ în contextul tematicii acestui volum, este faptul că, toate aceste documente, reunesc experiențele experților asupra cunoștințelor cheie, teoriilor și competențelor necesare, specifice pentru practica asistenței sociale profesionale.

Această subliniere se referă la faptul că în timp ce constatările științelor comportamentale sunt importante pentru funcționarea sistemului judiciar penal, sistemul trebuie să reprezinte și un vehicul potrivit pentru administrarea serviciilor sociale. Lucrul cu infractorii realizat de către serviciile de probațiune implică tot mai mult metode bazate pe cercetarea științifică, urmărind implementarea celor care și-au demonstrat eficacitatea.

Armonizarea politicilor și strategiilor care au ca scop reabilitarea socială a persoanelor aflate în supravegherea serviciilor de probațiune, diminuarea riscului de săvârșire a unor noi infracțiuni, precum și creșterea gradului de siguranță în comunitate, se materializează prin transpunerea în legislația națională a recomandărilor, regulilor și deciziilor europene, încă din 2000, prin Ordonanța Guvernului nr. 92/2000, de organizare și desfășurare a activității de reintegrare socială a infractorilor și de supraveghere a executării sancțiunilor neprivative de libertate la nivel național, aprobată ulterior prin Legea cadru 129/2002, care a consfințit pe deplin acest cadrul legislativ. Acestea reprezintă și obiectivele majore care stau la baza Legii 252/2013 privind organizarea și funcționarea sistemului de probațiune, aprobat prin HG 1.079/2013, și sunt asumate prin și sub coordonarea Direcției Naționale de Probațiune, cu participarea autorităților și instituțiilor publice, a organizațiilor nonguvernamentale și a altor persoane juridice care participă la executarea pedepselor și a măsurilor neprivative de libertate.

În Legea 123 / 2006, *privind statutul personalului de probațiune*, la art.1alin(2) se arată faptul că, în îndeplinirea actului de justiție, munca personalului din serviciile de probațiune constituie un sprijin pentru judecători și procurori, competența și îndeplinirea corectă a sarcinilor ce revin acestei categorii de personal jucând un rol important în procesul de

individualizare a pedepsei, de executare a sancțiunilor neprivative de libertate, de asistare și consiliere a victimelor infracțiunilor, iar la art.6 scopul exercitării acestei profesii. Astfel, consilierul de probațiune contribuie în mod direct la creșterea gradului de siguranță publică prin informarea și consilierea victimelor infracțiunilor, promovarea alternativelor la detenție, prevenirea infracționalității, reducerea riscului de recidivă și reintegrarea în comunitate a persoanelor care au încălcat legea penală.

În prezent, Probațiunea deține un rol cheie în cadrul sistemului de justiție penală. Sarcinile și competențele conferite serviciilor de probațiune sunt definite și prevăzute în Codul penal, Codul de procedură penală sau în legi speciale. În mod tradițional, probațiunea nu a avut un rol semnificativ în cadrul sistemului de justiție penală, ci acesta a fost limitat în a oferi sprijin și asistență infractorilor pe perioada sancțiunii custodiale, a supravegherii, a suspendării sau a liberării condiționate (Kalmthout, A. M. și alții, 2003, p.14).

Aceste atribuții rămân extrem de importante și în prezent, dar li se adaugă o serie de altele noi care dau eficiență sancțiunilor comunitare. În țările vest-europene, această tendință este consistentă, conferind un rol substanțial instituției probațiunii, atât în ceea ce privește supravegherea infractorilor în comunitate, cât și pentru alte sancțiuni sau măsuri dispuse de către organele judiciare în timpul procesului penal. De menționat este însă faptul că, există diferențe substanțiale între sistemele de justiție penală din diferite țări, atât în ceea ce privește fazele procesului penal în care probațiunea are un rol bine determinat, cât și în cadrul procesului penal propriu-zis.

Nu în ultimul rând, în funcție de gradul de dezvoltare comunitară și de paleta de servicii existente la nivelul comunităților locale, este demn de subliniat incluziunea infractorilor în detrimentul excluziunii acestora, cu alte cuvinte, implicarea și angajamentul comunităților locale care este indispensabil. Este esențială existența instituției sau serviciului care poate organiza, întări, supraveghea și controla aceste sancțiuni și măsuri comunitare în strânsă colaborare cu organizațiile și instituțiile publice, private și public-private și, nu în cele din urmă, sarcina acestora de a promova un profil public adecvat acestor tipuri de sancțiuni comunitare.

Rolul serviciilor de probațiune este pe de-o parte, de a asigura controlul executării sancțiunilor sau măsurilor impuse de către instanța de judecată, iar, pe de altă parte, activitățile de asistență ce urmăresc a permite infractorului să rămână în cadrul comunității. Coexistența celor doi parametri este o problemă delicată la prima vedere, deoarece aceștia sunt *a priori*, antagonici. Cu toate acestea, între cele două noțiuni există mai degrabă complementaritate decât o opoziție reală, deoarece este vorba de două componente inerente oricărei forme de asistență socială. (Tomîță, M., 2009, p.18)

Pe lângă perfecționarea continuă a prevederilor legale privind modalitățile de executare a pedepselor neprivative de libertate din cadrul Noului Cod penal, au fost făcuți și alți pași concreți, care demonstrează adaptarea la noile realități și cerințe de transferare a sistemului de sancționare, acolo unde este posibil, dintr-un mediu închis (penitenciar) într-un mediu liber (societate), prin intermediul instituției „probațiunii”, ca modalitate de penalizare în regim de libertate cu fundament socio-pedagogic și caracterizată printr-o combinație între supraveghere și asistență. În scopul de a realiza mecanisme juridice care să permită instanței alegerea celei mai potrivite forme de tragere la răspundere penală, Noul Cod penal aduce o nouă reglementare în această materie, care ca formă de individualizare are ca scop, stabilirea modului în care condamnatul va suporta coerciția aplicată ca urmare a infracțiunii săvârșite, operațiune de asemenea sensibilă deoarece are aptitudinea de a influența direct și într-o proporție semnificativă procesul de recuperare socială a infractorului. Caracterul proporțional al pedepsei în raport cu gravitatea infracțiunii și pericolozitatea infractorului nu trebuie să se reflecte doar în natura, durata sau quantumul acestora, ci și în modul de executare, pentru că altfel există riscul ca efortul depus pentru reintegrarea infractorului să producă efecte contrare scopului urmărit.

Probațiunea apare ca o sancțiune, dar, ea reprezintă eminemamente un proces asistențial al individului infractor în vederea reintegrării sociale. Se ivesc, astfel, numeroase incoerențe în interpretarea termenului: uneori predomină partea punitivă, în detrimentul activității de asistare, alteori consilierea înlocuiește aproape integral pedeapsa. De fapt, filosofia penală a fiecărui stat se reflectă practic în proporțiile în care aceste două aspecte, pedeapsa și asistența (consilierea), se regăsesc în modul de penalizare al infractorului. Probațiunea reprezintă astfel o revalorizare a pedepsei.

Din perspectiva reglementărilor interne, sistemul de probațiune promovează orientarea conform căreia autorul infracțiunii participă la realizarea reintegrării sale în comunitate, aceeași comunitate ale cărei valori le-a periclitat sau vătămat prin săvârșirea infracțiunii și pe care urmează să le asimileze (Tomîță, M., 2010).

În perfectă concordanța cu valorile asistenței sociale, Codul Deontologic aplicabil profesioniștilor din sistemul de probațiune vizează principiile non-discriminării pe teme de naționalitate, cetățenie, rasă, origine etnică, limbă, religie, sex, opinie politică sau orice altă opinie, apartenență politică, avere, origine socială sau alte asemenea temeuri. La acestea se adaugă respectarea demnității, integrității fizice și morale a beneficiarilor/clientilor precum și păstrarea confidențialității în legătură cu documentele pe care le dețin, conform legii, în scop profesional.

Domeniul probațiunii reprezintă un subiect de interes pe agenda UE, în scopul degrevării rolurilor instanțelor de judecată și al creșterii calității actului de justiție. Statele Membre au obligația implementării unor reglementări speciale care dau posibilitatea rezolvării alternative a conflictelor. În contextul realizării Spațiului European al Libertății, Justiției și Securității Statele Membre, au de asemenea obligația elaborării și implementării unor reglementări normative speciale referitoare la asistența și protecția victimelor infracțiunilor.

Din perspectivă academică, de pregătire universitară a specialiștilor pentru sistemul de probațiune, programele educaționale urmăresc valorificarea complementară a tuturor perspectivelor care concurează la construirea specializării în această arie problematică complexă cum este infracționalitatea și a reacției sociale față de victimă, infractor și infracțiune.

Probațiunea, o prezență dinamică în comunitățile locale

Este semnificativ de arătat faptul că probațiunea ca disciplină, instituție și profesie, se situează în zona interdisciplinarității social-umaniste în care asistenței sociale îi revine rolul de a corecta deficitul de socializare a indivizilor cu trebuințe sociale în perspectiva asigurării condițiilor de integrare a acestora în spațiul social. Astfel, Probațiunea, ca știință socială aplicată în domeniul justiției, presupune aportul conjugat al psihologiei, sociologiei, asistenței sociale, științelor juridice și nu în ultimul rând, al administrației locale. Această interdisciplinaritate pledează convingător pentru caracterul eminentemente comunitar al probațiunii. Justiția, fiind prin geneza sa o problemă socială, deci comunitară, administrarea comunitară a acesteia, asigură o gestionare democratică pe toate componentele unui spațiu social pluralist.

În contextul modernizării sale continue, sistemul de probațiune din România, beneficiază după aproape 15 ani de la înființarea sa, de o tradiție care îi conferă semnele propriei identități, precum și de perspective deosebite care să-i stimuleze preocupări profesionale pentru eficiența înnoirilor necesare în actualul cadru de reglementare național și internațional.

Așa cum am mai arătat, recunoașterea probațiunii ca parte componentă a spațiilor sociale moderne, a devenit o constantă iar articularea unui sistem categorial propriu atât în teorie, cât și în practica probațiunii la nivel național, o realitate. În actualul context socio-cultural, în care dorim să fim guvernați de principiul „în democrație legea este rege”, Probațiunea dobândește un rol de balanță, în asigurarea echilibrului și raționalizarea controlului social în beneficiul comunității pe care o deservește.

Astfel, alături de actorii tradiționali ai sistemului de justiție penală, instituția probațiunii aduce adevărata reformă, care dincolo de beneficiile umaniste, aduce și o importantă eficientizare a sistemului din perspectiva cost-beneficii. Ca un vehicul bazat pe comunitate pentru sancționarea infractorilor, serviciile de probațiune oferă o gamă de trei ori mai mare de beneficii: a infractorului, a comunității în general, și a sistemului de justiție. În ceea ce privește infractorul, persoana rămâne în comunitate pentru a repara prejudiciul cauzat societății și poate continua să aibă responsabilități civice cum ar fi un loc de muncă, fiind un membru al familiei, și parte a comunității. Persoana supravegheată are de asemenea, acces la resursele comunitare pentru abuzul de substanțe, sănătate mintală, servicii de ocupare a forței de muncă, și așa mai departe – resurse care ar trebui să ajute individul să-și reia rolul ca cetățean în comunitatea sa. Serviciile de probațiune se bazează pe aceste resurse comunitare și pot contribui la construirea organizațiilor bazate pe comunitate, care răspund nevoilor generale ale comunității.

Organizațiile guvernamentale și non-profit, sunt resurse importante deopotrivă pentru serviciul de probațiune și pentru persoanele supravegheate, deoarece acestea ajută la repararea prejudiciului cauzat societății de exemplu, prin munca în folosul comunității. Organizațiile pot furniza, de asemenea, servicii de sprijin pentru a ajuta persoanele supravegheate să evite revenirea în sistemul de justiție.

Dinamica infrafracționalității în spațiul social contemporan impune promovarea unui civism de calitate, iar corijarea deficitelor de socializare, o nevoie la care Probațiunea poate răspunde cu succes.

În finalul acestui capitol, apreciem faptul că, probațiunea este și va rămâne o generoasă invitație la dialog calificat, pentru asistenții sociali, pentru toți profesioniștii din sistemul de justiție penală, autorități, societatea civilă precum și pentru publicul larg. În lumina noilor reglementări în materie penală, care extind sfera de aplicabilitate a serviciilor de probațiune din România, sunt necesare o serie de evaluări care să cuprindă noile condiționalități pentru evaluarea nevoilor de asistență a infractorilor și nu în ultimul rând, nevoile și cerințele de pregătire profesională a consilierilor de probațiune. La acest ultim aspect relevat anterior, oferta educativă a mediului academic trebuie să fie adaptată noilor cerințe, pornind de la diagnoza nevoilor și profilul infractorilor, racordate la rezultatele cercetărilor sociale de tip acțiune-schimbare.

Ca disciplină de studiu, Probațiunea aparține acelor subiecte și domenii care impun un schimb permanent de idei și experiențe. Dezvoltarea unor instituții moderne trebuie să se realizeze în concordanță și în strânsă legătură cu construcția legislativă în materie (Tomită, M., 2009, p.11).

Transmiterea către profesioniștii din sistemul de probațiune, a unei învățături autentice bazată pe concepte noi, expertiză și cercetare, va elimina riscul de a aplica modele general valabile într-un context socio-cultural și individual foarte diversificat. Capacitatea de a răspunde provocărilor cu privire la dezvoltarea de noi sisteme de penalizare cu fundament psiho-social, aparține specialiștilor în domeniu și reprezintă o provocare pentru întreaga comunitate profesională nevoită să își adapteze în permanență intervențiile sociale la dinamica infrațională.

Bibliografie

- Beirne, P., Messerschmidt, W.J., 2006, *Criminology*, Roxbury Publishing Company, Los Angeles, California
- Byrne, M. J., 2008, *Community supervision*, in *Criminology & Public Policy*, An official publication of the American Society of Criminology, Vol. 7, nr. 2
- Coras L., 2009, *Sanctiuni penale alternative la pedeapsă închisorii*, Editura C.H. Beck, București
- Crișu, A., 2006 *Tratamentul infractorului minor în materie penală. Aspecte de drept comparat*, Editura C.H. Beck, București
- Durnescu, I., 2009, *Asistența Socială în Penitenciar*, Editura Polirom, Iași
- Hamai K., Ville R., Harris R., Hough M., Zvekic U., 1995 *Probation round the world. A comparative study*, Routledge, London,
- M. van Kalmthout, J. Roberts, S. Vinding, 2003, *Probation and probation services in the EU accession countries*, Wolf Legal Publisher, Netherlands
- Macdonald, G., 1994, Developing empirically-based practice in probation. *British Journal of Social Work*, nr. 24 (4)
- Predescu, O., Udriou, M., 2007, *Convenția europeană a drepturilor omului și dreptul procesual penal român*, Editura C.H. Beck, București
- Rapp-Paglicci, L., 2007, Book review of Roberts and Yeager 2004 and 2006, *Research on Social Work Practice*, nr. 17
- Sheppard, M. 2006. *Social work and social exclusion*. Aldershot, Hants: Ashgate
- Sim, J., 2014, Welcome to the Machine: Poverty and Punishment in Austere Times, in the *Prison Service Journal*, Breaking the Cycle, nr. 213/2014
- Stanley, S., 1984, *Alternative to prison an examination of non-custodial sentencing of offenders* Editura Peter Owen, Washington
- Tomiță, M. 2010, *Unele considerații asupra instituției probațiunii și a noului Cod penal*, Revista Dreptul, nr. 3/2010
- Tomiță, M., 2009, *Probațiunea ca disciplină de studiu. Instituție și profesie*, Editura Solness, Timișoara
- Watkins M, Gordon W., Jeffries A, 1996, *The sentence of the Court. A handbook for Magistrates*, Waterside Press, Winchester

Violența în relația de cuplu: întrebări și răspunsuri¹

GEORGIANA-VIRGINIA BONEA

Introducere

Studiul face o analiză a violenței dintre partenerii de cuplu, mai precis: violența asupra femeii în cadrul cuplului. Pe de altă parte, amintește și de alte probleme mai puțin discutate precum: violența asupra bărbatului în cadrul relației de cuplu, precum și faptul că nu există servicii de specialitate destinate acestuia, în vederea întrajutorării și susținerii sale.

Scopul principal al studiului ține de dorința de a pătrunde și înțelege cât mai bine mecanismele care stau la baza violenței dintre partenerii de viață. Astfel, au fost culese mai multe interviuri semistructurate, față-n față cu victimele violenței partenerului conjugal, care au solicitat ajutorul Centrului de primire în Regim de Urgență, „Așezământul Social Patriarh Justinian Marina”, subordonat Asociației Diaconia a Patriarhiei Române. Cercetarea a fost făcută ținând cont de toate rigorile etice și ale respectării drepturilor omului. Datele, prelucrarea acestora, precum și concluziile interviurilor, sunt condensate în cele ce urmează.

Violența în relația de cuplu a fost o problemă ce a preocupat mai multe tipuri de societăți. Odată cu apariția curentului feminist (Bhattacharya, G. 2008, pp. 23-46; Voinea, M. 2005, pp. 6-52), la începutul anilor 1960, violența dintre partenerii de viață a devenit o preocupare în politicile sociale de prevenire și combaterea problematicii (vezi Anexa 1). În privința literaturii române de specialitate, conceptul de *violență în relația de cuplu* este destul de recent exploatat și mai mult ca formă alternativă de explicare a cauzalității problemelor de cuplu și nu ca subiect principal (Banciu, D. 2005, p. 83; Curic și Văetiși; 2005, pp. 25-47; Banciu, D.; Rădulescu, S.M.; Teodorescu, V. 2002, pp. 21-34; Mitrofan, N. 1989, pp. 11-26; Muntean, A. 1999, pp 58-67). Însă, treptat, violența în relația de cuplu începe să devină o preocupare în mediul academic, motiv pentru care literatura de specialitate românească începe să se îmbogățească (Rujoiu, O. și Rujoiu V. 2010, pp. 22-26; Rădulescu, S.M. 2006, pp. 32-34; Zamfir, E. 2002, pp. 645-462).

¹ Capitolul de față are la bază articolul cu același titlu, publicat în Revista Calitatea Vieții, nr. 2/2012. Ținând seama că studiul de față a fost predat în ianuarie 2012, menționăm că sintagmele „opțiunile guvernărilor/actuala guvernare” se referă la perioada de până la schimbarea de guvern din 27 aprilie 2012.

Violența în relația de cuplu (*intimate partner violence*) se traduce prin acele „atitudini și conduite cu caracter heteroviolent ce se produc între membrii familiei, în contextul unui climat conflictual sever ce indică o deteriorare semnificativă a funcționalității familiale” (Mitrofan, N. și Mitrofan, I. 1989, pp. 74-75). Termenul *violență în relația de cuplu*, face referire la violența dintre cei doi parteneri, unde victimă poate fi femeia sau bărbatul.

A se lua în calcul faptul că termenul de „victimă a violenței” sau termenul de „agresor”, nu cataloghează, nu etichetează individul implicat în problematica discutată. Cu ajutorul acestor doi termeni menționați mai sus, se poate lucra și analiza fenomenul fără a crea confuzii sau incertitudini de orice natură.

Violența în relația de cuplu este un subiect extrem de delicat, intim, dureros pentru victime și incomod pentru agresori. Guvernele lumii au început să acorde o mare importanță nu numai ajutorului acordat victimei, ci mai ales ajutorul acordat agresorului. Acum violența în relația de cuplu a devenit o problemă demnă de a fi studiată în cadrul celor mai importante centre de cercetare și de a fi analizată, în scopul descoperirii unor noi modalități de prevenire și combatere a fenomenului. E de altă parte, majoritatea guvernelor lumii au făcut eforturi substanțiale de a preveni și combate violența dintre partenerii de viață prin intermediul diverselor demersuri legislative (vezi Anexa 1). Literatura de specialitate internațională (Corva, K. 2006, p. 454; Walker, E. 2000, p. 39; Dutton și Straus, M.A. și Yllo, K. 1984; p. 27) include studii și analize, pe această tematică, pe o perioadă lungă de timp, dovadă de preocupare constantă și îngrijorare pentru viitorul cuplu ce va ocupa „spațiul social, cultural, familial și educațional”. Studiile de specialitate pe tema violenței în cuplu sunt o bază, o adevărată „moștenire” lăsată de cei ale căror lucrări sunt studiate în instituțiile academice de astăzi. Cercetătorii străini (Dutton D. și Corva, K. 2006, pp. 453-458; Dobash P.R. și Dobash, R.E. 1992, p. 32; Straus M.A. și Yllo, K. 1984, pp. 1, 16-29; Walker, E. 1980, pp. 31-47), au început studiul acestui fenomen atunci când nu constituia un subiect de natură științifică și au avut curajul și curiozitatea încununată de responsabilitatea de natură etică de a nu lăsa cicatrici subiecților studiați. Datoria unui cercetător este aceea de a studia cât mai bine fenomenul, fără a lăsa urme nefaste, nedorite și tocmai acest lucru l-au făcut cei care au fost înaintea noastră și a căror studii ne sunt de folos acum, în prezent.

Scurtă definiție a violenței în relația de cuplu

Trebuie spus că nici o teorie nu este mai importantă decât alta, deoarece fiecare dintre ele aduce ceva nou, inovând viziunea domeniului violenței din cadrul relației de cuplu. Cu toate acestea, teoriile explicative ale domeniului violenței dintre partenerii de viață pot fi împărțite în două mari categorii: *teoriile centrate pe individ* (teoria învățării sociale; teoria schimbului; teoria transgenerațională; teoria bio-psiho-socială; teoria atașamentului victimei față de agresor; teoria resursei; teoria puterii maritale; teoria investiției; teoria relației traumatice) și *teoriile centrate pe societate* (teoria patriarhală; teoriile feministe; teoria evoluționistă; teoria generală a sistemelor; teoria culturii violenței; teoria ecologică). *Modalitățile de manifestare a violenței în cuplu* pot fi explicate prin intermediul: teoriei ciclicității violenței și a teoriei roata de putere și control.

Este foarte important să avem în față factorii principali care favorizează și mențin violența în relația de cuplu, deoarece aceștia sunt „cheia” alcătuirii unor strategii adecvate de prevenire și combatere a problemei.

Astfel, factorii favorizanți, răspunzători pentru dezvoltarea și menținerea violenței dintre partenerii de viață au fost împărțiți în patru categorii de către Organizația Mondială a Sănătății (WHO – World Health Organization, 2002):

1) *factori individuali* – depresia; consumul excesiv de băuturi alcoolice; vârsta; nivelul scăzut de școlarizare; tulburări de personalitate; nivelul scăzut al veniturilor; martor și/sau victimă a violenței părinților în perioada copilăriei;

2) *factori relaționali* – promovarea dominanței în bărbatului asupra femeii în cuplu; conflicte între parteneri; instabilitatea familială; stresul de natură economic; funcționalitatea redusă a familiei;

3) *factori comunitari* – sărăcia; capitalul social redus; toleranța crescută în ce privește violența în familie și mai ales violența asupra femeii și copilului;

4) *factori sociali* – valori sociale care promovează violența dintre parteneri; normele tradiționale bazate pe gen în ceea ce privește setul de roluri ale femeii și bărbatului în relația de cuplu.

Tipologia agresorului

Cât despre *agresor*, (Donald D. 2007, pp. 27-58), a construit trei mari tipologii menite să caracterizeze comportamentul și justificările principale care stau la baza *motivațiilor*:

tipul 1 – indivizii violenți/antisociali, caracterizați, în principal, prin actele lor de violență fizică, manipulatori și predispuși către consumul excesiv de băuturi alcoolice și/sau droguri;

tipul 2 – indivizii caracterizați printr-o personalitate „borderline”, impulsivitate, furie excesivă; *tipul*

3 – indivizii instabili din punct de vedere emoțional, cu un comportament care induce în eroare de cele mai multe ori victima.

Din perspective riscurilor la care victima este supusă, Healy și colaboratorii săi (1998) au împărțit agresorii ținând cont de următoarele aspect:

1) *agresorul cu risc scăzut* – este vorba de individual care nu a avut antecedente și care nu prezenta un comportament disfuncțional;

2) *agresorul cu risc mediu* – individual care-și abuzează destul de des copiii, care a avut tentative de a-și abandona familia, având relații multiple și pasagere, cu antecedente penale;

3) *agresorul cu risc înalt* – un individ cu probleme medicale de ordin psihic, multiple antecedente penale, tentative de suicid, refuzul de și elibera partenera abuzată, consum excesiv de băuturi alcoolice sau alte substanțe cu efect narcotic, gelozie și posesivitate excesivă.

Consumul excesiv de băuturi alcoolice, așa cum arată studiile în domeniu (Whitfield, J. B., 2001, pp. 27-48), constituie un factor destul de des întâlnit în cazuistica violenței asupra partenerului de viață. De foarte multe ori, știind că partenerul agresiv se află sub influența alcoolului, victima îi justifică și chiar îi iartă abuzurile, considerând că agresorul „nu mai știa ce face” și în consecință, „nu poate fi tras la răspundere pentru faptele sale.

Scopul și locul socio-metodologic al prezentului studiu în „corola” de cercetări științifice privind violența în relația de cuplu²

Sunt vizate victimele violenței în relația de cuplu, precum și specialiștii care lucrează în cadrul instituțiilor de stat sau nonguvernamentale, ce activează în domeniul prevenirii și combaterii violenței dintre partenerii de viață. Informațiile obținute vor permite efectuarea mai multor analize asupra problematicii vaste a violenței în relația de cuplu, cât și particularitățile

² Au fost făcute toate demersurile legale necesare pentru a avea acces la informațiile furnizate ce se regăsesc în prezenta cercetare.

serviciilor destinate victimei și agresorului familial. Formarea unei imagini realiste asupra politicilor sociale și serviciilor românești, evidențiind dificultățile cu care se confruntă soliciitanții și personalul calificat.

Cercetarea de față investighează, de asemenea, efectele devastatoare pe care abuzul partenerului le poate avea asupra celuilalt partener de viață.

Obiectivul principal a constat în: Identificarea și explicarea principalilor factori favorizanți și a particularităților specifice violenței în relația de cuplu.

Am ales ca tehnică principală *interviul semistrukturat individual ghidat* (față în față) și *metoda observației*, astfel încât, în timpul desfășurării interviurilor, în anul 2011, cercetătorul a colectat și a înregistrat date cu privire la următoarele aspecte: comportamentul nonverbal – corelat cu nivelul educației; starea psihică generală a respondentului; expresivitatea feței; poziționarea corpului; aspectul fizic; starea psihică generală a respondentului; exprimarea diverselor emoții (frică, bucurie, dezgust, tristețe, silă, rușine, vinovăție, etc.); gradul de acceptare a situației actuale cu care se confruntă respondentul; urmărirea unei concordanțe între planul comunicațional și cel comportamental (sensibilitatea vizuală, acustică, tactilă, olfactivă).

Principalele rezultate ale cercetării

Odată cu descrierea agresorului și a episoadelor violente, victima dezvăluie amănunte legate de „viața în doi”. Paleta tipurilor de abuzuri suferite de către victime este cât se poate de complexă. În general, victima abuzurilor partenerului se teme pentru integritatea ei corporală și pentru cea a copiilor, fiind frecvent amenințată cu moartea: „*Tu de mâna mea ai să mori!*” (F.G., un copil, 57 de ani).

Aflându-se „*într-un pericol permanent*” (P.D., doi copii, 41 de ani), din care nu poate ieși, femeia realizează în cele din urmă faptul că trebuie să se gândească serios la situația sa de viață. Decepția, deznădejdea, teama și durerea femeii – victime a partenerului sunt incomensurabile: „*E o senzație oribilă, să știi să nu ești în siguranță niciodată, nici măcar în casa ta, lângă bărbatul tău*” (P.D., doi copii, 41 de ani).

În majoritatea cazurilor, victima nu numai că îl scuză pe agresor, dând dovadă de maximă înțelegere, dar se și autoculpabilizează pentru faptul că a fost agresată: „*Îl iertam, era beat și atunci când ești beat nu știi ce faci. Nu știa ce face și recunoștea și el că nu își dădea seama de ce face*” (S.A., trei copii, 54 de ani).

Abuzul economic are loc de cele mai multe ori în contextul în care bărbatul dorește să își procure băuturi alcoolice, amenințând sau lovind femeia pentru a-i putea lua banii: „*...nu avea destui bani să bea*”; „*Nu am avut*

de ales și i-am dat banii" (P.D., doi copii, 41 de ani). Pentru a scăpa de responsabilitatea actelor sale, agresorul „aruncă vina” pe consumul de alcool și pe nesupunerea victimei: „*Mereu îmi spune că nu am fost supusă și că mi-am bătut joc de el [...] că nu sunt în stare de nimic*”. În ciuda abuzurilor suferite, unele victime au sentimente pozitive față de partener: „*Eu nu am făcut decât să îl iubesc și să nu îi ies din cuvânt!*”; „*Am încercat să fiu așa cum vroia el...*” (P.D., doi copii, 41 de ani). Există victime care conștientizează abuzul și pericolul la care sunt supuse, însă continuă să rămână alături de agresor din varii motive: „*Mă bătea și apoi îmi spunea că dacă mă duc la cineva să spun sau dacă plec, mă omoară!*”. Pe de altă parte, există și femei care nu percep comportamentul partenerului ca fiind unul abuziv: „*Mă iubește mult. [...] Pur și simplu nu mai știe ce face de furie. [...] a fost numai vina mea.*”; „*V-am spus că bărbatul meu nu este violent. Că ne mai certăm noi așa... Eram vinovată! El, săracul mă iubește mult și e bun cu mine...*” (S.A., trei copii, 54 de ani).

În toate cele șapte interviuri, femeile au afirmat că au fost abuzate fizic și psihic de către partener.

Abuzul fizic (lovirea cu pumnii, picioarele sau cu diverse obiecte contondente, îmbrâncirea, trasul de păr, etc.) este utilizat de agresor pentru a provoca victimei dureri de orice natură, pentru a se răzbuna din diverse motive sau pentru a-i da acesteia o lecție. *Abuzul psihic* (jigniri, amenințări cu bătaia sau cu moartea, înjosirea femeii, etc.) se află în directă legătură cu toate tipurile de abuz (fizic, economic, social, sexual), având un impact devastator asupra victimei. Din relatările femeilor cu privire la abuzurile suferite, caracteristicile „*ciclicității violenței*” pot fi recunoscute extrem de ușor (Walker, E. 1980, pp. 57-58):

a) *prima etapă* – agresorul acumulează frustrări și tensiuni: „*el s-a supărat*”; „*ne certam destul de des...*” (M.R., doi copii, 43 de ani);

b) *a doua etapă* – agresorul dă curs furiei sale: „*...mă bătea des*”; „*...mă lovește*”; „*el mă lovește cu atâta sete și îmi adresează cuvinte urâte...*” (A.A., trei copii, 38 de ani);

c) *etapa a treia* – în care agresorul regretă cele întâmplate: „*... după ce ne-am certat atunci, ... el a fost foarte grijuliu cu mine. Era așa de tandru și iubitor și m-a rugat în genunchi să nu-l mai fac să-și piardă cumpătul în felul ăsta*” (N.B., un copil, 54 de ani). Victima este absolut convinsă de sentimentele pozitive resimțite de agresor și „știe” că nu va mai fi abuzată, aflându-se într-o poziție morală superioară față de agresor: „*iar eu eram acolo să îl iert și să-i arăt că îl iubesc*”; „*după ce mă bătea, venea la mine și mă pupa, îmi pupa mâinile*” (N.B., un copil, 54 de ani).

Agresorul are „mai multe fețe”, posedând un comportament bipolar față de victimă, care nu mai este sigură de capacitățile ei de a discerne și

judica un comportament normal și unul anormal. Abilitatea victimei de a se apăra va fi anulată, convinsă fiind că locul ei este alături de partener: „El, săracul mă iubește” (N.B., un copil, 54 de ani).

Dacă victima va decide să plece: „*Am zis că ori mor, ori plec. Și am plecat!*” ...”(A.A., trei copii, 38 de ani); există posibilitatea ca agresorul să o urmărească, să o amenințe sau să încerce să o convingă de faptul că și-a schimbat comportamentul. În condițiile în care atașamentul victimei față de agresor este puternic și sunt înregistrate nereușite ale încercărilor ei de a-și construi o nouă viață, există posibilitatea de întoarcere în relație. Astfel, ciclul violenței este complet și poate începe din nou prima etapă a acumulării tensiunilor dintre parteneri. Atunci când partenerii se confruntă cu problema violenței pe o perioadă îndelungată, femeia poate să prevadă, să anticipeze momentul în care va fi abuzată: „*Avea o privire fioroasă...*” „...*știam ce urmează...*” ...”(A.A., trei copii, 38 de ani), obișnuindu-se cu senzația de teamă permanentă.

Cercetarea s-a bazat pe examinarea unui număr de nouă interviuri semistructurate individuale – centrate sau ghidate (față în față), pe baza unei fișe de interviu (o conversație ghidată pe subiecte prestabilite). S-a păstrat *confidențialitatea* asupra datelor cu caracter personal al persoanelor intervievate ce au furnizat informațiile cuprinse în cercetare. De asemenea, subiectul poate renunța oricând la a mai lua parte la interviu. *Printre principalele puncte analizate* în cele șapte interviuri cu victimele violenței partenerului de viață, se enumeră următoarele puncte:

1. tipologia abuzurilor suferite de victimă în contextul factorilor favorizanți;
2. antecedentele abuzurilor în familia de origine;
3. strategia adoptată de victimă pentru a se calma după producerea unui episod violent;
4. încercarea victimei de a rezolva problemele din cuplu împreună cu partenerul agresiv;
5. motivațiile ce stau la baza hotărârilor victimei de a părăsi sau nu relația;
6. cazuri similare întâlnite;
7. sfaturi pentru alte victime ale abuzurilor partenerului de viață;
8. soluțiile preconizate de victime.

Subiecții investigați sunt beneficiarii serviciilor oferite de către echipa multidisciplinară a Așezământului Social „*Patriarhul Justinian*

*Marina*³, aflat în subordinea directă a Asociației Diaconia. Este vorba de persoane adulte, cu vârste de peste 18 ani, care sunt căsătorite sau conviețuiesc în uniune consensuală și care au fost victime ale violenței în relația de cuplu.

Pe de altă parte, în București, există un singur centru destinat agresorilor din cadrul familiei, Centrului destinat Agresorilor Familiali, „O nouă șansă”, sector 4, București, aflată în subordinea Direcției Generale de Asistență Socială a Municipiului București (DGASMB)/ Centrul a fost înființat în 2007 prin intermediul programului național „Dezvoltarea serviciilor de recuperare și reintegrare socială destinate agresorilor familiali”, finanțat de către Agenția Națională pentru Protecția Familiei (ANPF), actuala Agenția Națională pentru Protecția Familiei și a Drepturilor Copilului (ANPFDC) Durata proiectului Centrului destinat agresorilor familiali, numit: „O nouă șansă” a fost de 12 luni, iar scopul a vizat dezvoltarea serviciilor destinate agresorilor familiali la nivelul Municipiului București. *Obiectivul principal* al proiectului a constat în furnizarea unor servicii specializate care să vină în sprijinul și întrajutorarea agresorilor familiali, precum și îndrumarea acestora către tratamentele de dezalcoolizare, psihologice, psihiatrice sau dezintoxicare, în funcție de fiecare caz în parte.

Ipoteza principală a studiului a constat în următoarele:

Cu cât dependența psihică, socială, economică și fizică a victimei față de agresor este mai mare, cu atât cresc șansele ca victima să nu părăsească definitiv relația abuzivă, apărând diverse probleme de ordin fizic, psihic, social, economic, religios, cognitiv, uman și familial.

În schema operațională de cercetare au fost identificate patru mari domenii, după cum urmează:

- A) violența în relația de cuplu;*
- B) sindromul Stockholm;*
- C) sindromul de stres post-traumatic;*
- D) socializarea în funcție de gen.*

³ Asociația Diaconia a fost înființată în anul 1999. Aceasta are statut de organizație nonguvernamentală, bucurându-se de sprijinul Patriarhiei Române și colaborând cu Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecție a Copilului din București, dar și din țară. De asemenea, mai cooperează cu Secțiile de Poliție; Consiliile Locale din București; Școli; Spitale; etc. *Servicii prestate de către asistentul social:* prevenirea marginalizării sociale; prevenirea separării copilului; oferirea unui suport informațional asupra consecințelor violenței în familie și informare cu privire la drepturile legale; oferirea sprijinului pe termen scurt în luarea unei decizii. Stabilirea în funcție de situația fiecărei victime în parte a drepturilor bănești ce i se cuvin (de exemplu: alocația de susținere monoparentală sau alocația de stat pentru copii, precum și a altor prestații financiare din partea Asociației Diaconia, a Patriarhiei Române, etc.).

Pentru fiecare dintre aceste domenii s-au construit *dimensiuni și indicatori*. Pentru studierea *violenței în relația de cuplu*, a fost selectat un număr de cinci dimensiuni: violența fizică; abuzul psihologic; abuzul economic; abuzul social și abuzul sexual.

În cadrul interviului, a fost necesară *anticiparea barierelor în sfera comunicării, fiind o condiție esențială a cercetării*. În cadrul interviurilor cu femeile – victime ale partenerilor lor de viață, am utilizat *metoda observației științifice de tip calitativ*, folosită în contextul natural al subiecților investigați (Adler și Adler, apud Chelcea, 2004/2007, p. 403), pentru a putea avea o imagine cât mai amplă asupra impactului problemelor discutate pe tot parcursul interviurilor. Cercetătorul a adoptat un rol exterior situațiilor sociale (observator extern), culegând informații cu ajutorul unei tehnici speciale (Chelcea, 2004/2007, p. 408). *În timpul desfășurării interviurilor*, cercetătorul a colectat și a înregistrat datele obținute cu ajutorul interviului cu cele obținute prin intermediul observației științifice de tip calitativ, privind următoarele aspecte: comportamentul nonverbal – corelat cu nivelul educației; starea psihică generală a respondentului; expresivitatea feței; poziționarea corpului; aspectul fizic; starea psihică generală a respondentului; exprimarea diverselor emoții (frică, bucurie, dezgust, tristețe, silă, rușine, vinovăție, etc.); gradul de acceptare a situației actuale cu care se confruntă respondentul; urmărirea unei concordanțe între planul comunicațional și cel comportamental (sensibilitatea vizuală, acustică, tactilă, olfactivă).

Rezultatele cercetării au scos în evidență ineficiența serviciilor de stat care furnizează tratamente victimelor violenței în relația de cuplu, precum și incapacitatea de a face față cererii mult prea mare de solicitări de ajutor, în comparație cu oferta și paleta principalelor pachete de servicii oferite. Multe victime se confruntă cu probleme mult prea complexe, cărora serviciile abilitate în acest sens nu le pot răspunde, cum ar fi: tratamentul de lungă durată psihologic și psihiatric; mai multe tipuri de terapii și consilieri de ordin social, educațional, vocațional și ludic. Astfel, multe beneficiare aleg să apeleze la familia de proveniență sau să revină la partenerul agresiv; în cazul în care în timpul șederii lor î centrul de primire și întrajutorare nu au reușit să-și găsească un loc de muncă și o locuință. Pentru toate victimele violenței care aleg să plece și să înceapă o nouă viață, departe de partenerul agresiv, se confruntă cu serioase dificultăți material-financiare și psihice.

De asemenea, continuăm cu alte rezultate ale cercetării:

Odată cu descrierea agresorului și a episoadelor violente, victima dezvăluie amănunte legate de „viața în doi”. Paleta tipurilor de abuzuri suferite de către victime este cât se poate de complexă. În general, victima

abuzurilor partenerului se teme pentru integritatea ei corporală și pentru cea a copiilor, fiind frecvent amenințată cu moartea.

Aflându-se „într-un pericol permanent”, din care nu poate ieși, femeia realizează în cele din urmă faptul că trebuie să se gândească serios la situația sa de viață. Decepția, deznădejdea, teama și durerea femeii – victime a partenerului sunt incommensurabile: „E o senzație oribilă, să știi să nu ești în siguranță niciodată, nici măcar în casa ta, lângă bărbatul tău” ...”(A.A., trei copii, 38 de ani).

În majoritatea cazurilor, victima nu numai că îl scuză pe agresor, dând dovadă de maximă înțelegere, dar se și autoculpabilizează pentru faptul că a fost agresată: „Îl iertam, era beat și atunci când ești beat nu știi ce faci. Nu știa ce face și recunoștea și el că nu își dădea seama de ce face” (N.B., un copil, 54 de ani).

Abuzul economic are loc de cele mai multe ori în contextul în care bărbatul dorește să își procure băuturi alcoolice, amenințând sau lovind femeia pentru a-i putea lua banii: „...nu avea destui bani să bea”; „Nu am avut de ales și i-am dat banii” (N.B., un copil, 54 de ani). Pentru a scăpa de responsabilitatea actelor sale, agresorul „aruncă vina” pe consumul de alcool și pe nesupunerea victimei: „Mereu îmi spune că nu am fost supusă și că mi-am bătut joc de el [...] că nu sunt în stare de nimic” (M.R., doi copii, 43 de ani). În ciuda abuzurilor suferite, unele victime au sentimente pozitive față de partener ...” (A.A., trei copii, 38 de ani); „Eu nu am făcut decât să îl iubesc și să nu îi ies din cuvânt!”; „Am încercat să fiu așa cum vroia el...”. Există victime care conștientizează abuzul și pericolul la care sunt supuse, însă continuă să rămână alături de agresor din varii motive: „Mă bătea și apoi îmi spunea că dacă mă duc la cineva să spun sau dacă plec, mă omoară!” ...” (D.R., doi copii, 47 de ani). Pe de altă parte, există și femei care nu percep comportamentul partenerului ca fiind unul abuziv: „Mă iubește mult. [...] Pur și simplu nu mai știe ce face de furie. [...] a fost numai vina mea.”; „V-am spus că bărbatul meu nu este violent. Că ne mai certăm noi așa... Eram vinovată! El, săracul mă iubește mult și e bun cu mine...” (M.R., doi copii, 43 de ani).

În cele șapte interviuri, femeile au afirmat că au fost abuzate fizic și psihic de către partener.

Abuzul fizic (lovirea cu pumnii, picioarele sau cu diverse obiecte contondente, îmbrâncirea, trasul de păr, etc.) este utilizat de agresor pentru a provoca victimei dureri de orice natură, pentru a se răzbuna din diverse motive sau pentru a-i da acesteia o lecție. *Abuzul psihic* (jigniri, amenințări cu bătaia sau cu moartea, înjosirea femeii, etc.) se află în directă legătură cu toate tipurile de abuz (fizic, economic, social, sexual), având un impact devastator asupra victimei. Din relatările femeilor cu privire la abuzurile

suferite, caracteristicile „*ciclicității violenței*” pot fi recunoscute extrem de ușor (Walker, L. 1980, pp. 57-58):

a) *prima etapă* – agresorul acumulează frustrări și tensiuni: „*el s-a supărat*”; „*ne certam destul de des...*” (A.A., trei copii, 38 de ani);

b) *a doua etapă* – agresorul dă curs furiei sale: „*...mă bătea des*”; „*...mă lovește*”; „*el mă lovește cu atâta sete și îmi adresează cuvinte urâte...*” (M.R., doi copii, 43 de ani);

c) *etapa a treia* – în care agresorul regretă cele întâmplate: „*... după ce ne-am certat atunci, ... el a fost foarte grijuliu cu mine. Era așa de tandru și iubitor și m-a rugat în genunchi să nu-l mai fac să-și piardă cumpătul în felul ăsta*” (D.R., doi copii, 47 de ani). Victima este absolut convinsă de sentimentele pozitive resimțite de agresor și „*știe*” că nu va mai fi abuzată, aflându-se într-o poziție morală superioară față de agresor: „*iar eu eram acolo să îl iert și să-i arăt că îl iubesc*”; „*după ce mă bătea, venea la mine și mă pupa, îmi pupa mâinile*” (D.R., doi copii, 47 de ani).

Agresorul are „*mai multe fețe*”, posedând un comportament bipolar față de victimă, care nu mai este sigură de capacitățile ei de a discerne și judeca un comportament normal și unul anormal. Abilitatea victimei de a se apăra va fi anulată, convinsă fiind că locul ei este alături de partener: „*El, săracul mă iubește*” (D.R., doi copii, 47 de ani).

Dacă victima va decide să plece; există posibilitatea ca agresorul să o urmărească, să o amenințe sau să încerce să o convingă de faptul că și-a schimbat comportamentul. În condițiile în care atașamentul victimei față de agresor este puternic și sunt înregistrate nereușite ale încercărilor ei de a-și construi o nouă viață, există posibilitatea de întoarcere în relație. Astfel, ciclul violenței este complet și poate începe din nou prima etapă a acumulării tensiunilor dintre parteneri. Atunci când partenerii se confruntă cu problema violenței pe o perioadă îndelungată, femeia poate să prevadă, să anticipeze momentul în care va fi abuzată.

Unul din principalele puncte forte ale cercetării a constat în aceea că am avut acces la informațiile importante privind modalitatea de lucru din centrele de sprijin destinate agresorilor familiali.

Printre dificultățile cercetării am numărat: faptul că cercetarea se limitează la cuplurile unde unul din cei doi parteneri solicită ajutor calificat pentru a se putea apăra de abuzurile celuilalt. De asemenea, nu pot fi observate cuplurile în mediul lor natural de viață, în familie, fiind un spațiu privat. O altă limită majoră a cercetării a constat în faptul că nu se poate intervieva și agresorul – partenerul de viață al victimei intervievate, pentru o analiză mai bună a problemelor în cuplu.

Odată cu trecerea în revistă a principalelor teorii cu privire la tematica violenței în relația de cuplu, cor fi comentate și rezultatele de bază, principale ale studiului efectuat.

Statistica relevantă din România privind cazurile de violență în relația de cuplu și setul legislativ:

Statistica din țara noastră cu privire la violența dintre partenerii de viață este, din păcate, nu atât de recentă. În România, între anii 2002-2004, numărul persoanelor abuzate în familie este de 2.193. În ceea ce privește delictul de omor în mediul familial, bărbații sunt cei care ocupă un prim loc și anume 57,85% față de femei cu 42,2% (Banciu, D. 2005, p. 228).

După transformarea Agenției Naționale pentru Protecția Familiei în Agenția Națională pentru Protecția Familiei și a Drepturilor Copilului, datele statistice se opresc la anul 2008.

Trebuie amintită și statistica *Agenția Națională pentru Protecția Familiei* între anii 2004-2008, actuala *Agenția Națională pentru Protecția Familiei și a Drepturilor Copilului*, creată în data de 26 noiembrie, 2009.

Principalul motiv din cauza căruia statistica *Poliției Capitalei, București* nu este în concordanță cu statistica *Agenția Națională pentru Protecția Familiei* este faptul că foarte puține victime care solicită ajutorul psihologilor, asistenților sociali, medicilor, etc., alegând să nu depună plângere la Poliție împotriva agresorului. Astfel, în 2004, s-a înregistrat pe teritoriul României, un număr de 8 104 de victime ale violenței partenerului de viață; în 2006, numărul a crescut, ajungându-se la 9 372 de victime, iar în 2008, existau 11 534 de victime.

Tabelul 1. Situația cazurilor de violență în familie, aflate în evidența fostei ANPF, actuala ANPFDC (2004-2008)

<i>Anul</i>	<i>Numărul total de cazuri</i>
2004	8 104
2005	9 527
2006	9 372
2007	8 787
2008	11 534

Sursa: Prelucrare după: *Agenția Națională pentru Protecția Familiei (ANPF), Date Statistice.* (2009).

Pe de altă parte, în statistica fostei Agenții Naționale pentru Protecția Familiei, transformată în ANPFDC, există cazuri înregistrate, soldate cu decesul victimei și/sau agresorului. În 2005 sunt înregistrate cele mai multe decese, iar cifrele se mențin, după cum urmează. Se observă faptul că în 2007 și 2008, cifra deceselor cauzate de violențele dintre parteneri, se menține.

Tabelul 2. Situația deceselor cauzate de violențele dintre partenerii de viață (2004-2008)

Anul	Numărul total al deceselor pe fiecare an
2004	84
2005	169
2006	151
2007	136
2008	137

Sursa: Prelucrare după: *Agenția Națională pentru Protecția Familiei (ANPF), Date Statistice. (2009).*

Abuzul fizic are o pondere de 12,61%, în timp ce ponderea abuzului sexual este ceva mai mare și anume de 13,41% din totalul cazurilor de abuz. Abuzul emoțional este de 9,62%, fiind cel mai greu de demonstrat și de măsurat, victima fiind supusă anumitor teste care sunt menite să ateste dacă aceasta a suferit o traumă psihică sau nu. Există și copii forțați să muncească în condiții mizere, unde viața le poate fi pusă în pericol, ponderea acestora fiind de 3,55% în primele nouă luni ale anului 2008. Odată ajuns la maturitate, un copil care a suferit diverse traume în perioada copilăriei sale, poate dezvolta anumite comportamente considerate deviante și unele dintre ele pasibile cu pedeapsa privării de libertate. Se poate spune că „violența naște violență”, iar consecințele traumelor suferite în copilărie și adolescență se vor revărsa în prezentul adultului, cu preponderență în familia pe care si-o întemeiază.

Tabelul 3. Statistica situațiilor de abuz, neglijare și exploatare a copilului în primele 9 luni ale anului 2008, raportate la DGSAPC din țară:

Tipuri de abuz	Cazurile de abuz din totalul cazurilor instrumentate de către DGASPC, România	Totalul cazurilor instrumentate de către DGASPC, România	Urban	Rural	Total (%)
Abuz fizic (%)	12,61	88,59	5,57	7,04	100%
Abuz sexual (%)	13,41	87,39	1,35	2,06	100%
Neglijare (%)	58,65	42,55	25,02	33,63	100%
Abuz emoțional (%)	9,62	91,58	5,58	4,04	100%

Tipuri de abuz	Cazurile de abuz din totalul cazurilor instrumentate de către DGASPC, România	Totalul cazurilor instrumentate de către DGASPC, România	Urban	Rural	Total (%)
Exploatare prin muncă (%)	3,55	97,45	1,96	1,59	100%
Exploatare pentru comitere de infracțiuni (%)	1,03	99,97	0,76	0,27	100%
Totalul cazurilor de abuz (%)	88,87	12,13	40,24	48,63	100%

Sursa: Prelucrare după: *Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecție a Copilului din România* (2008).

Un studiu interesant a fost efectuat în anul 2003 de către *Organizația Gallup în România* numit Studiul asupra violenței împotriva femeilor din București⁴. Acesta este structurat în patru părți: A. Starea emoțională a femeilor (*Woman's Emotional State*); B. Violența împotriva femeilor în cadrul familiei (*Violence Against Woman Within the Family*); C. Hărțuirea sexuală (*Sexual Harassment*); D. Violența în spațiile publice (*Violence in Public Spaces*). Cercetarea a fost efectuată în perioada 2-14 mai 2003 în București, pe un eșantion de 854 de femei, cu vârsta cuprinsă între 18 și 65 de ani. Reiese faptul că majoritatea femeilor din București sunt satisfăcute de familiile lor, de felul în care se înțeleg cu cei din jur, de educație, slujbă și gospodărie. 43% din victimele violenței în familie au ales să nu spună nimănui despre faptul că au fost agresate de un membru al propriei familii, în timp ce numai 35% din femeile aflate în aceeași situație au avut tăria de a povesti altcuiva ce anume au pățit. Încrederea victimelor violenței în poliție e scăzută, 83% din acestea nu au sunat pentru a face o plângere, 21% considerând că nu a fost necesar, în timp ce 7% nu au încredere în poliție și în serviciile pe care le oferă.

Un alt studiu, de această dată efectuat de către *Centrul Parteneriat pentru Egalitate*, din România în anul 2003, cu titlul: „*Cercetarea Națională*

⁴ Survey on Violence Against Woman in Bucharest, The Gallup Organization Romania. 21.04.2007. 2003. Disponibil online la:

*privind Violența în Familie și la Locul de Muncă*⁵. La cercetare au participat specialiști din diverse domenii de activitate, asigurând o privire de ansamblu cât mai cuprinzătoare asupra fenomenului studiat. Culegerea datelor a fost cuprinsă într-un interval de timp de 12 luni, în anul 2003. În acest timp au fost înregistrate aproximativ 800.000 de femei care s-au confruntat cu violența în familie. În România există un anumit grad de toleranță în ceea ce privește violența asupra femeii și copilului, toleranță bazată mai ales pe cultură și socializarea în funcție de gen.

Este imediat observată o creștere constantă a numărului victimelor. Trebuie spus că, de multe ori, victima dorește să se împacă cu partenerul agresiv; de asemenea, există copii; victima se teme de amenințările agresorului; nu dispune de mijloacele materiale, locative pentru a se separa definitiv de agresor; nu consideră că este abuzată, ci doar că trece printr-o perioadă „mai dificilă” a vieții de cuplu.

Concluzii

Violența a existat în toate timpurile, în toate țările și civilizațiile, constituind una din problemele majore ale societății. Țara noastră este abia la începutul drumului în ceea ce privește înțelegerea, studierea și implicit strategia de intervenție în vederea ameliorării sau diminuării violenței dintre partenerii de viață. În ciuda demersurilor legislative naționale și internaționale, violența în cuplul heterosexual, continuă să existe. Mai mult, în unele comunități, respectiv familii influențate de *ideologia patriarhală*, consideră violența fizică o formă de a ține sub control femeia și copiii.

Socializarea primară în funcție de gen („cei șapte ani de acasă”) contribuie în mod substanțial la întărirea rolului bărbatului de „șef suprem cu drepturi depline” asupra membrilor familiei sale, încurajând astfel abuzul de orice fel. De aici trebuie reținut un lucru simplu, la prima vedere, dar foarte important, anume faptul că acesta se dezvoltă de-a lungul vieții sale pe mai multe paliere.

Dezamăgirea victimei, conform cercetării de față, începe odată cu decizia ei de a se apăra de agresor, apelând la serviciile existente la ora actuală. Insuficiența locurilor disponibile în Centrele de Primire în regim de Urgență a Victimelor, ineficiența de care dă dovadă legislația în vigoare și neputința autorităților în fața unei asemenea provocări, fac din solicitarea de

⁵ Centrul Parteneriat pentru Egalitate. (2003). *Cercetarea Națională privind Violența în Familie și la Locul de Muncă*. Disponibil online la: . Accesat la data de: 09.10.2010. Din păcate nu există publicată, pusă la dispoziția publicului larg, ce să continue linia prezentei cercetări.

ajutor a victimei un demers inutil. Deși există mai multe organizații nonguvernamentale acreditate ce colaborează cu instituțiile de stat în vederea prevenirii și combaterii violenței domestice, ele nu pot răspunde volumului de solicitări. Insuficiența resurselor materiale și a specialiștilor cu înalte calificări în domeniu sunt numai câteva din principalele curențe ale sistemului. De multe ori (mai ales în mediul rural), victimele nu au acces la informație și nu își cunosc drepturile. Nu știu unde anume pot solicita ajutor, sprijin pentru a se putea apăra de abuzurile partenerului de viață. Victima care ia decizia de a părăsi partenerul agresiv, va întâmpina o serie de dificultăți de ordin economic, locativ, psihologic, social, familial, etc. În primul rând, victimei i se solicită un certificat medico-legal constatator al abuzurilor la care a fost supusă, astfel încât să poată avea acces la anumite servicii de suport specializat și să poată acționa în instanță, conform cu prevederile legale în vigoare. Obținerea unui certificat medico-legal de către victimă implică unele cunoștințe despre procedură, bani, timp și mai ales curajul de a-și expune viața, suferința și drama personală „pe tapet” pentru a fi analizate, evaluate. Și acesta este de multe ori un motiv în plus pentru victimă atunci când ia hotărârea de a continua relația abuzivă.

România nu abordează situația bărbaților abuzați de către partenererele de viață, neexistând nici un fel de servicii specializate în domeniu. Este un fapt ce poate fi pus pe seama presupuziției că există un număr nesemnificativ de asemenea victime care oricum nu ar solicita ajutor, temându-se de blamarea societății.

Atât victimele, cât și specialiștii intervievați au ajuns la un acord comun în ceea ce privește *aria cauzelor* abuzurilor partenerului de viață. Printre principalele cauze se regăsesc: gelozia, consumul de băuturi alcoolice (în general, din categoria spirtoase), concepția patriarhală cu privire la „îndreptățirea” comportamentului abuziv al bărbatului față de femeie și chiar intervenția nefastă a membrilor familiilor de origine ale partenerilor.

Bibliografie

- Banciu, D., Rădulescu, S. M., Teodorescu, V., 2002, *Tendințe actuale ale crimei și criminalității în România*, Editura Lumina Lex, București.
- Banciu, D., 2005, *Crima și criminalitatea. Repere și abordări juris-sociologice*, Editura Lumina Lex, București.
- Bhattacharyya, G., 2008, *Dangerous Brown Men: Exploiting Sex, Violence and Feminism in the War on Terror*, Long House Publishing Services, London..
- Curic, I. și Văețiși, L., 2005, *Inegalitatea de gen: violența invizibilă*, Editura Eikon, Cluj-Napoca.
- Dobash, R.P. și Dobash, R.E., 1992, *Women violence and social change*, Routledge, London.

- Dutton, D.G., 2007, *Thinking Outside the Box: Gender and Court-Mandated Therapy*, în Hamel, J. și Nicollos, T.L. (eds.). *Family Interventions in Domestic Violence. A Handbook of Gender-Inclusive Theory and Treatment*, Springer Publishing Company, New York. 27-58.
- Dutton, D.G. și Corva, K., 2006, *Transforming a flawed policy: A call to revive psychology and science in domestic violence research and practice. Aggression and Violent Behavior*, 11, 5, 453-483.
- Lipovetsky, G., Ruba, S.R. și Vrabie, M. [1997], 2000, *A treia femeie*, Editura Univers, (Trad. Rom. Ruba, R.S. și Vrabie, M.), București
- Mitrofan, I. 1989, *Cuplul conjugal, armonie și dizarmonie*, Editura Științifică și Enciclopedică, București.
- Muntean, A. [2003], 2011, *Violența în familie și maltratarea copilului*, în Neamțu, G., (coord.). *Tratat de asistență socială*, Editura Polirom, Iași. 421-437.
- Rădulescu, M.S. și Dâmboeanu, C. 2006. *Consumul și abuzul de alcool ca problemă socială și medicală*, Revista Română de Sociologie, București 5-6, 433-461.
- Rădulescu, M.S., 2010 *Sociologia devianței și a problemelor sociale*, Editura Lumina Lex, București.
- Rujoiu, O. și Rujoiu, V.I., 2010, *Vest și Est. Cultura violenței și emoțiile sociale*, Editura ASE, București.
- Straus, M.A. și Yllo, K., 1984 *Patriarchy and violence against wives: The impact of structural and normative factors*, Journal of International and Comparative Social Welfare. 1, 16-29.
- Voinea, M., 2005, *Familia contemporană. Mică enciclopedie*, Editura Focus, București.
- Walker L. E., 1980, *The battered woman syndrome*, Editura Harper and Row. Ediția a 3-a, Philadelphia.
- Whitfield, J.B., 2001, *Genes for alcohol metabolism and alcohol sensitivity*, în Agarwal, D.P. și Seitz, H.K. (eds.). *Alcohol in health and disease*, Marcel Dekker, Inc. New York. 27-48.
- Zamfir, E., 1997, *Psihologie socială. Texte alese*, Editura Ankarom, Iași.
- Zamfir, E., 2002, *Politici sociale privind familia*, în Pop, L. M. (coord.), *Dicționar de politici sociale*, Editura Expert, București. 645-662.
- Zamfir, E. și Zamfir, C., 2000, *Situația femeii în România*, Editura Expert, București.
- Zlate, M., 2000, *Introducere în psihologie*, Editura Polirom, Iași.
- *** (Agenția Națională pentru Protecția Familiei (ANPF), *Date Statistice*. 2009).
- *** (Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecție a Copilului din România. 2008).
- *** (Survey on Violence Against Woman in Bucharest, The Gallup Organization Romania. 21.04.2007. 2003. Disponibil online la:)
- *** (Centrul Parteneriat pentru Egalitate. (2003). *Cercetarea Națională privind Violența în Familie și la Locul de Muncă*. Disponibil online la:)
- *** (Prelucrare după: *Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecție a Copilului din România*. 2008).

Politica de suport pentru populația de romi: o trecere în revistă

CĂTĂLIN ZAMFIR

O trecere sumară în revistă a situației romilor

În momentul actual, problema populației de romi se află în România, dar și în Europa, într-un punct critic.

În centrul și estul Europei, cea mai mare parte a populației de romi are o situație social-economică precară, caracterizată de o sărăcie severă și o poziție marginală: nivel scăzut de educație, ocupare marginală și fluctuantă, condiții proaste de locuit, accentuate de atitudinea tradițională de discriminare, imagine negativă, dar și de un stil de viață tradițional caracterizat ca o strategie de supraviețuire în poziția de sărăcie severă și marginalizare care accentua separarea de restul populației.

Situația social-economică a romilor, deși nu există date clare, pare a se fi înrăutățit pe ansamblu în ultimele decenii. Chiar dacă s-au produs îmbunătățiri a unui segment al populației de romi, dar cu siguranță segmentul majoritar sărac s-a lărgit și adâncit în sărăcie. Polarizarea social-economică a romilor a fost în perioada tranziției accentuată. Beneficiile și costurile au fost distribuite foarte inegal.

Probabil că cel mai grav aspect este apariția și creșterea unor **pungi de sărăcie severă**, populate aproape în totalitate de romi: adevărate ghetouri care accentuează și fixează excluziunea. Sunt romi individuali difuzați în masa populației dominante, mai ușor de susținut prin politici de intervenție. Dificultatea actuală este a pungilor de sărăcie adâncite într-o sărăcie multiplă extremă, greu de resorbit social. Reproducerea generațională a mizeriei se accentuează în aceste pungi/ghetouri.

Comunitățile de romi reprezintă o concentrare a tuturor problemelor interpelate: nivel scăzut de ocupare, sărăcie severă, locuințe precare, sau chiar improvizate, participare școlară scăzută, acces la sănătate marginală, acces subminimal la utilitățile publice (electricitate, apă, canalizare), izolare spațială cu mijloace de transport insuficiente.

Cea mai mare parte a populației de romi trăiește în comunități mari (de peste 500 persoane) sau medii (între 200 și 500).

Circa 60% din totalul comunităților de romi sunt sărace, iar la nivelul acestora trăiește mai mult de 50% din totalul populației de etnie romă¹.

Barometrul Incluziunii Romilor (BIR), editat de FSD, București, 2006.

În 2007, cercetările reunite în Barometrul Incluziunii Romilor (Fundația pentru o Societate Deschisă), arătau că romii trăiesc în marea lor majoritate în zonele periferice ale localităților (83%), în comunități compacte (77%). Doar 40% dintre ei dețin o locuință în proprietate și un sfert locuiesc în case proprietatea părinților, preponderent în mediul rural. În mediul urban, 14,2% au locuințe închiriate de la stat și doar 1,2% locuințe sociale. Un procent de 66% din populația aparținând minorității rome au un contract legal valabil, 4% au contracte expirate iar 30% nu au nici o formă de contract a locuinței în care stau. Un procent semnificativ (2,7%) trăiesc în locuințe improvizate, aproximativ 13% dintre romii ce nu au acces la electricitate în casă, față de 2% din cetățenii aparținând altor etnii. În zonele urbane doar 27% dintre cetățenii aparținând minorității rome au apă curentă în casă, față de 90% dintre cei de alte etnii, 53% dintre gospodăriile rome erau dotate cu frigider, față de 92% ale persoanelor care aparțin altor etnii, iar 8% dintre gospodăriile rome aveau un calculator, față de 24% dintre vecinii care nu aparțin minorității rome din aceleași localități.

Probabil că existau și înainte, mai ales la sate, grupări de romi cu un grad ridicat de izolare față de cealaltă populație. Dar ele au explodat după 1989 datorită mai multor factori: retrocedarea locuințelor către vechii proprietari și expulzarea lor din locuințe, creșterea prețului terenului și a locuințelor, scăderea sistemului salarial care a afectat masiv pe romi, ocupații precare, cu venituri scăzute și nesigure; la care se adaugă politica neoliberală, a „statului mic”. Se accentuează segregarea spațială². În lipsa unei strategii teritoriale/urbane locale care să ofere un spațiu de construcție decentă, s-a produs plasarea informală grupată a romilor.

¹ „Comunitățile de Romi din România. O hartă a sărăciei comunitare prin sondajul PROROMI”, iulie 2005.

² Programul SPAREX coordonat de Eniko Vincze.

Precaritatea condițiilor de viață ale majorității romilor prezintă un nivel foarte ridicat de *interdependență* a deficitelor în toate sferele vieții, la care se adaugă o mare *constanță în timp a acestora*. Aceasta face ca problemele sociale ale romilor să fie sistemice: intervenția pe un anumit component este anulat de interacțiunea cu celelalte probleme; în plus, problemele romilor nu sunt individuale, ci colective. Ele sunt ale întregii comunități. În plus, se pare că cele mai multe pungi de sărăcie probabil în loc de a fi absorbite au crescut ca dimensiuni și s-au adâncit în sărăcie și excluziune socială. Excluziunea are deci un caracter *integrat, atât la nivel individual, cât și colectiv*. În plus, ele au mare constanță în tot cursul vieții (deficitul de școlaritate are efecte pe toată viața) și tind să se transmită de la o generație la alta.

Putem formula, în concluzie, problema romilor constituită în istorie în următorii termeni: *o situație social-economică precară întărită de un stil de viață dezvoltat ca strategie de supraviețuire în condiții de sărăcie severă și marginalizare*.

Stilurile de viață tradiționale ale tuturor populațiilor cunosc o continuă schimbare în procesul de integrare într-un proces colectiv de modernizare. Starea de fixare a marginalității, în condiții de sărăcie extremă, a încetinit procesul de modernizare a stilului de viață tradițional al romilor și, ceea ce este mult mai grav, o subdezvoltare cronică a culturii roma. Succesul social, integrare în modul modern de viață, a însemnat pentru mulți romi abandonul stilului de viață tradițional și a culturii roma și de integrare în contextul social-cultural dominant. Acest proces se produce la toate minoritățile etnice.

Toate recensămintele se confruntă cu o problemă care într-o oarecare măsură este normală. Doar o parte din populația de romi, după estimările făcute de sociologi, se ridică până la jumătate, nu se declară la recensăminte ca romi, ci români sau, în unele comunități maghiare se declară maghiari. De altfel, *Constituția țării* a plasat autoidentificarea etnică ca un drept individual.

Nu există studii asupra mecanismelor autoidentificării etnice a unei părți importante a populației de romi. În mentalitatea colectivă există unele explicații: teama de discriminare (care probabil este o parte a explicației) sau pentru a evita imaginea colectivă negativă asociată cu poziția de rom (și ea probabil parțial corectă). Dar cu siguranță, mulți romi se integrează în modul de viață al comunității dominante, cu un nivel de modernizare mult mai ridicat și consideră că, părăsind stilul de viață „țigănesc” tradițional se despart cel puțin parțial de apartenența etnică tradițională. Și în multe cazuri, este vorba de o dublă identificare: identificare ca aparținând la comunitatea dominantă și a minorității etnice.

În timpul celui de al doilea Război mondial, regimul antonescian, la presiunea și exemplul Germaniei fasciste, a făcut un act cu efecte traumatizante pentru romi: exportarea unora dintre romi în Transnistria. Frica deportărilor pare să fi rămas încă vie în conștiința generațiilor trecute.

Starea de sărăcie este produsă de configurația prezentă a economiei. Dar ea este accentuată la populația de romi de doi factori. În primul rând de transmiterea de la o generație la alta: lipsa de resurse, de suport, inclusiv transmiterea de proprietate la noua generație. Al doilea este stilul de viață. Documentele UE vorbesc de mentalitatea care trebuie schimbată atât la populația dominantă, cât și la romi. Dar mentalitatea este fixată în stilurile de viață cristalizate istoric și care se transmit și ele de la generație la generație.

Presiunea europeană este ca România să dezvolte programe de suport, dar se manifestă și asupra UE să acorde un sprijin mai substanțial, politic și economic.

În cei 24 de ani de tranziție, s-a dezvoltat o politică națională și europeană de suport pentru romi. Ele se confruntă, după o acumulare care ar putea fi considerată a fi spectaculoasă, cu o criză care poate fi numită de creștere; dar și o criză generată de actuala criză economică și de dezvoltări sociale dezechilibrate. Pe baza experienței acumulate a devenit clar că sunt progrese, sunt foarte multe lucruri foarte bune, dar și semne de ineficiență și ignorare a unor probleme în curs de agravare.

Este nevoie de o revedere a întregii politici pentru a crește eficiența sa, și ANR are aici un rol crucial. Este misiunea sa de a realiza o revedere a concepției politice de suport și de perfecționare/corectare a deficiențelor ei.

Romii în politica românească

Perioada de după dezrobirea Țiganilor într-o Românie la începutul modernizării. În conștiința publică tradițională, Țiganii erau percepuți ca o populație marginală, acceptată funcțional, dar la marginea societății și a economiei, însoțită de o imagine publică predominant negativă, cu accentuarea diferenței structurale dintre stilul de viață al Țiganilor și cursul de modernizare al Europei. Dezrobirea Țiganilor a reprezentat un act politic de o mare însemnătate, el fiind adoptat nu sub o presiune politică externă, ci ca o componentă a afirmării unei politici umanist-reformiste de modernizare a României. Acel act politic a rămas ca un început de reconsiderare a comunității de Țigani ca parte componentă a societății românești.

Se pot remarca totodată manifestări culturale și chiar politice notabile. Se prefigurează cristalizarea unei clase mijlocii de romi deosebit de dinamică. Dar masa imensă de romi rămasă în subdezvoltare socială și

economică, marginalizată social-economic și ca stil de viață. Unii romi s-au integrat în modul de viață modern. Marea majoritatea a populației de romi au reprodus de la generație la generație poziția social-economică marginală, rămânând închisă într-un stil de viață tradițional, adaptat la poziția de sărăcie severă și marginalitate.

Cu siguranță, au început să aibă loc schimbări în stilul de viață tradițional al populației de romi prin adaptarea la modul de viață modern și de integrare în masa etniei dominante. Unele schimbări au fost probabil și negative: noi adaptări la situația precară a mării majorității de romi. Din păcate nu s-au întreprins studii asupra acestor tendințe de schimbare. Domină în consecință percepția colectivă, despre care încă e greu de știut în ce măsură este corectă sau nu că stilul de viață moștenit tradițional menține și tânăra generație într-un fel de închisoare care îi fixează în situații de marginalizare sau se află într-un proces de schimbare.

Romii s-au înscris ca oameni liberi în noul context politic, dar săraci, cu educație scăzută, supuși unei imagini publice negative, dar și prizonieri ai transiterii stilului de viață tradițional care conservă marginalitatea de supraviețuire în condiții de sărăcie severă.

Perioada comunistă: o evoluție confuză. Romii au fost singura etnie nerecunoscută de către statul comunist. Din acest motiv, începuturile de manifestare politică și culturală a romilor în perioada de modernizare a României înainte de război au fost blocate. Cultura romă a cunoscut un regres: limba romani a rămas a limbă orală, manifestările artistice nu au fost încurajate. Cultura romă a fost considerată tacit ca o cultură a subdezvoltării, iremediabil în dispariție, fără șanse de dezvoltare. Nerecunoscută formal a etniei romi, nu a existat o discriminare politic-administrativă, dar imaginea publică negativă cu efectele ei discriminatorii a fost, fără îndoială, dominantă. Marginalizată și nerecunoscută social-politic, cei mai mulți au considerat că șansa istorică a țiganilor nu era afirmarea lor etnică, ci dimpotrivă, integrarea social-economică și etnică în populația majoritară.

Romii au avut în această perioadă și beneficii sociale importante. Participarea școlară a crescut substanțial. Încadrarea în sistemul muncii salariale a crescut rapid. Mulți au primit locuințe. Dar criza economică a sistemului comunist de la sfârșitul anilor '70 și accentuată în anii '80 a afectat în mod special pe romi. Ei au fost primii dați afară din sistemul salarial. Mai ales în anii '80 situația social-economică a romilor a cunoscut un reflux accentuat. De abia ieșiți din sărăcie, romii au fost reîmpinși în sărăcie și marginalitate. Datele obținute în cercetările din anii '90, au scos în evidență că generația care a ajuns la maturitate în anii '70-'80, a cunoscut un grad de educație și o încadrare în sistemul salarial semnificativ mai scăzut decât

generația anilor '60³. Situația social-economică a populației rome a suportat probabil costul cel mai ridicat al crizei sistemului comunist. Datele indică faptul că sărăcirea romilor a fost în anii '70-'80 mult mai accentuată decât restul populației. Datorită unui complex de condiții (lipsa proprietății pământului, nivelul tradițional mai scăzut de școlaritate, munci precare, evident, și discriminarea informală au fost factori importanți.

În ultima perioadă a regimului comunist, au început să se manifeste politic și câțiva intelectuali romi. Este de exemplu activitatea sociologului Gheorghe Nicolae care a militat foarte activ pentru recunoașterea politică a etniei rome. Doar un exemplu: pentru a forța recunoașterea culturală și politică a romilor, Gheorghe Nicolae a tradus în romani discursurile politice ale lui Nicolae Ceaușescu.

Revoluția din 1989: eliberarea politică și socială a romilor. În entuziasmul Revoluției s-au multiplicat forme de afirmare a identității etnice rome și a promovării intereselor comunității rome. Liderii romi au devenit activi în afirmarea drepturilor etniei rome, în recunoașterea etniei și în promovarea unor măsuri politice de suport. În entuziasmul Revoluției, romii au beneficiat și de schimbări în imaginea colectivă.

Etnia romă a fost recunoscută politic ca o etnie distinctă, cu drepturi similare cu celelalte grupuri etnice.

Rapid se coagulează formații politice ale romilor.

La oportunitățile de afirmare politică și culturală a romilor s-a adăugat și cristalizarea unei voințe politice a majorității de a sprijini pe romi. Desigur, această atitudine a fost la început confuză și contradictorie, limitată de imaginile publice negative și de variate forme de discriminare informală. O schimbare rapidă a atitudinii față de romi la nivel informal, nu era de așteptat. Dar s-a produs o schimbare de atitudine publică: recunoașterea situației social-economice dificile a romilor și voința de a lua măsuri de suport colective. Încep să apară măsuri de discriminare pozitivă.

Procesul de afirmare culturală și politică a etniei a avut evident un impact asupra stilului de viață și a mentalității colective.

Este semnificativ faptul că în Strategile pentru romi, al doilea obiectiv strategic este „*Sprijinirea și promovarea unei elite intelectuale și economice din rândul romilor, care să funcționeze ca facilitator al politicilor de integrare socială și de modernizare*”.

³ Zamfir Elena, Zamfir Cătălin coord., *Tigani în ignorare și îngrijorare*, Editura Alternative, București, 1993.

O schimbare de politică: declanșarea unui proces de includere a suportului pentru romi în mecanismul instituțional public

1989-2000

Afirmarea legitimității afirmării romilor ca o etnie cu drepturi distincte s-a petrecut încă din primele zile ale Revoluției din 1989.

Și în comunitatea română dominantă au apărut încă de la început nu numai tendințe de schimbări de atitudine, dar și de măsuri instituționale de suport. Încep să fie adoptate măsuri de ***includere a problemelor populației de romi în sistemul instituțional public***. Este importantă recunoașterea publică a faptului că populația de romi se confruntă cu probleme social-economice grave, la care se adaugă și cele de submanifestare a culturii rome. O asemenea recunoaștere a gravității problemelor cu care romii se confruntă a generat în sistemul instituțional public unele funcții publice de suport centrate pe situația romilor.

Este de remarcat de asemenea faptul că de la început politica românească față de romi a fost caracterizată de considerarea ca prioritară a suportului social-economic, integrarea socială și economică a romilor și, deși importantă, doar ca un obiectiv complementar/secundar combaterea discriminării, a schimbării imaginii publice negative.

Primele măsuri pozitive importante au fost centrate de includerea în sistemul instituțional public a unor măsuri ***proromi*** și un început de construcție instituțională de suport pentru romi. Se pot cita câteva asemenea măsuri. Există cu siguranță și altele.

În 1990 a fost angajat în *Ministerul Muncii și Protecției Sociale* un expert rom, sociologul Vasile Burtea, cu o funcție distinctă de a introduce problematica socială a romilor în misiunea Ministerului.

În 1991 prin Ordin al Ministrului Muncii și Protecției Sociale, s-a impus consiliilor județene angajarea a câte unui expert rom cu sarcini speciale pe problematica romilor. Din cele 47 de județe, au fost angajați în aproximativ jumătate dintre județe. A fost deci un început de a include în sistemul public problematica social-economică a romilor într-un mod distinct. În acest fel s-a produs o deschidere a sistemului public pentru dezvoltarea unor structuri/funcții publice orientate special pe problemele romilor. Inevitabil procesul a fost dificil pentru că era o problemă instituțională complet nouă: introducerea în sistemul public a unei funcții speciale cu obiective social-economice dedicate unui segment etnic de populație.

În 1992, s-a deschis o nouă politică educațională prin acordarea, pentru prima dată a câte 10 locuri la Facultățile de Asistență Socială pentru romi la principalele trei universități din țară. Ulterior, constant, s-au acordat locuri speciale pentru tinerii romi în sistemul universitar și în licee. Este o politică de formare a intelectualilor/liderilor romi și de schimbare a imaginii publice, dar și de încurajare a tinerilor romi de a se integra la vârful procesului de modernizare.

În 1993 este constituit *Consiliul pentru Minoritățile Naționale* (CMN), organ consultativ al Guvernului României, cu atribuții legislative, administrative și financiare pentru toate minoritățile naționale din România, în vederea susținerii exersării drepturilor sociale, politice și culturale ale minorităților naționale, inclusiv ale minorității rome.

Cercetările sociologice realizate de către Institutul de Cercetare a Calității Vieții asupra situației social-economice a romilor realizate în anii '90, o premieră mondială, atât ca tematică, și, cu siguranță, ca amploare. Cercetările sociologice au avertizat actorul politic și opinia publică că situația social-economică precară a unui segment important de populație (romii) este explozivă și că ea trebuie luată ca preocupare politică și publică prioritară.

În cea de a doua parte a anilor '90 a apărut un nou factor internațional: declanșarea unui proces de integrare a României în structurile occidentale. Un criteriu politic important al aderării României la NATO și UE a fost crearea unor instituții publice dedicate suportului pentru romi. Soluționarea situației romilor a constituit unul dintre criteriile politice de aderare a României, monitorizată de CE prin rapoartele anuale de progres.

În 1997, s-a înființat *Departamentul pentru Protecția Minorităților Naționale (DPMN)*, subordonat primului-ministru. În cadrul acestui departament s-a constituit *Oficiul Național pentru Integrarea Socială a Romilor (ONISR)*, denumire modificată în același an în *Oficiul Național pentru Romi (ONR)* și care a rezistat până în 2001 când a fost redenumit *Oficiul pentru Problemele Romilor (OPR)*. În același an s-au înființat primele **birouri teritoriale** în cadrul DPMN, în localitățile Cluj-Napoca, Suceava și Constanța și în anul următor în Arad și în Turnu-Severin.

În 1998, s-a constituit în cadrul DPMN *Comitetul Interministerial pentru Minoritățile Naționale* cu scopul de a elabora prima politică publică de după 1998: *Strategia Guvernului pentru îmbunătățirea situației Romilor*.

2001-2004: adoptarea primei Strategii

Construcția instituțională guvernamentală:

- În diferite forme, au continuat structurile instituționale înființate înainte: *Oficiul pentru problemele romilor* din structura *Departamentului pentru Relații Interetnice*, limitat la relațiile interetnice și, în subsidiar, integrarea socială a romilor
- În 2004, *Oficiul* a fost înlocuit cu o instituție cu un statut guvernamental mult superior: **Agenția Națională pentru Romi (ANR)**. (Legea nr. 7 din 28 februarie 2005 privind aprobarea Ordonanța de Urgență nr. 78 din 7 octombrie 2004 pentru înființarea Agenției Naționale pentru Romi, HG Nr. 1703 din 14 octombrie, completată și modificată în 2005 și 2009) – o instituție guvernamentală distinctă: „organ de specialitate al administrației publice centrale, cu personalitate juridică, în subordinea Guvernului” (Art. 1 par. 1). Este „coordonată de ministrul pentru coordonarea Secretariatului General al Guvernului” (Art. 1, par. 2). ANR are ca misiune să se ocupe în ansamblu de situația social-economică a populației de romi, nu numai de problemele specifice unei minorități etnice; de combaterea discriminării și de promovarea culturii romilor.

Observăm că *Oficiul* înființat în 1997, până în 2001, deși e prima instituție guvernamentală care se ocupă special de problemele romilor, a fost instituțional coordonată și subordonată instituției care se ocupă de relațiile interetnice. Înființarea ANR în 2004 oferă o poziție instituțională nu numai superioară, dar și cu misiunea de a susține global, în toate componentele, populația de romi.

Adoptarea în aprilie 2001 a primei Strategii guvernamentale de suport pentru romi (Strategia I)

Strategia a fost proiectată pentru perioada 2001-2010. Axul central al noii politici, concretizată în **Strategie**, promova două direcții de acțiune:

- a. Construcția unui sistem instituțional public, introducând la toate nivelele administrației publice unele funcții specializate pe problemele social-economice ale romilor. Schema instituțională promovată atunci avea să dureze, cu anumite fluctuații.
- b. Promovarea de măsuri proromi în principalele domenii sociale: ocupație, educație, sănătate, locuire, antidiscriminare.

Pe baza Strategiei, guvernul a adoptat un **Plan de implementare a acesteia**, pe durata guvernării: 2001-2004, cu deschidere de măsuri pe

următoarea perioadă până în 2010. Urma ca fiecare guvernare să elaboreze, pe baza Strategiei, cu modificările pe care le considera, propriul Plan de activitate.

Obiectivul Strategiei/Planului 2001 a fost: *„Instituționalizarea obiectivelor politice asumate de Guvern în problematica romilor și responsabilizarea autorităților publice centrale și locale în aplicarea măsurilor concrete de îmbunătățire a situației cetățenilor români de etnie romă”*.

De remarcat, Planul conținea termene precise și foarte strânse de creare a noilor instituții. Aproape toate noile structuri instituționale proromi urmau să fie realizate în prima parte a anului 2001.

- Înființarea Comitetului mixt de monitorizare și implementare a Planului: 29 iunie 2001.
- Înființarea Consiliului Național pentru prevenirea discriminării: 24 mai 2001.
- Constituirea comisiilor ministeriale pentru romi în vederea aplicării sectoriale a Strategiei: 31 mai 2001.
- Constituirea la nivelul prefecturilor a *Birourilor județene pentru romi* (BJR). Birourile vor elabora Planul județean de acțiune și vor coordona consilierii pentru romi de la primării: 28 septembrie 2001.
- Numirea consilierilor locali pentru romi, la nivelul primăriilor (acolo unde organizațiile de romi solicită). Aceștia vor elabora Planul local de acțiune „Romii 2001-2004”: 28 septembrie 2001.
- Înființarea Comisiei pentru evaluare a proiectelor pentru îndeplinirea Strategiei: 28 septembrie 2001.
- Constituirea Fundației de interes public pentru romi: 1 septembrie 2001.
- Cursuri de instruire a personalului public: 30 octombrie 2001.
- Organizarea la nivel județean a unor *Grupuri de lucru mixte*, CLM, compuse din membri ai Birourilor județene pentru romi, consilieri pentru romi, reprezentanți ONG, reprezentanți aleși ai comunităților de romi. La nivel local (orașe, comune, sate, cătune) *Grupuri de inițiativă locale* (GIL), respectiv *Grupuri de lucru locale* (GLL).
- Misiune: evaluarea principalelor nevoi ale populației de romi și aplicarea programelor: 15 octombrie 2001.
- Birourile județene pentru romi prezintă, pe baza centralizării planurilor locale, Planul județean de acțiune „Romii 2001-2004”: 14 decembrie 2001.
- Publicarea anuală a evaluării stadiului de implementare a Strategiei: 15 martie anual.

- Derularea Planului național de dezvoltare locală a comunităților de romi: permanent.

Prin implementarea în același an a Planului elaborat în 2001 sistemul instituțional de suport pentru romi era încheiat și, cu mici modificări și adaptări, funcționează și în prezent. El a reprezentat o adevărată reformă instituțională proromi.

În această perioadă s-au constituit și alte structuri instituționale și strategii de soluționare a problemelor sociale. În 2001 s-a constituit *Consiliul Antisărăcie și Promovare a Incluziunii Sociale (CASPIS)*, al cărui președinte a fost prim-ministrul. Guvernul a aprobat în 2002 *Planul Național Antisărăcie și Promovare a Incluziunii Sociale (PNAinc)*. În 2004 s-a elaborat, prin consultare cu experții UE, *Join Inclusion Memorandum (JIM)* care a fost semnat la Bruxelles în 2005. Ambele documente conțin capitole speciale dedicate politicii de suport pentru romi.

2005-2008: adoptarea unei noi variante a Strategiei 2001

Cum era prevăzut în Strategia 2001, noua guvernare instaurată la începutul lui 2005 urma să elaboreze o revedere a Strategiei și să prevadă implementarea sa în perioada 2005-2008. După o întârziere de un an, se adopta o nouă variantă a *Strategiei pentru romi (Strategia II – aprilie 2006)* și noul Plan, referitor la perioada 2006-2008.

Planul 2001-2002 cuprindea **123** obiective care urmau să fi implementate de la începutul guvernării. Implementarea noilor instituții, la toate nivelele administrației publice, erau programate cele mai multe în 2001 și câteva în al doilea an, în 2002. La acestea se adăugau obiective în domeniul educației, ocupării, sănătății, locuirii. Planul 2006-2008 cuprindea doar **39** obiective/măsuri, la care se pot adăuga câteva prevederi de reafirmare a structurilor instituționale prevăzute în Planul inițial. În noul Plan, formularea lor este mai degrabă într-o formă generală, reprezentând mai mult bune intenții, fără a se stabili ținte clare și termene.

Noua formă a Strategiei adoptată în 2006 nu conținea, așa cum ar fi fost necesar, o evaluare a ceea ce se realizase și ce nu în perioada anterioară, pentru a se lansa noile orientări.

Din 2008, cum se prevăzuse, nu s-a mai adoptat un nou Plan de implementare a Strategiei pentru perioada următoare.

2008-2012: a treia variantă a Strategiei

Strategia adoptată în 2001 era prevăzută a acționa pe o perioadă de 10 ani: până în 2010, se prevedea ca strategia și planul de implementare să fie revăzute și completate ori de câte ori se consideră a fi necesar. Strategia a fost revăzută în 2006, dar nu fundamental. Comisia UE, într-un document cadru, a cerut statelor membre să elaboreze strategii pentru romi până în 2011. Se poate presupune că această cerință expresă a făcut ca Guvernarea să reia tema revederii Strategiei din 2006. La sfârșitul lui 2011/ianuarie 2012 a fost adoptată o formă modificată a Strategiei din 2001/2006, asociată cu un Plan pentru 2012-2014: *Strategia III*. Noul act prevedea elaborarea unei noi strategii/revederea strategiei existente pentru perioada 2014-2020. Termenul era sfârșitul lui 2013.

Finalizarea noii Strategii era programată a se realiza la începutul lui 2014. Coordonarea acestei sarcini revenea, conform legii, ANR-ului.

ANR, incluzând atât personalul la nivel central și cel regional, care și așa avea un deficit de personal în raport cu misiunea sa, a fost redus drastic în 2009: de la 48 de posturi la 30 (HG nr.1395/2009).

Realizarea planului a fost parțială, mai ales datorită unei descentralizări insuficient gândite, care a delegat responsabilitatea autorităților publice locale, multe dintre ele lipsite de resurse, dar și de cadrul metodologic, care au aplicat doar parțial și confuz prevederile Strategiei. În plus, trebuie luat în considerare și scăderea drastică a controlului guvernamental asupra autorităților publice locale și județene.

Criza economică declanșată în 2008, pe fondul unei guvernări de dreapta, a accentuat deficitul de aplicare a Strategiei.

Bibliografie

Politica guvernului de suport pentru populația de romi s-a bazat pe câteva documente programatice:

- *Strategia Guvernului României de îmbunătățire a situației romilor*, 2001.
- *Strategia Guvernului României de îmbunătățire a situației romilor*, 2006.
- *Strategia Guvernului României de incluziune a cetățenilor României aparținând minorității romilor pentru perioada 2011-2020*, 2012.
- *Deceniul de Incluziune a Romilor 2005-2015*, reprezentând un angajament al Guvernului României în plan internațional, 2006.
- *Planul Național anti-sărăcie și Promovare a Incluziunii Sociale (PNAinc)*, 2002.
- *Memorandumul Comun în Domeniul Incluziunii Sociale (JIM)*, 2005.
- *Planul Național de Dezvoltare al României 2007-2013 (PNDR)*, 2005.

Studii/cărți:

- Bădescu Gabriel, Grigoraș Vlad, Rughiniș Cosima, Voicu Mălina, Voicu Bogdan, 2007, *Roma Inclusion Barometre*, Open Society Foundation, on-line.
- Dumitru Sandu, *Comunitățile de romi din România. O hartă a sărăciei comunitare prin sondajul PROROMI*, Banca Mondială, București 2005.
- Ionescu Marica, *Dezvoltarea socială a minorității romilor din România, Analiza instituțiilor, a politicilor și a proiectelor naționale reflectată în documentele instituțiilor europene. Teză de doctorat*, 2010.
- Preoteasa Ana Maria, Cace Sorin, Gelu Duminiță, *Strategia Națională de îmbunătățire a situației comunităților*, Editura Expert, București, 2009.
- Vincze Eniko, coord., *Programul SPAREX*.
- Zamfir Elena, Zamfir Cătălin, coord., *Țigani în ignorare și îngrijorare*, Editura Alternative, București, 1993.
- Zamfir Cătălin, Preda Marian, *Romii în România*, Editura Expert, București, 2002.
- Zamfir Elena, Burtea Vasile, *Prezent și perspective în cultura romă în viziunea intelectualilor, liderilor și oamenilor de succes romi*, Editura Grupul de Presă PPB, București, 2012.

PARTEA a V-a

**POLITICI SOCIALE
ÎN ASISTENȚĂ**

Interferențe dintre sistemele de pensii și asistența socială

IOAN MĂRGINEAN

Introducere

Precizăm de la început faptul că includerea referirilor la pensii într-un volum dedicat asistenței sociale are anumite întemeieri. Așa cum este cunoscut, cele două domenii se regăsesc ca părți constitutive ale securității sociale, care, la rândul său, privește totalitatea beneficiilor monetare din transferuri sociale către populație, alcătuind una din sursele de venit ale acesteia (alături de cele din muncă, proprietăți, donații etc.). Cât privește securitatea socială, aceasta împreună cu serviciile de asistență socială și ajutoarele în natură formează sistemul complex de protecție socială a populației.

Mai mult, însă, adesea componentele asistenței sociale (de suport financiar și/sau în natură, acces gratuit la servicii sociale) au rolul fie de a suplini lipsa unui venit, fie de a veni în completarea lui, pentru a se asigura resursele necesare traiului populației aflate în nevoie, inclusiv pentru pensionari. Totodată și pensiile pot include alocații/indemnizații de asistență socială.

Pe de altă parte, pensiile și suportul financiar de asistență socială se deosebesc radical dacă ne referim la îndreptățirea populației la beneficiile monetare. Astfel că, în timp ce pensiile se acordă în urma retragerii din activitate, la bătrânețe, respectiv în caz de invaliditate, ca suplinitor al veniturilor din muncă, beneficiile bănești de asistență socială se primesc ca suport celor cărora le lipsesc resurse materiale, sau acestea sunt insuficiente, pentru a le asigura un anumit standard de viață considerat dezirabil. Dacă pensiile se bazează, de regulă, pe un aranjament de asigurări sociale publice, de stat și /sau private, eventual sunt o recunoștință/recompensă pentru activitatea/munca desfășurată, ajutorul de asistență socială se acordă celor aflați în nevoie, cetățeni sau refugiați, pe baza unor criterii de acces și/sau ca drept general (universal).

În cele ce urmează, ne vom îndrepta atenția către sistemele de pensii, cele de asistență socială fiind tratate pe larg în cuprinsul volumului de față.

Am precizat mai sus că, pensia desemnează o sumă monetară lunară primită de către o persoană la retragerea din activitate, fiind

destinată să suplinească venitul din muncă, pentru titulari, și pentru urmașii lor dependenți, în cazul survenirii decesului persoanei întreținătoare (Mărginean, 2007).

Până în secolul al XIX-lea, acolo unde au funcționat, pensiile au reprezentat o recompensă, pentru serviciile aduse societății de către beneficiari, uneori chiar cu prețul vieții lor, de regulă militari și participanți la războaie. Ulterior se introduc sisteme de pensii contributorii sau non contributorii pentru funcționarii publici, și de-abia în deceniul al IX-lea al secolului al secolului XIX, mai întâi în Germania, se introduc sisteme sociale (publice, de stat) de asigurări: pentru boală – 1883; accidente de muncă – 1884; invaliditate și bătrânețe – 1889, Ulterior sistemul respectiv este adoptat și de alte țări, inclusiv în România (1902).

Trebuie menționat faptul că, pe lângă suportul public pentru asemenea aranjamente de asigurări sociale, care s-au înscris în cadrul măsurilor de îmbunătățire a condițiilor de viață ale salariaților, dar și ca suport pentru activitatea productivă în general, inclusiv pentru patronat, dându-se posibilitatea obținerii unei mai bune predictibilități în afaceri, asigurările sociale au atras încă de la început și critici, reproșându-se că ele ar slăbi coeziunea familială, prin înlocuirea funcției acesteia de suport material între membrii săi, dar și, pe de altă parte, că întăresc rolul statului, prin creșterea dependenței populației față de acesta. Luări de poziții critice față de asigurările sociale se manifestă și în prezent, după consensul intervenit în condițiile critice ale celui de al doilea război mondial și în anii de refacere, când se edifică așa numitul stat al bunăstării, bazat pe o politică socială extinsă. Aceste critici sunt reluate pe fondul dificultăților cu care se confruntă asigurările sociale, ca urmare a ajungerii lor la maturare, prin generalizarea acordării beneficiilor, accentuate de crizele economice, de îmbătrânirea populației etc.

La nivel mondial, dar și în UE se practică sisteme variate de asigurări sociale, predomină însă cele organizate în flux (plata beneficiilor monetare sau în servicii se face din încasările curente, deci există o solidaritate intergenerațională (actuala generație contribuatoare va deveni viitoarea generație beneficiară), cu contribuții din partea angajatorilor și a asiguraților. Se practică însă și asigurări sociale de pensii pe bază de fond de acumulare, cel mai adesea suplimentare celor în flux. Organizarea pe bază de fond este însă caracteristică pentru asigurările private de pensii

Putem spune că, asigurările sociale de pensii au constituit o inovație socială remarcabilă, iar adaptarea lor la noile condiții din societate și de pe piața muncii trebuie să reprezinte o preocupare continuă pentru a le menține funcționalitatea atât de necesară, concomitent cu dezvoltarea și a altor sisteme de pensii, cum sunt cele ocupaționale, respectiv asigurările

private. Unul dintre avantajele sistemului de asigurări sociale organizate în flux este flexibilitatea, ceea ce permite intervenții de optimizare pe parcurs.

Scurt istoric al Sistemului de asigurări sociale de pensii din România

Voi începe prin a menționa că în Regulamentele Organice (1831) se prevedea dreptul funcționarilor de a beneficia de pensie, ca mulțumire din partea Statului (Șeteanu, 1912, apud Frunzaru, 2007). Același autor menționa faptul că, în 1851 se introduc în Moldova 3 categorii de pensii (retragere, răsplătire și ajutor), pentru ca în anul următor, în Muntenia să se înființeze Casa pensiilor, cu o contribuție a funcționarilor de 2% din salariu. În 1868 se constituie Casa de asigurare pentru funcționarii civili, ecleziastici și militari, apoi în 1877 se introduc pensiile de război. Prima lege a Asigurărilor sociale pentru muncitori apare în anul 1902 (Legea Missir – pentru organizarea meseriilor, creditului și asigurărilor muncitorești) în caz de boală și deces. Această lege a fost completată în anul 1912, Legea Nenițescu, cu asigurările de maternitate, de invaliditate din boală, de bătrânețe și contra accidentelor (Marinescu, 1995). De reținut că, în urmă cu 100 de ani dreptul la pensia de bătrânețe, în valoare maximă de 150 de lei/an, se acorda pentru persoanele care au împlinit vârsta de 65 de ani și au contribuit la sistem cel puțin 1200 de săptămâni (23 de ani), cu prevederea de a avea 16 săptămâni anual. Tot această sumă o primeau și pensionarii prin invaliditate dacă au avut stagiul minim de contribuție de 200 de săptămâni, și aveau o creștere de 10 bani pentru fiecare săptămână cotizată peste durata minimă obligatorie. La fel creștea pensia și pentru pensionarul de bătrânețe devenit invalid dacă avea contribuție de peste 200 săptămâni (am redat aceste elemente pentru a se constata cât de precauți au fost legiuitorii la timpul respectiv).

De menționat că în România întregită la 1918 funcționau trei sisteme de asigurări: Legea Nenițescu în vechiul Regat (aplicată și în Basarabia unde anterior acestei date nu erau asigurări de pensii); Legea austro-ungară din 1907 în Transilvania; Legile austriece din anii 1887-1888 în Bucovina. În anul 1933 se unifică asigurările sociale de pensii din România – Legea Ioanițescu (Mărginean, 1995).

După al doilea război mondial, are loc o modificare radicală a asigurărilor sociale de pensii (Mărginean, 1999). O primă lege se adoptă în 1945, cu extinderea asigurărilor pentru toți salariații. În anul 1949 apare Legea asigurărilor sociale de stat organizate în flux (cu contribuțiile plătite de către angajator). Totodată, se naționalizează fondul privat de pensii.

În anul 1966 se introduce pensia suplimentară (contribuțiile plătite de asigurați de 2-6% din salariu).

O altă lege generală de asigurare de pensii s-a adoptat în anul 1977. Vârstele de pensionare s-au stabilit la două niveluri și diferențiat pentru femei și bărbați: la alegere, 55 de ani pentru femei și 60 de ani pentru bărbați, dacă se îndeplineau condițiile de vechime în muncă (25 de ani pentru femei și 30 pentru bărbați), iar vârsta standard de 57 și 62 de ani.

Concomitent au funcționat și sisteme separate de pensii. Am în vedere, în primul rând pensiile speciale de serviciu non contributive (de fapt pensii ocupaționale) pentru personalul din instituțiile de forță (armată, miliție, servicii secrete), asigurările de pensie pentru țărani, ca și pentru meșteșugari, uniunile de creație, cler etc.

După înlăturarea regimului comunist și începerea tranziției la democrație și economia de piață s-au introdus multe modificări în domeniul pensiilor (între altele s-a desființat Fondul pensiei suplimentare, dar au rămas obligațiile de plătit pentru foștii contribuitori). A întârziat, însă, mult adoptarea unei legi generale adaptată noilor realități, ceea ce a condus la apariția de neajunsuri, și am în vedere, în primul rând, diminuarea nivelului pensiilor, ca urmare a sporirii într-un ritm galopant a numărului pensionarilor, prin derogări pentru vechime și limite de vârstă (deși acestea erau mici) și pe caz de boală. Toate acestea au avut loc pe fondul reducerii numărului contribuabililor în sistem, prin desființarea multor locuri de muncă, prin restructurare și închiderea de întreprinderi, precum și prin aducerea în sistemul public a unor structuri ce funcționau separat. Totodată, s-au adoptat o serie de reglementări privind plata unor indemnizații speciale (Mărginean, 2007).

Astfel că, numai în anul 2000, intrată în vigoare în anul 2001, s-a adoptat o nouă lege a asigurărilor sociale (publice) de pensii. Principalele noutăți se referă la acea includere a unor sisteme independente, menționată anterior; creșterea treptată a vârstei standard de pensionare și a stagiului de cotizare (vârsta standard 65 de ani pentru bărbați și 60 de ani pentru femei, iar stagiul de cotizare 35 de ani pentru bărbați și 25 de ani pentru femei); introducerea punctului de pensie, prin raportare la salariul mediu pe economie, devenit bază de calcul al cuantumului acesteia pentru întreaga perioadă de muncă acoperită de asigurări, înlocuindu-se, astfel, luarea în considerare, la alegere, a 5 ani consecutivi din ultimii 10 ani lucrați (efectul a fost aducerea în jos a cuantumului pensiei); includerea contribuției și din partea asiguraților; limitarea contribuției la trei salarii medii pe economie (nivel crescut ulterior – 2005 – la cinci salarii medii pe economie), pentru ca în 2008 să se

desființeze această limitare, până în anul 2010, inclusiv; se introduce pensionarea anticipată. Începând din luna ianuarie 2005, pensiile agricultorilor sunt suportate de la bugetul de stat.

Între timp se introduc reglementările pentru pensia publică obligatorie administrată privat, organizată pe bază de fond de acumulare (anul 2004, cu modificări majore în 2007), cu contribuții din partea asiguratului, deduse din contribuția personală la fondul public (2-6 puncte procentuale din totalul de 10,5% din salariul asiguratului). De asemenea, s-a adoptat legea asigurărilor private facultative (2006), evident organizate tot pe bază de fond de acumulare. În vara anului 2010 (Legea 119) se aduc în sistemul public pensiile speciale (de serviciu), și tratarea lor ca și cum ar fi fost de tip contributiv, ceea ce a condus la diminuarea puternică a pensiilor mari, dar au crescut pensiile mici.

Evident că cei ale căror pensii au fost reduse sunt nemulțumiți și pe bună dreptate, pentru că era un drept câștigat. Ei doresc acum să se revină la vechiul sistem, ceea ce nu ar fi recomandat. Pe de-o parte, cred că unificarea sistemului public de pensii a fost o măsură corectă, pe de altă parte, ar fi necesară o reparație pentru cei care au pierdut, iar aceasta se poate realiza printr-o intervenție distinctă de la bugetul public, de tipul pensiei ocupaționale, ca bonus pentru munca depusă în serviciul țării.

O pensie ocupațională ar trebui să existe pentru toți salariații plătiți din fonduri publice, așa cum se procedează în multe țări dezvoltate, inclusiv în SUA, considerată a promova cea mai individualistă ideologie. În acest fel, se constituie și în România surse diversificate de venit la bătrânețe: pensia din sistemul public, cea ocupațională, economiile personale, inclusiv asigurări facultative de pensii. Adoptarea unei astfel de strategii se impune cu atât mai mult în contextul eforturilor pentru asigurarea surselor de venit la retragerea din activitate, și a nu îngreuna excesiv sistemul public. De altfel, multe dintre marile companii private acordă pensii ocupaționale salariaților lor.

Așa cum se subliniază în Raportul social al ICCV (Zamfir, coordonator, 2011) nu este nicidecum indicat să se promoveze ideologia statului minimal. Aceasta înseamnă că, prin sistemul public de pensii trebuie să se contribuie de o manieră consistentă la susținerea unui standard de viață adecvat pentru persoanele vârstnice.

Dezvoltarea și a sistemelor ocupaționale și private de pensii nu este destinată să diminueze aportul sistemului public, ci să îmbunătățească situația generală a beneficiarilor de pensii, care a fost și continuă să fie una deosebit de critică pentru multe persoane. De altfel, o asemenea politică de a se obține un sistem sustenabil de pensii constituie

un obiectiv al recomandărilor UE, cum ar fi cele ale Consiliului European de la Laeken, 2001, ca și multe alte intervenții ulterioare.

La rândul său, Legea 263 din 2010, în vigoare, prevede creșterea treptată a vârstei de pensionare pentru femei la 63 de ani, ca și a stagiului de cotizare (stagiul complet la 35 de ani, atât pentru bărbați cât și pentru femei, iar stagiul minim la 20 de ani tot pentru ambele sexe). Totodată se prevede limitarea contribuției la nivelul a 5 salarii medii pe economie, de această dată, pentru fiecare loc de muncă al asiguratului (Mărginean, I. 2011).

Înainte de a analiza situația pensiilor în România ne vom opri, tot pe scurt, la caracteristicile asigurărilor sociale (publice) și private de pensii.

Asigurările de pensii

Asigurarea este o formă de prevedere în legătură cu posibilitatea producerii unor riscuri de pierderi în diferite domenii, de la bunuri, la starea de sănătate și chiar a vieții (Mărginean, 1995). Creșterea șanselor de reușită ale asigurării presupune cunoașterea probabilității de producere a riscului asigurat, așa numita situație actuarială, care se bazează pe evoluțiile anterioare și pe estimarea tendințelor viitoare.

Asigurarea de diverse riscuri, cu costuri accesibile, se poate realiza mai bine în sisteme bazate pe solidaritate colectivă, așa încât valoarea contribuțiilor să fie mai mică decât despăgubirile primite în cazul producerii riscului asigurat. Dacă posibilitatea de producere a riscului este foarte mare într-un anumit interval de timp, costul asigurării devine prohibit. Pe aceste considerente, s-au organizat diverse forme de asigurare, prin asocieri, chiar din antichitate (pentru transportul maritim de mărfuri). Asemenea aranjamente sunt practicate pentru catastrofele naturale, incendii, spargeri de locuințe, accidente etc. etc.

Problema care ne preocupă aici este aceea a asigurărilor în domeniul fenomenelor sociale. În acest caz, fie actuaritatea este dificil, dacă nu imposibil de estimat, fie costurile sunt foarte mari, fie probabilitatea de producere a riscului este totală.

Prin urmare, asigurările din sfera socialului comportă specificități aparte, de care trebuie să se țină cont la organizarea lor. În cazul asigurărilor publice (sociale), statul devine garantul pentru organizarea sistemului respectiv, se instituie dreptul la beneficii și se iau diferite măsuri pentru a se obține un anumit nivel dezirabil al acestora, inclusiv prin suportul de la bugetul public. Organizarea de asigurării private, unde trebuie să se fixeze anticipat nivelul despăgubirii, este mult mai dificilă în

domeniul social, iar dacă se realizează, de fapt se face prin limitarea, directă s-au indirectă, a despăgubirilor, cale prin care se suplinese lipsa actuarității. Până în prezent nu s-au organizat asigurări private pentru șomaj, de exemplu, datorită dificultății de a se face față plăților necesare în situații de criză, cu creșterea puternică a numărului potențialilor beneficiari. În alte domenii sociale, însă, asigurările private sunt practicate și se dovedesc funcționale, în condițiile unor cât mai adecvate reglementări, supravegheri și garanții, inclusiv prin reasigurare, și toate aceste pentru că nu este exclus riscul falimentului. Funcționalitatea este dată, în cazul serviciilor de îngrijire a sănătății, prin fixarea sumelor acordate pentru diferite servicii medicale, iar în cel al pensiilor, prin tratarea lor ca asigurări de viață, astfel că la scadență, după un anumit număr de ani de contribuție, se virează beneficiarului sau urmașilor suma economisită, eventual aceasta se transformă într-o pensie viageră (pensie pe viață).

Referindu-ne la România, în domeniul sănătății sunt operaționale atât asigurările sociale organizate în flux (cu contribuții ale angajatorului și angajaților), cât și cele private (adesea plătite de către angajatori ca bonus pentru salariați, dar sunt și asigurări facultative ale persoanelor fizice). Cât privește pensiile, deocamdată furnizează beneficii doar sistemul public în flux. La rândul lor, și asigurările private sunt organizate, iar persoanele asigurate primesc o deducere la impozit pentru contribuția lor. Evident, încă nu sunt și beneficiari ai acestui sistem, precum nici al celui public obligatoriu administrat privat, tocmai pentru că sunt relativ noi. Ca o remarcă aparte am considerat, și cred și acum, că ultimul sistem nu era necesar. Spun acest lucru deoarece el este în fond tot o asigurare publică, dar cu risc mai mare. În plus, prin organizarea lui (așa zis pilon II), s-au diminuat resursele la sistemul de bază (pilonul I), și cresc cheltuielile de administrare. Asigurările respective au fost puternic susținute, și chiar condiționată introducerea lor, de către organisme financiare internaționale, avându-se în vedere, mai ales, stimularea investițiilor, prin constituirea unui fond de economisire obligatoriu din contribuțiile asiguraților (Mărginean, 2007). Al doilea pilon ar trebui să fie pensiile ocupaționale și nu o divizare a sistemului public. Așa cum remarcau Atkinson și Rein (1993), economisirea populației este relativ constantă. Dacă se impune o anumită modalitate, cum este cea a asigurărilor publice administrate privat, vor scădea sume economisite pe alte căi.

Contribuțiile de asigurări sociale, după ultima reglementare (intrată în vigoare la 1 octombrie 2014), sunt de 26, 3% plătite (cu limitare la cinci salarii medii pe economie, pe loc de muncă) de către

asigurator (15,8% din salariul angajatului) și de către viitorul beneficiar (10,5% din salariu, din care 4 puncte procentuale sunt virate la Fondul public administrat privat). Dacă contribuția la sistem, achitată integral de către angajator, era în anul 1989 de 15% din salariul angajaților, aceasta a ajuns, în anul 2001, la un vârf de 35%, pentru activitățile desfășurate în condiții normale, și de 40 și 45% pentru cele cu condiții grele/periculoase.

Prin menținerea nivelurilor pensiilor la un nivel foarte scăzut, bugetul asigurărilor sociale respective a înregistrat excedente până în anul 2008, când o majorare, deși insuficientă, a cuantumului acestora conduce la deficit, fiind nevoie și de alocări de la bugetul de stat. În fapt, s-a dovedit că cei mai mulți pensionari au suportat costurile sociale mari ale tranziției, precum și consecințele negative a unor decizii politice prin care s-a sporit numărul beneficiarilor, dar nu s-au acordat resursele necesare pentru a se ajunge la o pensie adecvată. Totodată, nu trebuie ignorată nici graba cu care unele persoane au ieșit la pensie, inclusiv prin ilegalități (mai ales la pensionările pe caz de boală).

Printre măsurile de intervenție care au îmbunătățit situația pensionarilor, menționăm aici, pe lângă indemnizațiile speciale, și majorările mai substanțiale ale cuantumurilor pensiilor în anul 2008, preluarea la bugetul de stat a pensiilor agricultorilor (în 2005) și completarea pensiilor mici (sub 350 lei, în 2014, respectiv 400 lei în 2015) cu resurse de la buget. Prin această ultimă măsură, evident tot insuficientă, în unele cazuri se furnizează la noul nivel aproape întreaga pensie, și atâta timp cât sunt și drepturi legale stabilite la câțiva lei, creșterile respective pot fi chiar și de 100 de ori.

Evoluții în domeniul pensiilor de asigurări sociale în România

a) Perioada 1950-1989

După modificările din anul 1945, s-a adoptat legea asigurărilor sociale de stat pentru pensii, în anul 1949, care a produs, așa cum am menționat, o restructurare majoră în domeniu. Noul sistem a fost completat prin legea din 1977, rămasă în vigoare, dar cu foarte multe modificări, până în anul 2001.

În anul următor al intrării în vigoare a legii din anul 1949, în sistemul de asigurări sociale se înregistrau 251 mii beneficiari, iar alți 210 mii aveau pensii pentru invaliditate, orfani și văduve de război (IOVR).

Tabel 1. Evoluția numărului mediu de pensionari de asigurări sociale în perioada 1950-1989**Mii persoane**

	1950	1960	1970	1980	1989	Indice de creștere/scădere
1. Număr pensionari asigurări sociale de stat, din care:	251,4	522,2	1116,5	1606,1	2232,5	+ 8,9
a) muncă depusă și limită de vârstă, din care	•••	269,7	555,6	1008,2	1547,2	+ 5,7
- vechime integrală	•••	•••	376,1	615,9	906,1	+ 2,4
b) pierderea capacității de muncă	•••	127,7	314,6	218,8	204,4	+ 1,6
c) urmaș	•••	124,8	246,3	379,1	480,9	+3,8
2. IOVR	209,7	135,2	160,9	115,5	70,3	- 3
3. Ajutor social	-	48,7	85,9	82,6	38,1	- 0,8
4. Membrii CAP	-	-	1281,0	1194,3	982,8	- 0,8
5. Țărani cu gospodărie individuală	-	-	-	55,0	23,9	- 0,5

Sursa: Anuarul Statistic al României, INS, 1990

De reținut că, în intervalul 1950-1989, numărul total al pensionarilor de asigurări sociale crește foarte mult (de 8,9 ori), iar în cadrul acestora, cel mai mult sporește numărul pensionarilor pentru munca depusă și limită de vârstă. Totuși numărul pensionarilor cu vechime integrală are un indice de creștere mai mic, ca și cel al pensionarilor de invaliditate (aici este vorba și despre înăsprirea condițiilor de pensionare pe caz de boală). O creștere mai importantă se înregistrează în cazul beneficiarilor de pensie de urmaș. Această situație are două explicații, și anume: natalitatea crescută, obținută și prin politici restrictive în ceea ce privește avortul, dar și speranța de viață redusă și cu mortalitatea specifică înaltă a populației relativ tânără. Scăderi firești, am zice, sunt pentru beneficiarii de pensii IOVR. În perioada pe care o analizăm, deși una deosebit de critică, România nu a fost implicată în conflicte militare, așa încât nu au apărut noi beneficiari la această categorie. De asemenea, și la pensionarii din agricultură se înregistrează

scăderi în intervalul de referință. Aici este vorba despre efectul reducerii volumului forței de muncă din sector, prin migrația spre activități nonagricole.

O situație cu totul aparte o reprezintă beneficiarii de ajutor social tip pensie, cu plata din sistemul de asigurări. După cum se constată, se înregistrează o creștere puternică în deceniul 1960-1970, dar numărul beneficiarilor scade ulterior, de altfel, pe parcurs încetează atribuirea de noi pensii de acest fel.

O altă caracteristică a acestei perioade a fost diminuarea valorii pensiei reale de asigurări socială în ultimul deceniu al regimului comunist. Astfel, comparativ cu anul 1980, cinci ani mai târziu (1985) valoarea respectivă a scăzut la 91%, și nu se mai atinge nivelul de plecare mici în anul 1989, când valoarea pensiei se situează la 94%, respectiv 109% față de 1975, și 103% față de 1985 (Anuarul Statistic al României, INS, 1990).

b) Situația asigurărilor sociale de pensii începând cu anul 1990

Evoluțiile din domeniul asigurărilor sociale de pensii în ultimii 25 de ani au fost marcate de efectele negative ale desființării de locuri de muncă prin dezindustrializare, dar și de decizii de creștere a obligațiilor de plată pentru noi beneficiari aduși în sistem, care, fie nu au fost contribuitori, fie proveneau din sisteme de asigurări în care s-a diminuat drastic numărul asiguraților plătitori, și au rămas, fără resurse de achitare a pensiilor în vigoare. Aducerea lor în sistemul public a fost corectă, dar trebuiau alocate și resursele adecvate. În condițiile nou create valoarea pensiei reale se reduce substanțial.

În acest fel, numărul pensionarilor din sistemul asigurărilor publice a crescut substanțial, totuși cu mult sub ritmul din perioada anterioară, când baza de pornire a fost una foarte mică, iar între timp s-a ajuns la maturare (461 mii beneficiari în 1950, și 3347 în 1989, o creștere de 7,2 ori), pe când în anul 1990 se înregistrase un efectiv de 3679 mii pensionari, pentru ca în luna octombrie 2014 să fie 5186 mii pensionari, o creștere de 1,4 ori, iar comparativ cu anul 1989 creșterea este de 1,5 ori.

Tabel 2. Evoluția numărului de pensionari de asigurări sociale publice în perioada 1990-2014**Mii persoane**

	1990*	1995*	2000*	2010*	2014*
1. Pensionari asigurări sociale (fără agricultori), din care:	2570	3600	4359	4771	4687
a) muncă depusă și limită de vârstă, din care:	1859	2568	3087	3227	3349
- vechime integrală	1160	1750	2247
b) pensionare anticipată	-	-	-	132	113
c) pierderea capacității de muncă	208	433	609	846	693
d) urmaș	503	599	663	563	530
2. IOVR	67	54	35	8	4
3. Ajutor social	35	17	8	1	0,6
4. Agricultori	1007	1587	1751	708**	499**

Sursa: Anuarul Statistic al României, INS;

Casa Națională de Pensii Publice (CNPP)

* Pentru anii 1990-2000 este efectivul mediu anual, iar pentru 2010 și 2014 sunt valori ale lunilor decembrie, respectiv octombrie.

** Din anul 2005 pensiile pentru agricultori sunt plătite din bugetul de stat

Pentru a avea în vedere întreaga situație, trebuie cunoscut faptul că numărul total al pensionarilor a crescut până în anul 2002, când se înregistrau 6342 mii beneficiari (din care la asigurări sociale fără agricultorii erau 4665 mii, iar agricultorii erau 1677 mii), deci o creștere, pe total, de 1,8 ori. Totodată, ar fi de precizat și faptul că vârful în asigurările sociale fără agricultori s-a înregistrat în anul 2010, la nivelul a 4771 mii pensionari, iar pentru cei din agricultură, vârful a fost în 2001, respectiv de 1767 mii beneficiari.

În primul deceniu de tranziție (1990-2000) indicii pensiilor reale au cunoscut o involuție puternică. Indicele pensiei reale de asigurări sociale reprezenta doar 44% din valoarea primului an de comparație. De abia în toamna anului 2008 se ajunge la nivelul din 1990, pentru ca prin măsurile de creștere a pensiei adoptate atunci, indicele respectiv să ajungă la 137% scăzând ulterior la 133% în 2010 (CNPP, 2012). Pentru pensionarii din agricultură situația a fost și mai dramatică, pentru că nivelul pensiei lor era mult mai mic. Chiar dacă prin măsurile din 2008 se ajunge la o creștere de

172% față de 1990, și împreună cu completările de la buget, pensia pentru agricultori este în continuare deosebit de mică.

Referitor la beneficiarii de pensii speciale, la nivelul lunii octombrie 2014, aceștia erau în număr de 620 mii persoane. Cea mai numeroasă categorie era aceea a soțului supraviețuitor, urmată de persoanele care au efectuat stagiul militar în cadrul Direcției Generale a Serviciului Muncii (1950-1961), veteranii de război, invalizi și văduve de război, persoanele persecutate din motive politice după 1945, deportate în străinătate sau foști prizonieri.

Tabel 3. Beneficiari de indemnizații speciale – Octombrie 2014

Categoria de beneficiari	Număr fizic beneficiari (mii persoane)	Indemnizație medie –lei –
- soț supraviețuitor (Legea 57/2014)	173,8	112
- stagiul militar în cadrul Direcției Generale a Serviciului Muncii (1950-1961), Legea 309/2002	144,4	45
- veteran de război, invalizi și văduve de război, Legea 49/1991 și 144/1994	127,4	137
- persecutați politic după 1945, deportați în străinătate, prizonieri.		
– Legea 189/2000;	108,3	272
– Legea 118/1990	45,2	514
Uniuni de creație – Legea 8/2006	10,9	692
- eroi martiri și luptători în Revoluția din decembrie 1989 – Legea 341/2004	10,4	1508
- artiști – Legea 109/2005	0,5	319

Sursa: CNPP

La rândul lor, beneficiarii de indemnizații sociale pentru pensionarii de la bugetul de stat, în luna octombrie 2014, numărul lor era de 490 mii (377 mii în sistemul asigurărilor sociale publice și 113 mii în sistemul pentru agricultori). Valoarea indemnizației respective fiind de minimum 71 lei și maxim 129 lei.

Pentru plata drepturilor cu pensiile și indemnizațiile, în luna octombrie 2014 s-au cheltuit circa 4,2 miliarde lei din care 3,9 miliarde lei pentru pensionarii din sistemul de stat, 171 milioane pentru agricultori, 9

milioane pentru indemnizații speciale și 50 milioane pentru completarea pensiilor mai mici de 350 lei (CNPP).

Pentru primele zece luni ale anului 2014, veniturile la bugetul asigurărilor sociale de pensii au fost de 43,7 miliarde lei, din care 11,2 miliarde subvenții, iar cheltuielile au fost în sumă de 43,4 miliarde (Ministerul Finanțelor Publice).

În loc de încheiere

În ceea ce mă privește, consider că, în continuare sistemul de pensii în flux poate fi gestionat în condițiile unui bun management, tocmai datorită flexibilității sale, care permite adaptări la noile condiții. Scenariile catastrofice ce se avansează în spațiul public, inclusiv de către unii specialiști, pot cel mult să atragă atenția pentru a nu se lăsa lucrurile la întâmplare, dar nu pot fi creditate pentru a prognoza colapsul sistemului. Este adevărat că, peste două decenii va crește mult numărul pensionarilor, având în vedere volumele cohortelor care au acum 25-47 de ani, în condițiile în care generația tânără înregistrează valori mai mici, deci, va scădea și mai mult raportul contribuabili/beneficiari. Nu este corect, însă, să se facă translația situației actuale pentru viitoarele două decenii. Pe de-o parte, și în trecut au fost creșteri mari ale numărului pensionarilor și nu s-a ajuns la încetarea de plăți ale pensiilor, iar dacă s-ar fi gestionat adecvat sistemul, nu erau nici atât de mari costurile sociale suportate de către pensionari. Pe de altă parte, însăși structura pe categorii de pensii va fi alta. Mai mult, este de așteptat să se producă schimbări radicale pe piața muncii. Informatizarea, robotizarea, alte transformări vor avea ca efect creșterea productivității muncii și reducerea volumului necesar de muncă. Or, nici acum nu sunt locuri de muncă la nivelul solicitărilor. Prin urmare, ar trebui ca în viitor să sporească semnificativ și în România gradul de ocupare al forței de muncă. Totodată, este în creștere și perioada de vârstă activă. Toate aceste elemente, ca și altele vor conduce la constituirea de noi realități și în domeniul pensiilor.

Un lucru este însă cert, pensiile nu vin de la sine. Combinarea sistemelor de asigurări publice, ocupaționale și personale vor mări predictibilitatea veniturilor la bătrânețe. Iar printr-o cât mai bună colectare a resurselor bugetare și o prioritizare mai bună a cheltuielilor publice se va putea interveni mai bine, decât până acum, pentru suportul sistemului de pensii în perioadele critice, inclusiv pentru aceea caracterizată prin dezechilibrul puternic dintre generațiile contribuatoare și beneficiare de pensii.

Bibliografie

- Atkinson, T., Rein, M., 1993, *Age, Work and Social Security*, Macmillan, Houndmills
- Frunzaru, V., 2007, *Sistemul de pensii românești din perspectiva europeană*, Editura Economică, București
- Marinescu, I., 1995, *Politica socială interbelică în România. Relații între muncă și capital*, Editura Tehnică, București
- Mărginean, I., 2007, Politici de reformă în domeniul pensiilor, *Revista Calitatea Vieții* nr. 3-4, București
- Mărginean, I., 2004, *Politica socială*, Editura Expert, București
- Mărginean, I., (coord.), 2001, Analiza comparativă a finanțării politicilor sociale din România, alte țări în tranziție și țările Uniunii Europene, *Revista Calitatea Vieții* nr. 1-4, București
- Mărginean, I., 1995, Asigurările sociale, în Zamfir, E. (coord.) *Politici sociale. România în context european*, Editura Alternative, București
- Mărginean, I., 1999, Tendințe în evoluția asigurărilor sociale din România în Zamfir, C. (coord.) *Politici sociale în România*, Editura Expert, București
- Mărginean, I., 2011, Legea 263/2010 privind sistemul de pensii publice, *Revista Calitatea Vieții* nr. 2
- Zamfir, C., (coord.), 2011, *Raport social ICCV. România: răspunsuri la criză*. Academia Română, INCE-Costin Kirițescu, Institutul de Cercetare a Calității Vieții, București
- ***, INS. Anuarul Statistic al României
- ***, Casa Națională de Pensii Publice
- ***, European Council Meeting in Laeken (14 and 15 december 2001)
- ***, European Commission, 2006, Adequate and Sustainable Pensions. Synthesis Report
- ***, Ministerul Finanțelor Publice – Buletin octombrie, 2014
- ***, World Bank, 1994, Averting the Old Age Crisis Policies to Protect the Old and Promote Growth
- ***, World Bank, 2006, Pension Reform and the Development at Pension System

Politicele publice și rolul asistentului social din România în noua construcție europeană¹

SEBASTIAN FITZEK

Note introductive privind locul și rolul specialistului de asistență socială în politicile publice

În acest capitol se va analiza modul în care a evoluat rolul asistentului social din România în raport cu provocările și oportunitățile economice aduse de UE. Asistența Socială românească are astăzi șansa de a atrage investiții importante care îi va permite o dezvoltare benefică, având libertatea de a-și formula propriile sale strategii și idei. Implicarea directă a asistentului social în proiecte finanțate din bani europeni și guvernamentali îl obligă pe acesta să împrumute o latură managerială care să-l ajute în a-și atinge noi obiective. A preluat oare asistentul social de astăzi o parte din funcția managementului și a antreprenoriatului modern? Așa cum știm, performanța și excelența în activitatea de asistent social se atinge prin simbioza continuă dintre sfera practică și cea teoretică. Dacă, în ceea ce privește partea teoretică, regăsim același principii generale, în partea juridică, legislația poate ușor varia, în vreme ce experiențele de pe teren și specializările diferă în funcție de contextul social. Totuși, există anumite libertăți care permit asistentului social din zilele noastre să devină și un bun manager care dezvoltă propriile sale politici sociale în ideea de a găsi strategii eficiente de lucru. Așadar, ne aflăm în plină transformare și modificare de rol a asistentului social, parțial deja anunțate de schimbările cerute de Community Care Act din 1992. De ce a fost nevoie de aceste schimbări? Motivul principal a venit din nevoia de a forma și de a gestiona mai bine etapele specifice unui proiect finanțat, împrumutând o parte din activitatea management-ului. Chiar și în aceste condiții nu s-a afectat foarte mult din rolul clasic de terapeut, atâta timp cât contactul cu beneficiarul rămâne în continuare principala activitate a oricărui practician de asistență socială.

România, țară membră a UE începând de la 1 ianuarie 2007, primește dreptul de a atrage fonduri europene nerambursabile și

¹ Acest articol se află în curs de publicare în revista Calitatea Vieții nr. 4/2014, având următorul titlu: „The Romanian Social worker facing challenges and meeting economic opportunities provided by the European Union”.

consistente care să dezvolte o parte din politicile publice și sociale. Dar, acest nou tip de finanțare și schimbarea metodelor de lucru au adus cu ele și anumite modificări de rol ale asistentului social pe care îl regăsim într-o conjunctură mult mai avantajoasă în prezent. Este deci suficient să ne gândim la capitolul investițiilor și al atragerii de fonduri europene. Asistența Socială din România a primit astăzi șansa să-și dezvolte o strategie proprie de lucru fără a mai ține cont de procentul umilitor primit anual din partea statului. Acest lucru îl implică și pe asistentul social prin participarea sa la atragerea de fonduri nerambursabile prin depunerea și câștigarea unor proiecte strategice. Latura managerială pe care o împrumută în consecință este un avantaj care îi asigură succesul.

Dezbateri teoretice și delimitarea conceptelor

Persoanele și grupurile vulnerabile care sunt victimele unor cauze sociale, psihologice, economice sau culturale intră sub incidența și în preocupările Asistenței sociale, devenind principalii beneficiari ai unor strategii statale și europene care să îmbunătățească calitatea vieții în spiritul justiției sociale și a egalității de șanse. *„De aceea, un rol principal al asistenței sociale este de a genera mecanisme specifice de refacere în timp a capacităților proprii de integrare normală în comunitate, de reducere a dependenței sociale pentru persoanele și grupurile vulnerabile în acord cu cerința unei vieți independente/autosuficiente. Asistentul social trebuie să facă față acestor noi provocări și să-și asume responsabilitatea rezolvării situațiilor complexe din perspectiva standardelor profesionale”* (Zamfir E. 2011, p.3). După cum observăm din definiția de mai sus, rolul asistentului social este de a interveni direct și personal la fața locului, obiectiv care nu diferă de activitatea de teren necesară oricărui proiect, cu atât mai mult cu cât este finanțat suficient pentru a-și atinge obiectivele propuse. În realitatea românească de după revoluție avem un asistent social dedicat meseriei sale, dar cu resurse materiale foarte slabe. Cum soluțiile erau generic rezolvate prin lipsa de bani și de proiecte pe termen mediu și lung, problemele reveneau din nou sau erau blocate de obstacole birocratice absurde. Există în acest sens o varietate de analize și cercetări ale specialiștilor în asistență socială de la ICCV, care au măsurat cu răbdare toate aceste etape din ultimii 25 de ani. După 2007, schimbările produse s-au dovedit favorabile formării unui asistent social modern, activ și implicat în nucleul proiectelor de dezvoltare a zonelor cu vulnerabilitate umană crescută. După cum spunea sociologul Elena Zamfir, asumarea responsabilității și rezolvarea situațiilor complexe în noua conjunctură duc la o pregătire minimal-necesară în zona managementului de proiect, subliniez aici – nu neapărat ca manager de proiect, ci ca membru

care se integrează în aplicarea unor metodologii moderne de lucru în echipă. Potrivit acestor noi cerințe, prin profesia sa, asistentul social este și rămâne în primul rând un practician apt să cerceteze și să cunoască realitatea cu care se confruntă.

Un alt argument pleacă de la premisa că, în general, problemele sociale dintr-o comunitate umană nu se schimbă ușor, dar se pot ameliora atunci când asistentul social este capabil să cerceteze cauzele înainte de a oferi soluții optime. Deci, toate aceste etape fac ca practicarea acestei profesii să implice eforturi personale majore care presupun o pregătire teoretică solidă pentru a analiza cauzele fenomenelor sociale, asemenea unui sociolog. Asistentul social european este asemenea unui termometru inteligent care înțelege și indică gradul de vulnerabilitate existent într-o comunitate umană. Experiența directă și observațiile sale reprezintă un avantaj al martorului ocular care capătă legitimitate în a-și transmite cel mai bun *feed-back*² sistemului politic. Politicul este un subsistem al sistemului social global în care se trasează primele granițe dintre politicile sociale și cele publice. Deși ambele sisteme interferează în zona de interes comun, o delimitare a celor două spații nu este neapărat necesară. Implicarea Statului în mediul social vulnerabil constituie un subiect al politicilor sociale, iar *feed-back*-ul asistentului social către sistemul politic este un subiect de interes dependent de politicile publice. Așadar, dacă în prima fază, asistentul social ca reprezentant legitim al statului intervine pentru a ameliora și o problemă cu grad crescut de vulnerabilitate socială, în a doua fază în care vorbim despre *feed-back*-ul necesar în elaborarea instituțională a soluțiilor inteligente – avem deja nevoie de un specialist în asistență socială. Granițele sunt aproape invizibile. La fel și politicile sociale sunt doar o parte din politicile publice, existând o anumită ambiguitate în delimitarea ambilor termeni care este redată de convergența dintre rolul specialistului și interesul Statului care se întâlnesc în jurul unui punct de interes comun. În acest fel explic delimitarea insesizabilă dintre politicile sociale și cele publice, eliminând tentația de a păstra același semnificat.

Pentru a simplifica problema termenilor de specialitate voi defini și voi analiza complexitatea termenului de politică publică pentru a înțelege mai bine apropierea dintre politicile publice și cele sociale. Politicile publice fac parte din aria științelor politice și au ca scop să cerceteze, să aplice și să

² *Feed-back* – concept care definește efectul, reacția sau rezultatul transmis în urma unei acțiuni sau a unui mesaj anterior. În comunicare, *feed-back*-ul poate fi analizat în reacția emoțională pe care emițătorul o transmite în urma mesajului transmis de receptor. (conceptul vine din teoriile de comunicare și relații publice specifice literaturii americane)

dezvolte politici de interes economic, social și politic la nivel local sau național sub forma unor programe complexe inițiate și sprijinite de Guvern.

După cum observăm în această definiție, prin politicile publice guvernul își atinge două obiective. Odată ca actor democratic care intervine și se implică activ în rezolvarea directă a vulnerabilităților de natură economică, culturală sau socială, exercitând astfel funcția de armonizare a diferențelor acute, iar pe altă parte, același guvern este interesat să producă rezultate măsurabile pe termen mediu și lung pentru a justifica activitățile prioritare ale guvernanților. Un exemplu elocvent de politică publică ar fi următorul caz: „Hotărârea Guvernului nr. 430/2001, Strategia Guvernului de îmbunătățire a situației romilor, are o durată de 10 ani, un Plan general de măsuri pe termen mediu de 4 ani și cuprinde 10 mari domenii sectoriale. Conform principiului diviziunii sectoriale și al descentralizării în execuție, Strategia Guvernului prevede o structură de organizare, coordonare și control, precum și responsabilități specifice instituțiilor, autorităților publice și organizațiilor neguvernamentale în implementarea Planului general de măsuri. Scopul strategiei este stimularea participării etniei romilor la viața economică, socială, educațională, culturală și politică a societății, prin atragerea în programe sectoriale de asistență și dezvoltare comunitară.” (Ionescu, M. și Cace, S. 2006, p.67). Observăm în acest caz cum Statul este interesat să ridice calitatea nivelului de trai pentru comunitățile rome prin crearea unor activități sectoriale inteligente care stimulează interesul față de educație, muncă și dezvoltare comunitară. Scopul final este acela de a ridica procentul de integrare a comunităților de romi care sunt defavorizați pe piața muncii din România, utilizând costuri și instrumente cât mai eficiente. Mecanismul acestor tipuri de politici publice presupune elaborarea unor programe complexe cu planuri de acțiune bine determinate și proiecte de legi care să fie susținute de administrația locală. O altă condiție ar fi ca acolo unde se aplică aceste politici publice să existe autonomie locală care să producă schimbările necesare la nivelul structurilor de administrație publică.

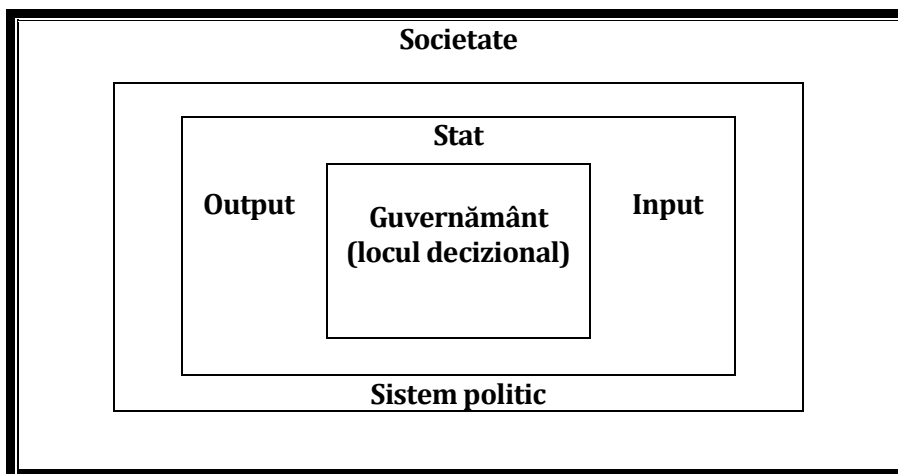
Totuși, într-o accepțiune simplificată, în termenul „politici publice” se pot include proiecte care implică mai mult aspectele de interes general și mai puțin particular, iar aici observăm interferența și granița aproape invizibilă dintre politicile publice și cele sociale. La nivel de analiză terminologică pentru unii autori, prin politici publice se urmărește atingerea unui anumit obiectiv specific de interes guvernamental. (Hecló, H.H. 1972, p. 84). În limba engleză, delimitarea dintre politică și politici este mult mai evidentă decât în limba română, la fel ca între politic și politică, un grup categorical consacrat științelor politice moderne. Cuvântul „*policy*” și „*politics*” delimitează granița dintre știința politicilor publice și cele ale științelor politice prin *policy*

science și *political science*. „*Policy*” este determinat în funcție de gradul de vizibilitate pe care o strategie guvernamentală o are în spațiul public ca „descriere și explicare a cauzelor provenite din activitățile guvernamentale” (Dye, T. 1995, p.2).

Abordări sistemice a politicilor publice

Politicile publice fac parte din mecanismul și funcționarea sistemului politic. În teoriile sistemice, funcția de autoreglare a oricărui regim democratic performant se realizează în funcție de acuratețea datelor primite de pe teren care trebuie să ajungă în zona decizională a guvernului sub forma unor *input*-uri³. Pentru a înțelege complexitatea și necesitatea politicilor publice în cadrul sistemului politic voi apela la următoarea schemă (Hague, R., Harrop, M., Breslin, S., 1992, p.5)

Figura 1. Sistemul decizional în implementarea politicilor publice.



Folosind o scară piramidală, prin termenul de „guvernământ” autorii arată locul unde se iau deciziile importante din cadrul sistemului politic și prioritizate în funcție de complexitatea cererilor apărute între societate și stat. Deciziile însă nu pot fi luate în mod arbitrar fără a exista inițial un

³ Termenul englezesc *input* (trad. intrări) are aici sensul de necesități, cerințe sau probleme care urmează să fie soluționate de către guvernanți. Termenul vine din teoria sistemică a lui David Easton. Vezi Easton, David. (1965). *A Systems Analysis of Political Life*. New York: Wiley.

mecanism eficient care să stabilească rolul și tipul soluțiilor date. Guvernul nu este doar un loc decizional și atât. Analiza cerințelor, clasificarea lor, cercetarea, stabilirea resurselor necesare și construcția strategiilor care oferă soluțiile așteptate intră în atribuțiile politicilor publice.

Cum funcționează însă sistemul politic? O parte de teoriile sistemice au fost preluate din teoriile cibernetice care au consacrat metodele comparative atât de utile acestor studii de specialitate. În următoarea schemă putem detalia principalele funcții ale sistemului politic, după cum urmează

Tabel 1. Funcțiile sistemului politic

Obiectivul principal	Funcția	Rezultate
Atribuții funcționale ale sistemului politic	Comunicare politică	Informațiile sunt transmise în mod transparent și eficient la toate organele decizionale
	Socializare politică	Reprezintă ansamblul necesar de atitudini, comportamente, norme, idei, orientări, credințe politice și simboluri pe care individul sau grupul le manifestă în cadrul sistemului politic.
	Recrutare politică	Nevoia statului de a recruta indivizi care să îndeplinească funcții în cadrul sistemului politic.
	Instituționalizare politică	Procesul de reformă și de instituționalizare a proceselor care alcătuiesc sistemul politic instituțional.
	Legitimare a deciziilor politice	Cadrul legislative și juridic care asigură autoritatea și legitimarea deciziilor politice.
	Programatică	Obligația Guvernului de a preîntâmpina anumite problem specifice unor situații speciale (așa cum ar fi prevenirea unor acte de risc, catastrofe naturale, crize economice, conflicte sociale, etc..).

Obiectivul principal	Funcția	Rezultate
Selectarea și aplicarea deciziilor guvernamentale	Clasificarea și prioritizarea intereselor guvernamentale	Stabilirea unei agende guvernamentale de lucru care să creeze strategia politicilor publice în funcție de bugetul și importanța acestora.
	Agregarea intereselor	Politicile Publice urmăresc prin atingerea obiectivelor o agregare a intereselor generale înaintea intereselor particulare (așa cum am arătat într-o definiție mai sus enunțată) ⁴ .
	Realizarea politicilor publice	Transformarea <i>input</i> -urilor, adică a cerințelor în soluții sub forma unor <i>output</i> -uri (ieșiri)
	Aplicarea politicilor publice	Desfășurarea etapelor strategice din proiect.

Sursa: Almond G. și Powell G., 1978, pp. 13-14

Din această schemă rezultă importanța și rolul guvernului de a accepta sau de a respinge anumite politici publice în funcție de criteriile și voința celor responsabili cu luarea deciziilor. Pentru David Easton, teoretician al sistemului politic, politicile publice pot fi văzute ca o alocare cu autoritate a valorilor necesare într-o societate (Easton, D., 1965, p.3). Prin alocarea valorilor nu ne referim doar la bani, hrană sau avantaje materiale, ci și la resurse simbolice, culturale sau spirituale pe care umanitatea le poate prețui și evalua la fel de bine.

Aria principală de acțiune a politicilor publice este reprezentată de sectorul public pe care îl putem defini ca pe un ansamblu de organizații și instituții publice, așa cum ar fi: prefectura, primăria, școala, orfelinatul, spitalul, consiliile locale, județene și alte structuri sociale care obțin finanțare din bugetul de stat. Cooperarea dintre guvern și aceste instituții publice este

⁴ Principiul provine din abordarea filosofică hegeliană a statului. Statul reprezintă pentru Hegel un ansamblu de interese generale construite din esența tuturor intereselor particulare ale fiecărui cetățean. Astfel, conducerea statului nu poate rămâne pe mâinile unor cetățeni cu interese egoiste, atâta vreme cât aceștia sunt obligați să mediteze și să acționeze numai spre binele general al tuturor cetățenilor.

esențială în participarea și dezvoltarea regională și comunitară din zonele mai puțin dezvoltate, așa cum s-ar regăsi în cea mai mare parte a mediului rural românesc. Forma de proprietate reprezintă deci granița dintre sectorul public și cel privat, cu excepția unor instituții private care sunt finanțate și de stat, așa cum ar fi cazul unor clinici particulare, școli private, etc.. În acest sens, o delimitare mai simplificată ar putea fi făcută între instituțiile sau organizațiile publice deschise spre exterior care au scopul de a produce schimbări ale mediului social și instituțiile private care au obiective personale, realizând activități în scopul de a obține doar profituri. Chiar și aceste diferențe pot deveni relative atunci când preocupările și interesele pot interfera în ambele situații, de aceea, cea mai simplă și sigură delimitare rămâne originea finanțării care este sau nu este făcută din bugetul de stat. De regulă, în regimurile democratice moderne, interferența finanțărilor dintre stat și privat a devenit o obișnuință fiind generate de înțelegerile comune și eficiente dintre sectorul public și cel privat.

În abordarea sistemică rolul proiectelor sociale este de a se concentra în special pe latura practică a vieții, utilizând o largă metodologie din zona științelor sociale dar și politice. *Public policy research* (cercetări în domeniul politicilor publice) se justifică tocmai prin interesul major al sistemului politic de a găsi soluții viabile pe care guvernul este interesat să le producă în transformarea *input*-urilor în *output*-uri, fapt care antrenează cel mai puternic relațiile și interferențele dintre politic și știință. Asistentul social este, din această cauză, hibridul perfect al celor două preocupări majore: odată, prin latura sa științifică de a cunoaște adevărul din esența lucrurilor de pe teren și, pe de altă parte, ca om politic care se află mereu în căutarea strategiilor inteligente care asigură acel echilibru necesar oricărui regim democratic.

Un alt aspect științific al Politicilor Publice ar fi acela de a descoperi permanent noi variabile care să modifice sau să corecteze intențiile uneori puerile ale guvernanților de a oferi soluții nesustenabile. De aceea, colaborarea guvernanților cu specialiștii devine un criteriu esențial pentru realizarea bunei guvernante, numai în condițiile în care se aplică principiul transparenței instituționale care împiedică politizarea greșită sau intervenția nefericită a unor interese de altă natură. Nu întâmplător amintesc și aspectele vulnerabile specifice sistemului politic românesc. O soluție ar fi buna cunoaștere a legislației europene de finanțare a proiectelor de care astăzi România are atâta nevoie în efortul de a crea transparența și responsabilitatea partenerilor implicați. Un alt fenomen interesant ar fi faptul că majoritatea ideilor din lumea politicilor publice nu apar ca directive venite din partea guvernului sau a UE ca principali finanțatori. Orice politică publică este o operă originală și nu poate fi ușor copiată sau adaptată în alt

context. De aceea, este nevoie de un asistent social care să cunoască explicit fiecare detaliu, evitând să ofere soluții similare aplicate în alte zone. Comparația politicilor publice este bună în măsura eficienței, dar nu și în a copia strategii. Iată care este meritul și locul asistentului social în politicile publice.

Sistemul politic trebuie să ia în calcul și predicțiile apelând la funcția programatică, atunci când creează *output*-urile. În calitatea unei soluții găsim de regulă obiectivarea deciziilor luate în urma unor consultări prealabile a specialiștilor care se ocupă de *policy research* și *policy analysis*. Distanța dintre cei doi termeni este foarte mică, în *policy research*, actul de cercetare presupune o activitate academică exploratorie, în vreme ce *policy analysis* o urmează ca parte aplicată a metodologiei stabilite deja în prima etapă și se orientează spre client. O altă distincție ar fi că partea de cercetare se definește ca o știință a politicilor publice, în vreme ce partea de analiză se descrie ca o știință pentru politicile publice, adică pentru latura practică a domeniului. În sfârșit, terminologia din limba engleză ar fi trebuit, ca o critică constructivă, să nu separe atât de mult termenii prin clarificarea distincției, de vreme ce există o colaborare continuă și indispensabilă între cei doi termeni care pot fi ușor incluse în aceeași familie de lucru.

Politicile publice și Asistența Socială din România. Exemple de bune practici

Public policy este astăzi un obiect al cercetării apărut din aria mai multor discipline specifice științelor politice și sociale. Aparatul său de cunoștințe, principii și teorii s-a format în urma unor experiențe îndelungate și moștenite din practica țărilor occidentale. Acumularea acestor experiențe a fost necesară pentru a face față riscurilor și provocărilor specifice care pot apărea pe parcurs. Orice aplicare a unei politici publice presupune respectarea pașilor stabiliți anterior prin studiul de fezabilitate, păstrarea obiectivelor în funcție de activități, respectarea calendarului de lucru, răspunderea managerială pentru împărțirea sarcinilor, răspunderea juridică și financiară a cheltuielilor, a salariilor și măsurarea sau cuantificarea rezultatelor așteptate. La aceste activități de bază se adaugă o altă serie de observații, necesități și modificări care pot apărea în funcție de specificul obiectivului urmărit, de domeniul sau de contextul în care se desfășoară întregul proiect. O certitudine ar fi că orice politică publică, mai ales cele care devin politici sociale, este stabilită în urma unui proiect gândit de cineva care a stabilit o anumită strategie. De aici rezultă funcția programatică și prescriptivă care creează o anumită rigiditate atunci când este nevoie de o reșezare a activităților, sau mai grav, a metodelor de lucru. Din aceste motive,

experiența, alegerea celor mai buni specialiști și gradul de flexibilitate pot deveni factori fundamentali în atingerea cu succes a obiectivelor. Prin experiență se presupune o inițiere în acest tip de activități prin acumulare practică și teoretică, alegerea membrilor sau a colaboratorilor este o decizie care aparține exclusiv managerului de proiect, iar gradul de flexibilitate este bine să fie stabilit în contract încă de la început. De cele mai multe ori, un contract care a fost semnat fără a preveni libertatea de a regândi anumite strategii de lucru, mai târziu poate implica anumite riscuri. La fel și această responsabilitate revine exclusiv managerului de proiect.

Dacă privim cu atenție la istoria unei program finanțat din resurse europene sau guvernamentale de la a la z – nu putem trece cu vederea rolul și numărul celor care au fost implicați, începând de la specialiști, experți, reprezentanți ai guvernului, comisii de evaluare și expertiză, cercetătorii din diferite domenii conexe, (așa cum ar fi juristul, asistentul social, contabilul, consilierul, etc.). Toate aceste persoane enumerate mai sus participă la atingerea obiectivelor finale, iar acest lucru înseamnă îndeplinirea tuturor cerințelor necesare care să producă efectele dorite prin calitatea muncii depuse de fiecare. Să luăm ca studiu de caz următorul proiect finanțat cu bani europeni de programul PHARE, care s-a desfășurat în perioada noiembrie 2004 – octombrie 2005, considerat a fi o politică publică de succes cu caracter social: „Organizația responsabilă pentru implementarea Proiectului a fost Consiliul Local Alba Iulia în parteneriat cu Agenția Județeană Alba pentru Ocuparea Forței de Muncă. În ceea ce privește noutatea și scopul implementării, proiectul și-a propus să ofere servicii pe termen lung de mediere socială și profesională, facilitând contactul direct în cadrul ședințelor dintre beneficiari și companii ca potențiali angajatori. Astfel, au fost realizate următoarele beneficii, prin implementarea proiectului: o colaborare strânsă între autoritățile publice locale și comunitatea romă, ceea ce a creat premisele necesare pentru dezvoltarea altor activități comune. În cadrul activităților de mediere socială și profesională, echipa proiectului a avut acces direct la problemele reale ale comunității rome legate de angajarea calificată finală, iar în privința viabilității, tot profitul obținut din proiecte a fost transferat organizației rome Pakiv România înființată ca rezultat al proiectului. Acesta și-a asumat răspunderea pentru continuarea activităților” (Mihalache, C., 2007, p.40)⁵. Principalii actori care au desfășurat activitățile de bază ale acestui proiect au fost asistenții sociali care au luat parte la realizarea strategiei și la planificarea activităților de lucru, într-un moment în care România nu era

⁵ http://www.fonduri-ue.ro/posdru/images/downdocs/povesti_de_succes.pdf

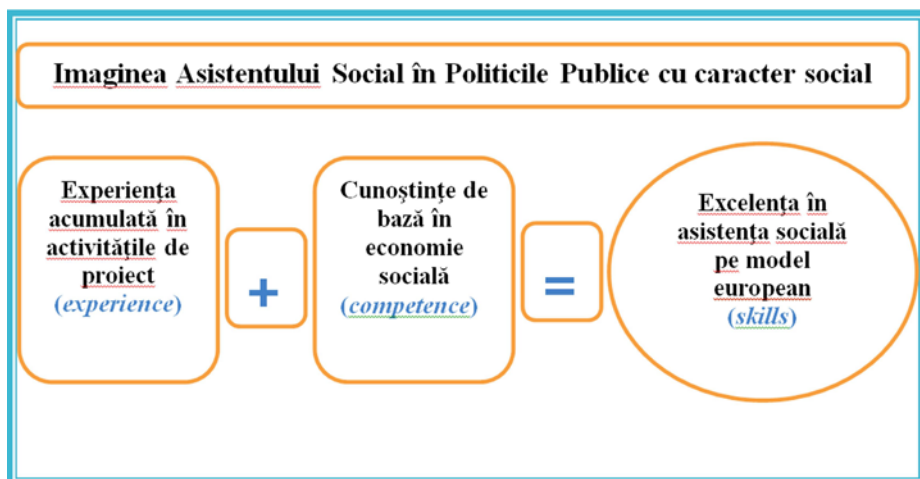
încă membră a UE. Menționez acest lucru pentru că, la vremea respectivă, asistenții sociali nu beneficiau încă de o pregătire care să-i inițieze în stilul activităților de lucru specifice unui proiect. Obiectivele atinse și rezultatele obținute au fost considerate a fi de succes, chiar și în aceste condiții. În octombrie 2005, 45 de persoane de etnie romă au fost angajate, fiind calificate în urma acestui proiect care a asigurat o școlarizare și un număr de diplome în funcție de numărul celor care au finalizat studiile cu succes. Alte 22 de persoane au fost angajate prin semnarea unui nou contract de muncă, iar aproximativ 310 persoane au beneficiat de anumite servicii sociale și profesionale în funcție de necesități. Angajarea pe piața muncii a dus la dezvoltarea unei burse a locurilor de muncă, rezultat important care a scos din izolare comunitatea respectivă de romi.

Un alt exemplu elocvent ar fi proiectul intitulat: „Centrul de protecție temporară pentru tinerii dezinstituționalizați din România, județul Ialomița, localitatea Fierbinți”. Proiectul a avut loc în perioada decembrie 2003 și noiembrie 2005. Organizațiile responsabile pentru implementarea Proiectului au fost: DGASPC Ialomița, Consiliul Județean Ialomița, Fundația Ialomița 2000, AJOFM Ialomița și Centrul de Informare și Resurse pentru Profesiuni Sociale București (Mihalache, C., 2007, p.44). În linii mari, în acest proiect s-a urmărit un lucru foarte necesar în România, și anume scăderea numărului beneficiarilor tineri dependenți de asistența socială și îngrijirea instituționalizată. DGASPC s-a creat în ideea de a sprijini pe tinerii lipsiți de posibilitatea și capacitatea de a se întreține singuri și de a se forma profesional pentru o meserie. Nu au lipsit dificultățile legate de atitudini, comportamente și chiar escapade în care unii dintre copiii care au fugit de la plasament au trebuit să fie recuperați. Rezultatele acestui proiect au fost următoarele: „20 de tineri dezinstituționalizați au fost cazați în locuința de tranzit pentru o perioadă de cel mult 3 ani și au fost asistați pe întreaga durată a cazării, cu scopul de a găsi un loc de muncă și o locuință permanentă; alți 20 de tineri care au părăsit instituțiile de protecție au avut locuri de muncă asigurate pe o perioadă de 12 luni de la începutul implementării proiectului; după prima lună de la intrarea în Centru, 20 de tineri au dobândit deprinderi de viață independentă, reușind să se autogospodărească pe durata cazării, să dezvolte relații sociale și au fost integrați în comunitatea locală; Centrul de Protecție Temporară a fost integrat în sistemul local de asistență socială.” (Haidu, O., 2007, p.45).

Ambele proiecte sociale au dus la integrarea pe piața muncii a unor categorii defavorizate de oameni, îndeplinind astfel una dintre directivele europene enunțate în principiile economiei sociale stabilite în Tratatul de la Lisabona de la 1 decembrie 2009. Relația dintre asistentul social, experiența acumulată în urma activităților de proiect și cunoașterea minimală a

principiilor din economia socială garantează calitatea de excelență din orice program socio-economic de tip european. Punând aceste elemente într-o schemă foarte simplă am putea obține următoarea imagine a asistentului social implicat în noua filosofie a politicilor publice pe model european:

Figura 2. Imaginea Asistentului Social în Politicile Publice cu caracter social⁶



Formarea și necesitatea de noi competențe a dus la mutația care a avut loc cu privire la rolul asistentului social în contextul de europenizare. Rolul clasic pe care îl cunoaștem deja nu se modifică însă cu nimic, ci doar se îmbogățește în raport cu noile provocări. Nu este vorba aici de o evoluție ireversibilă, așa cum ar evoca unii dintre autori, acuzând că amestecul laturii manageriale ar produce o schimbare de nerecunoscut. Ca dovadă, în cele două exemple de mai sus am arătat că rolul asistentului social este exact același. Contactul și munca dedicată cu beneficiarii, unde sacrificiile specifice asistentului social sunt aceleași și la fel de mari, nu schimbă cu nimic datele problemei. Ceea ce se adaugă și apare în acest context este experiența necesară pentru a desfășura proiecte guvernamentale sau europene. Noul mod de lucru s-a dovedit a fi, prin rezultate ușor de controlat prin atingerea obiectivelor, eficient și productiv în comparație cu ceea ce se întâmpla anterior. În zona teoretică s-ar adăuga necesitatea unei pregătiri minimale în economia socială printr-o aprofundare în filosofia statului bunăstării sociale

⁶ Schema este creată și editată de autor.

(de tip *Welfare state*). Atingerea ambelor obiective garantează, în opinia mea, drumul spre excelență în evaluarea calitativă a muncii asistentului social.

Modelul de mai sus nu trebuie privit ca o propunere personală, ci ca un rezultat observat pe care l-am extras din analiza comparativă specifică celor două contexte: european și național.

În exemplul următor venit din zona educației, observăm că, pe lângă specializările clasice ale asistentului social s-au adăugat și alte noi domenii importante, așa cum ar fi: economia socială și politicile publice. În 2010 a luat naștere în România primul program național de master cu studii aprofundate în economie socială. „Universitatea Creștină Dimitrie Cantemir București, în parteneriat cu Universitatea Babeș-Bolyai din Cluj, Universitatea de Vest din Timișoara, Universitatea de Stat din Oradea, organizează programul de master în economie socială. (...) Masteranzii vor fi selectați din rândul absolvenților cu studii superioare care doresc să se specializeze în domeniul economiei sociale sau intenționează să dezvolte asociații, instituții, fundații, activități cu profil de economie socială în vederea creării de locuri de muncă pentru grupuri cu risc de excluziune pe piața muncii. (...) Obiectivul programului de master este de a forma specialiști calificați în inovarea de noi locuri de muncă, în special pentru persoanele marginalizate economic și social, respectiv de a încuraja inițiativele absolvenților privind apariția de noi forme de întreprindere de economie socială ca soluții la integrarea pe piața muncii a persoanelor vulnerabile” (textul este preluat din prezentarea Masterului de Economie Socială de pe site-ul oficial al Facultății de Științe Politice al Universității Creștine Dimitrie Cantemir⁷). Pe lângă ambițiile nobile și de apreciat ale acestor universități, programul de master este finanțat și de Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale AM POS DRU cât și de Fondul Social European (FSE care reprezintă interesul oficial al Uniunii Europene). Formularea obiectivelor pentru acest master par a fi asemănătoare obiectivelor creionate în modelul expus mai sus, aducându-se astfel un alt argument prin care se confirmă apropierea dintre interesul guvernamental și cel european cu privire la nevoia de specialiști.

Concluzii

Autoreglarea sistemului politic este deci elementul cheie necesar unui regim democratic performant, profitând de prezența indispensabilă a specialistului în asistență socială. Privind spre țările nordice, nu putem omite

⁷ <http://masterate.ucdc.ro/masterat-in-economie-sociala.pdf>

că asistența socială a devenit în aceste zone o adevărată filosofie de viață. Cazul Suediei este cel mai elocvent în acest caz. În fișa de activitate a Asistentul social suedez există responsabilitatea explicită de a propune și a iniția strategii de politici publice cu interes social. La noi, în România, se vorbește doar despre o colaborare de tip *de libero arbitrio*, care rămâne la simpla atitudine a simpatiei sau a antipatiei celor implicați. Orice proiect de asistență socială este considerat a fi aici o politică doar de interes guvernamental. Greșit! Chiar dacă susținerea financiară aparține Guvernului, în exemplul suedez care se aplică astăzi în toată Europa, asistentul social este primul și cel mai important personaj care indică direcția de investiții, analizează și oferă strategii de lucru dovedite a fi cele mai eficiente proiecte și, în același timp, ferite de pericolul de a fi politizate. Garantându-se aceste drepturi în filosofia statului social al bunăstării, Suedia a atins în ultimele trei decenii cel mai înalt nivel de calitate a vieții cu un scor care așează această țară pe unul din primele trei locuri în Europa. (Noll, H.H, 2004, p.28). Linia de analiză a acestui studiu dedicat politicilor publice în contextul europenizării arată încă odată importanța unei noi formule de orientare și pregătire profesională a asistentului social de astăzi. Noul rol nu a suportat o mutație de la viziunea clasică, așa cum am demonstrat, ci s-a îmbogățit substanțial cu alte domenii adiacente, garantând calitatea de excelență a unei profesii nobile și consacrate în cele mai dezvoltate țări. La fel și România are nevoie de astfel de specialiști care să reformeze mediul social și politic, transformându-l într-un sistem performant și transparent.

Notă: Această lucrare este elaborată și publicată sub auspiciile Institutului de Cercetare a Calității Vieții, Academia Română ca parte din proiectul co-finanțat de UE prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 în cadrul proiectului Pluri și interdisciplinaritate în programe doctorale și postdoctorale Cod Proiect POSDRU/159/1.5/S/141086

Bibliografie

- Almond, G., Powell, G., 1978, *Comparative Politics: The Developmental Approach*, Little, Brown and Company, Boston.
- Arpinte, D. 2006, Profesionalizarea serviciilor de asistență socială, în *Revista Calitatea Vieții*, XVII, nr. 3-4, București.
- Dye, T. 1995, *Understanding Public Policy*, Prentice – Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
- Easton, D. 1953, *The Political System: An Inquiry into the State of Political Science*, Alfred A. Knopf, New York.
- Easton, D. 1965, *A Systems Analysis of Political Life*, Wiley, New York.

- Hague, R.; Harrop M.; Breslin, S, 1992, *Political Science. A Comparative Introduction*, St.Martin's Press, New York.
- Heclo, H.H., 1972. Review Article: Policy Analysis, în *British Journal of Political Science*, Vol.2, pp 83-108.
- Ionescu, M., Cace, S. 2006, Politici publice pentru romi. Evoluții și perspective, în Valeriu Ioan-Franc (editor), Editura Expert, București
- Noll, H.H., 2004, Social Indicators and Quality of Life Research: Background, Achievements and Current Trends, în *Advances in Sociological Knowledge*, Nikolai Genov (coord), Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, pp 151-181.
- Mihalache, C., 2007, Exemple de proiecte de succes implementate în România în domeniul incluziunii romilor, în Paulischin, H. (coord.), *Povești de succes – Parteneriate pentru egalitate de șanse, proiecte finanțate de Fonduri Europene pentru Incluziunea Socială*, Europe Aid/121962/D/SER/RO, București.
- Haidu, O., 2007, Exemple de proiecte de succes implementate în România în domeniul incluziunii tinerilor care părăsesc sistemul de protecție socială, în Paulischin, H. (coord.), *Povești de succes – Parteneriate pentru egalitate de șanse, proiecte finanțate de Fonduri Europene pentru Incluziunea Socială*, Europe Aid/121962/D/SER/RO, București.
- Zamfir, E. 2011, Calitatea formării asistentului social, cerință a serviciilor sociale specializate, în Gabriela Pohoată (coord), *Studies about education*, Euromentor Journal, Vol. II, nr.2/iunie, ISSN 2067-7839.

Surse online:

Community Care Act 1992, text disponibil la următoarea adresă online:
www.legislation.gov.uk/ukpga/1992/49

Prezentarea Masterului de Economie Socială de pe site-ul oficial al Facultății de Științe Politice al Universității Creștine Dimitrie Cantemir, text disponibil la următoarea adresă online:
<http://masterate.ucdc.ro/masterat-in-economie-sociala.pdf>

Distribuția riscurilor în societatea românească și efectele sale asupra politicilor de protecție socială¹

CIPRIAN ILIE BĂDESCU

Costul de oportunitate al reformei sistemului de protecție și de asistență socială și legea efectului minimizat

Preambul. Ce am urmărit în acest studiu

Românii au alunecat, în ultimii zece ani, după așteptări nesatisfăcute, spre un profil psihologic aparte, în care se combină grija de multe și încrederea în puține. Altminteri spus, societatea românească etalează profilul unei societăți care se simte amenințată, adică se autopercepe ca o colectivitate asaltată de riscuri: sărăcie, șomaj, îndatorare, abandonul copiilor, insecuritatea personală etc.². Într-adevăr a crescut numărul persoanelor care nu reușesc să-și găsească un loc de muncă și tot astfel s-a înmulțit numărul celor ce și-au pierdut încrederea în capacitatea societății românești, a guvernelor țării, de a rezolva problemele cu care se confruntă. Politicile de răspuns ale guvernelor înregistrează un efect atât de redus încât fenomenul merită să fie examinat în mod special. Efectul diminuat al politicilor de răspuns a devenit un fenomen recurent, așa încât suntem somați să ne punem întrebări asupra cauzelor sale. Cum se face că aproape nici una dintre *politicile de răspuns ale guvernelor* care s-au succedat în ultima perioadă n-a reușit să contracareze emergența fenomenului minimizării efectelor? Ideea noastră este că acest fenomen face parte din clasa efectelor secundare sau „perverse” (cu termenul lui R. Boudon) induse de factori ascunși, pe care politicile de până acum n-au reușit să-i elucideze și, deci, să țină seama de ei. Studiul acesta își propune să identifice asemenea factori și să descrie mecanismul lor de propagare. Din capul locului, vom

¹ Studiul este o versiune actualizată a articolului: Bădescu, C. *Distribuția riscurilor în societatea românească și efectele sale asupra politicilor de protecție socială*, Revista Calitatea vieții, XXIII, nr. 2, 2012, pp. 161–180 și a capitolului intitulat *Fundamentul politic al crizei în societatea românească – Distribuția riscurilor în societatea românească și efectele sale asupra politicilor de protecție socială* din volumul: Bădescu, C. 2013, *Fundamentele culturale ale crizelor economice – de la etnoeconomie la teoria proprietății identitare*, Ed. Muzeului Național al Literaturii Române, București

² Un model al relației triunghiulare dintre sărăcie, riscuri și protecție socială a fost propus în cartea coordonată de Zamfir, E., Bădescu, I., Zamfir, C. (coord.), 2000. *Starea societății românești după 10 ani de tranziție*, Expert, Iasi

spune că acțiunea lor este una de tip sistematic, încadrabilă unei legități de subsistem, pe care am și denumit-o lege a efectului minimizat.

Cel ce examinează cât de sumar situația actuală, va constata degrabă că între problemele sociale, pe de o parte, și politicile de răspuns la ele, pe de altă parte, intervin anumiți factori, cu acțiune sistematică, generatori ai unui fenomen pervers, de tipul: „un pas înainte doi pași înapoi”. Această celebră formulă aparține liderului revoluției bolșevice din Rusia și noi o menționăm fiindcă decriptează exact ceea ce vrem să spunem prin legea efectului minimizat. Anticipând, vom sesiza că deși volumul drepturilor sociale este imens (în România sunt 202 drepturi de natură socială), valoarea lor este mică spre insignifiantă, ceea ce atestă discrepanța dintre declarațiile guvernărilor și realitățile generate de actul guvernării.

În România, ne spune un raport oficial al Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale, „18 436,5 mii persoane au beneficiat direct sau indirect de protecție socială” (MMFPS, 2011, p. 1), dar, pe de altă parte, datele comparative ale Eurostat ne arată că ponderea cheltuielilor medii cu protecția socială *per capita* în România în suma cheltuielilor medii cu protecția socială *per capita* în UE, în anul 2003, era de circa 5%. Acesta este tristul și dramaticul adevăr și pe temeiul unei asemenea înfricoșătoare discrepanțe am formulat ipoteza efectului minimizat, pentru a caracteriza eficacitatea redusă a politicilor de protecție socială în România. Înțelegem că, în realitate, „influența transferurilor sociale asupra sărăciei absolute” (MMFPS, 2011, p. 1) este mai mult decât minimizată și este absolut necesar să căutăm factorii care induc o asemenea diminuare a efectului politicilor de protecție socială în România ultimului deceniu. În explicațiile oficiale, chiar în opiniile unor analiști, se susține că o eficacitate așa de redusă a politicilor de răspuns ar fi consecința strict economică: România produce puțin, deci nu are de unde să aloce mai mult pentru protecție socială. Ipoteza noastră este alta și ea va examina efectul de supradeterminare pe care-l au riscurile sociale asupra politicilor de răspuns ale guvernelor. Între factorii supradeterminanți, cel mai semnificativ pare a fi cel legat de redistribuția politică a riscurilor social-economice. Fenomenul a fost cercetat de laureatul premiului Nobel, economistul Rubini, care a sesizat că marea criză, dublată de o recesiune exportată (redistribuită „politic” la scară mondială, pe seama celor mai vulnerabile țări) este consecința conduitei „stăpânilor sistemului”. Referindu-se la criza din Asia de sud-est la startul deceniului nouă al veacului apus, Rubini arată că, în toți anii 1990, țările „au îndurat o serie de crize istovitoare, având în centru boomuri speculative și datorii excesive în diferite sectoare ale economiei” (Rubini și Mihm, 2010, p. 57). Puternicii sistemului nu slujesc sistemul, ci se folosesc de el, încât chiar în momentul în care vin spre societățile amăgite ca investitori, ei dezlănțuie

urgia raidului speculativ, dovedindu-se speculatori veroși, adevărați prădători ai sistemului. Controlul sistemului mondial făcuse posibilă venirea investitorilor din țările dezvoltate „cu saci de bani în Thailanda, Indonezia, Coreea de Sud și Malaysia *aprinzând boomuri speculative în fiecare*. Piețele de titluri au devenit supraevaluate, s-au format baloane în domeniul imobiliarelor; băncile au acordat împrumuturi tot mai riscante; deficitele de cont curent s-au umflat peste măsură, în timp ce investițiile private, excesive și cu randament scăzut o luau înaintea economisirilor naționale” (Rubini și Mihm, 2010, p. 58). Desigur că fenomenul n-ar fi fost cu puțință fără de susținerea guvernelor locale, care, astfel, contribuiau la redistribuția politică a efectelor crizei mondiale asupra propriilor lor popoare. Era firesc, în actul al doilea al guvernării, adică în elaborarea politicilor guvernamentale de răspuns la criză să nu se obțină mai mult decât un efect minimizat. Readucând analiza la scara unei societăți anume și a unei țări, vom încerca să evidențiem ceea ce se manifestă la suprafața sistemului, și anume efectul extrem de coborât al politicilor guvernamentale la problemele societății românești, efect în care se reflectă tocmai mecanismul redistribuției politice a riscurilor. La rândul lor, acestea întrețin pragul scăzut al eficacității politicilor sociale în cadrul societății pe durate destul de lungi. Într-un studiu elaborat în colaborare am formulat cât se poate de răspicat enunțul ipotezei aplicate la studiul crizei. *„Subcultura leadership-ului speculativ este factorul crizei. Liderii financiari ai lumii secondați de elite guvernamentale subalternizate din țările cu economii aservite vor ca lumea cu popoarele ei să fie în serviciul banilor lor, nicidecum banii lor în serviciul lumii. Ei își investesc banii în plasamente speculative, nu în sisteme productive, purtând cu ei suprafinanciarizarea economiilor emergente, bancherism viclean (vezi modelul de redactare a contractelor de creditare a băncilor către clienți neversați), superconsumerism, adică stimularea consumului pe credite, în contul unei munci viitoare deja aruncate, cumpărate (care poate fi pretinsă oricând, oriunde, căci efectul datoriei se traduce mai departe în sarcina generală a contribuabililor unei țări plus datoria familiilor debitoare etc.)”* (Bădescu, I. și Bădescu, C. 2012). Acesta este cadrul în care plasăm analiza din acest studiu, dedicată raportului ascuns dintre redistribuția riscurilor sociale în societatea românească și efectul minimizat al politicilor sociale de răspuns la problemele societății.

Câteva precizări conceptuale și metodologice

Problema studiului nostru este să găsim un răspuns la acest fenomen de înaintare-retragere, care este marcatorul tuturor manifestărilor societății românești, fenomen conform căruia un pas înainte aduce alți doi

pași înapoi, în loc să aducă încă unul înainte. Acesta este semnul apăsător al intervenției unor factori pe care guvernele nu-i văd ori nu voiesc să-i vadă și care fac din politicile sociale instrumente cu o eficacitate foarte redusă, în raport cu multitudinea de probleme sociale cu care se confruntă societatea românească. Acțiunea factorilor ascunși este trădată de fenomene precum întârzierea, inadecvarea sau pur și simplu absența reacției guvernelor, ceea ce induce un efect de multiplicare a riscului și deci o minimizare pe măsură a rezultatului respectivelor politici sociale. Este necesară, așadar, o re-examinare a problematicii riscurilor și deopotrivă a tentativei guvernelor de a găsi o linie de plutire pe acest ocean de neliniște care a înghițit România. Problema revine, altfel spus, la a cerceta starea de risc și de amenințare dinlăuntrul societății deodată cu cercetarea politicilor de răspuns ale guvernelor la o asemenea stare. Metoda pe care o vom utiliza combină *analiza actorilor colectivi* (țări, state, guverne, categorii și segmente ale populației: săracii, defavorizații etc.) cu *analiza comparativă* a datelor și deci a indicatorilor relevanți pentru dinamica fenomenului cercetat (alocări, niveluri, praguri critice în evoluția sărăciei și a vulnerabilității sociale, ori pentru a diagnostica iminența căderii în sărăcia durabilă), urmând ca, prin calcularea unor indici, să putem evidenția recurența efectului minimizat și mecanismul său de propagare. Indicatorii cu care vom opera sunt cei referitori la cheltuielile cu protecția socială *per capita* în țările UE, ori la volumul drepturilor sociale, ori cei referitori la pragurile de participare la beneficiile contribuției, la analiza celor patru trepte de risc pe harta Europei, dar și indicatori specifici, precum ponderea veniturilor din prestații sociale în veniturile gospodăriilor ori pensia medie netă raportată la minimul de subzistență ori la minimul decent de trai etc. Analiza actorilor se focalizează, în principal, pe cercetarea țărilor considerate drept actori pe scena aflată sub incidența legității efectului minimizat. În fine, pentru a deriva tipurile sistemelor de protecție socială ne vom folosi de procedeul „substrucției spațiului de attribute” (a deriva tipuri sociale din combinarea unor dimensiuni sociale la grade diferite de intensitate: vezi tabelul celor trei sisteme de protecție socială mai jos), prin mijlocirea căruia am derivat trei tipuri de sisteme de protecție socială. Aceasta ne îngăduie să întărim ideea profesorului Cătălin Zamfir cu privire la eficacitatea sistemului de gândire managerială cu *variante rezolutive multiple*, preferabilă sistemului binar, ca sistem strategic de căutare a soluțiilor la o problemă socială. Nu trebuie să uităm că, totuși, căutarea soluțiilor aparține unor actori colectivi cu acces în spațiul decizional. Între aceștia, cel dintâi este actorul politic, clasa guvernamentală. Aceasta este cea de care depinde capitalul imaginativ și eficacitatea sistemului de gândire în procesul de căutare a soluțiilor sociale. Vom porni de la această chestiune, păstrându-ne deocamdată la o foarte

succintă examinare teoretico-metodologică a referențialului folosit de guvernanți în procesul de căutare (accesare) a soluțiilor, formulate în termenii politicilor sociale de răspuns la problemele sociale de un fel sau altul.

Trei sisteme de protecție socială de intervenție și două opțiuni

Clasa politică a imaginat, desigur, o serie întregă de politici „de răspuns” la problemele (riscurile) majore cu care se confruntă societatea în tranziție, între care cea mai gravă este problema sărăciei în forma ei severă (sărăcia absolută), ori în forma ei relativă. Aceste politici s-au dovedit a fi însă, adeseori, mai degrabă strategii de mascare electorală, adică măsuri cu miză electorală, astfel că atâta vreme cât se *menține sistemul de generare politică a riscurilor sociale* (în frunte cu generarea sărăciei) politicile sociale nu numai că nu-și ating scopul de reducere a unor asemenea riscuri, dar sfârșesc, de cele mai multe ori, prin a se transforma în factori de inducere a unor sarcini sporite pentru plătitorii de impozite și taxe. Putem formula, ipotetic, întrebări asupra mecanismelor și factorilor care acționează spre a menține un sistem de protecție socială care se dovedește incapabil să surmonteze pragul minimului efect, oricât de mari ar fi costurile sistemului. O cale de acces spre formularea unui răspuns, ipotetic și el, ar putea fi mijlocită de teoria costurilor de oportunitate. Costul de oportunitate reprezintă „costul aferent renunțării la cea mai bună alternativă” (Biz/ed, 2006). Această teorie ne va ajuta, totodată, să căutăm o cale de accesare a unui posibil sistem de protecție socială în lăuntrul opțiunilor unei clase politice și nu în afara lor. Vreau să spun că în opțiunea unui guvern spre un tip de politică de răspuns la problemele societății se ascunde opțiunea clasei politice pentru un anumit stil de viață, bazat pe slujirea societății ori pe folosirea ei ca sumă de instrumente pentru acumulări speculative, bazate adeseori pe forme de desproprietărire colectivă (atestată, de pildă, de practicile privatizărilor oneroase, asupra cărora s-a insistat așa de mult în presa de toate culorile). Atunci când clasa politică optează pentru un anumit stil de viață pentru ea și pentru societatea peste care guvernează, ea va induce, prin chiar opțiunea ei, un tip de sistem al cărui cost de oportunitate este echivalentul a ceea ce s-ar fi putut câștiga dacă ar fi adoptat un sistem și deci un stil de viață alternativ. Altfel spus, dacă ar opta pentru un sistem și un stil de viață nefondate pe o fiscalitate excesivă, ci pe stimularea, facilitarea și susținerea inițiativei și a spiritului antreprenorial, lăsând categoriilor largi ale populației libertatea să se descurce singure, adică să-și plătească direct multe dintre serviciile care poartă haina drepturilor sociale, atunci s-ar obține alte rezultate politice, sociale și economice. Numim acest stil alternativ regim de

stimulare a emergenței unei clase mijlocii puternice. Prin urmare, costul de oportunitate al sistemului politicilor actualmente practicat în România este dat de echivalentul câștigurilor pe care le-ar fi adus populației un regim bazat pe clase mijlocii puternice, cu sau fără un sistem de tip suedez (*stat social*).

Să numim acest sistem bazat pe o clasă mijlocie puternică, pe sărăcie redusă și deci pe transferuri sociale diminuate și pe o protecție minimală, sistem de tip Y. Alternativa lui s-ar părea că este actualul sistem care generează privilegiile restrânse, la un pol, pentru a genera, la celălalt pol, categorii largi de săraci nevoiți să trăiască din mila meschină a guvernelor. Îl vom numi pe acesta sistem - X. Ponderele subsistemului de asistență socială pare a fi una destul de însemnată în cadrul acestui sistem de tip X, dar, din păcate, efectul său este unul dramatic minimizat. Ar mai fi, însă, și sistemul de tip β (îl vom numi *beta-sistem*), care combină politici de protecție socială și de asistență socială cu ponderi considerabile (căci sărăcia e mare) cu regimuri politice de înaltă moralitate publică și deci cu elite guvernamentale de tip eroid, dispuse să economisească, nu să consume, să se mobilizeze pentru reforme organice, pentru politici investiționale reale, cu o atitudine în care se citește respectul față de populație și de țară, practicând un soi de asceză intramundană și, deci, dovedindu-se capabile de jertfă în numele binelui general, al beneficiului general etc. Un asemenea sistem ar fi o mixtură între o *politică de tip neocorporatist* și una de tip *social-democrat* (doctrinar, această combinație implică un mix de idei și practici derivate dintr-un liberalism social și o concepție social-democrată de tip suedez).

Să sintetizăm cele trei modele de răspuns la presiunea riscurilor sociale potențiale, modele care par să descrie și cele trei căi posibile de tranziție pentru țările care se străduiesc să rezolve chestiunea așa de complicată a redistribuirii sociale (politicile cheltuielilor publice pentru protecție socială) și deci a costurilor tranziției însăși. Cum s-a precizat, putem distinge nu două modele alternative pentru politicile de protecție socială, ci trei, pe care, pentru simplificare, le vom denumi sisteme X, Y și β . Iată tabloul matriceal al celor trei configurații posibile.

	Sistem X	Sistem Y	Sistem β
Clasă mijlocie	Slabă	puternică	puternică
Proporția sărăciei	Ridicată	scăzută	scăzută
Transferuri sociale	Ridicate	medii	ridicate

În cazul în care trecerea la sistemul Y este așa de costisitor și dacă, într-o societate, ar lipsi elite de tip β , ar trebui să se mențină sistemul de tip

X cel puțin până când societatea ar reuși să primenească elitele spre un Beta-sistem (sistem de tip β). În acest caz, sistemul de tip X ar fi sistemul cu costurile cele mai mici, în ciuda aparențelor. Un exemplu în acest sens este oferit dacă analizăm actualul sistem cu cele 202 „drepturi de natură socială” (Ministerul de Finanțe, 2010, p. 37) care se acordă astăzi în România invocate de oficialii guvernamentali pentru a dovedi grija guvernului față de categoriile dezavantajate și, totodată, pentru a justifica orientarea spre o reformă de tranziție către un sistem de tip Y. În ciuda volumului, a luxurianței sistemului, cheltuielile medii cu protecția socială *per capita* în România, cum s-a precizat deja, abia ating 5-8% din cât reprezintă cheltuielile medii cu protecția socială *per capita* în UE. Sistemul actual pare extraordinar de generos și de costisitor totodată, dar, precum se vede, efectul său este minimizat spre insignifiantă. În fapt, multe dintre drepturile sociale au proporții derizorii. Tabloul general al politicilor de asistență socială reflectă o endemică incapacitate de răspuns public la exigențele prevenirii riscurilor de vulnerabilitate socială. Chiar și așa, renunțarea la sistemul de tip X (cu o pondere însemnată a cheltuielilor cu asistența socială în totalul veniturilor bugetului de stat), oricât de imperfect este, ar fi de-a dreptul dezastruoasă. Gândind alternativ, putem spune că, deși pare foarte costisitor, sistemul de protecție și de asistență socială costă mult mai puțin decât ar costa tranziția spre un sistem de tip Y, bazat pe clase mijlocii puternice, pe sărăcie redusă și pe transferuri sociale diminuate. O tranziție bazată pe doctrina terapiei de șoc în domeniul politicilor sociale se dovedește catastrofală, așa încât pentru acest domeniu sunt necesare modele de tranziție cu sisteme mixte, care să permită introducerea noului sistem fără o renunțare brutală la cel vechi. O astfel de tranziție ar trebui susținută de eforturile sporite ale populației sau din împrumuturi externe, adică din transferarea costurilor asupra generațiilor viitoare, toate acestea fiind ineficace dacă n-ar fi dublate de politici de relansare economică centrate pe întreprinzător și, deci, pe stimularea comportamentului investițional. Sistemul actual este bazat pe un stat cu fiscalitate excesivă, dar cu „drepturi de natură socială” menținute la praguri modice. Impasul și criza reformei sistemului de protecție socială decurg din practicarea unui sistem de gândire dihotomică și deci a unei concepții simplificate de soluționare (sistem de soluționare binară). Se verifică și pentru problematica reformei sistemului de protecție socială veridicitatea teoriei profesorului Cătălin Zamfir referitoare la cele două strategii de soluționare: cu variante binare și cu soluții rezolutive multiple (Zamfir, C. și alții, 2011) (în analiza noastră, sistemul este bazat pe trei soluții). Prin urmare, costul real al unui stat cu fiscalitate excesivă și cu un regim de privilegii politice este echivalent, ne spune teoria costului de oportunitate,

cu renunțarea „teoretică” la veniturile unei societăți cu o clasă mijlocie puternică, plus cheltuielile antrenate de cele 202 drepturi de natură socială practicate azi, plus costurile asistenței frauduloase. Dacă, așadar, lăsăm lucrurile să se reformeze organic, de jos în sus, fără eforturi reformatoare de tip mutaționist, costurile sistemului vor fi cu mult mai mici decât dacă, în numele reducerii costurilor, s-ar trece la o reformă accelerată și radicală, de tip neoliberal și fără de speranțe. O asemenea reformă ar ridica costurile la praguri greu de suportat de către o populație și așa sărăcită, ceea ce ar induce recursul la o politică de împrumuturi escaladate și deci la o externalizare a costurilor sistemului tot spre cei necăjiți și spre generațiile viitoare. Să reținem, așadar, că trecerea de la un sistem de protecție socială de extracție *socială* la unul de întemeiere *neoliberală* costă enorm și aruncă populația țării în sărăcie endemică, în transferuri de riscuri și de poveri reformatoare spre generațiile de mâine și spre bătrânii de azi, care se vor confrunta cu «tăieri» bruște de facilități în numele reformei sistemului, deci al unei raționalități despre care nu-și va putea aminti nimeni vreodată, căci cei de mâine vor suporta oricum costurile reformei de azi asupra căreia nu și-au dat consimțământul și care va fi, probabil, uitată ea însăși, cum se întâmplă cu uitarea involuntară a tuturor fenomenelor traumatizante.

Distribuția rarității în Occident și în țările postcomuniste

Suntem nevoiți, așadar, să reluăm succint cunoscutele noțiuni generale: risc, sărăcie, protecție socială, spre a le regândi înlăuntrul unui raport de supradeterminare pe care-l induc riscurile atât asupra sărăciei și a nevoilor cât și asupra *politicilor de protejare a persoanelor defavorizate*. Riscurile sociale sunt evenimente negative, provocate în chip direct sau prin efecte secundare de anumite tipuri de acțiuni individuale sau colective proprii unui mod de viață, unor regimuri de putere, unui anume sistem de civilizație etc. Riscurile sunt, în mod obișnuit, întâmpinate prin politici de contracarare, în caz contrar, categoriile de persoane supuse evenimentelor generatoare de risc devin categorii vulnerabile. Numim acest tip de risc, multiplicat prin întârzierea reacției ori prin absența reacției sau prin inadecvarea ei, *risc de vulnerabilitate (vulnerabilizare) socială*. Politicile de preîntâmpinare a unor asemenea riscuri fac parte din politicile de protecție socială și din gama largă a asistenței sociale. Politicile de protecție socială caută un răspuns la presiunea riscurilor sociale, dar acel răspuns este supradeterminat de însuși fenomenul riscurilor (sferă și intensitate), astfel că aceleași politici de protecție înregistrează efecte minimizate într-o societate cu riscuri sociale mari, comparativ cu o societate în care riscurile sociale sunt mai mici. „Cei mai săraci 20% dintre români primesc un sfert din

totalul beneficiilor contribuitorii”³, se precizează într-un comentariu al unui analist pe *Hotnews*. Din simpla menționare a acestui raport de participare la beneficiile contribuitorii deducem că proporția sărăciei este atât de mare încât efectul sistemului de protecție socială va fi minimizat ca urmare tocmai a unei asemenea disproporții. Riscul mării sărăcii induce un efect de minimizare asupra rezultatelor scontate ale politicilor de protecție socială. Fenomenul efectului minimizat este însă datorat și unui alt tip de riscuri sociale, pe care unii analiști le încadrează în clasa riscurilor cu etiogeneză politică. Spre deosebire de societatea industrială, unde „producția socială a avuției este acompaniată în plan secundar de producerea socială a riscului” (Beck, 1992, p. 19), în societatea de tranziție „generarea de privilegii politice induce sistematic un proces negativ de *generare politică* a riscului social. Acesta este, de regulă, unul și același cu efectul politicilor incorecte de redistribuție a rarității. În vreme ce în societatea industrială, distribuția rarității acompaniază problemele și conflictele care derivă din definiția producției și din strategiile folosirii echipamentului tehnologic” (Beck, 1992, p. 19), în societatea postcomunistă distribuția rarității acompaniază clasa tensiunilor și conflictelor care decurg din generarea de privilegii politice. Efectul minimizat al politicilor de protecție socială se încadrează în clasa efectelor perverse ale tranziției, chestiune la care s-a referit într-o manieră aprofundată profesorul Cătălin Zamfir. Referindu-se tocmai la efectele pe dos ale tranziției, D-sa formulează această întrebare oarecum retorică: „cum se pot explica nereușitele șocante ale tranziției în condițiile în care totul ar fi trebuit să se desfășoare conform așteptărilor? Cum poate o strategie de reformă (...) susținută de un larg consens intern și de un suport occidental (...) să producă prin aplicare asemenea rezultate negative?” (Zamfir, C., 2004, p. 35). Politicile sociale și, probabil, alte tipuri de politici guvernamentale sunt expuse, în chip oarecum fatal, legității efectului

³ „Beneficiile sociale – în sens restrâns - acoperă, în general, fie nevoile persoanelor ce depășesc vârsta de pensionare sau incapabile de a se susține din punct de vedere financiar singure - ca de exemplu persoanele bolnave, cu handicap sau cele care, din diferite motive, nu reușesc să găsească un loc de muncă -, fie nevoile persoanelor considerate a face parte din categorii ce prezintă un risc ridicat de a ajunge în dificultăți financiare (e.g., familii cu copii, familii monoparentale). Beneficiile sociale pot fi contribuitorii, i.e. beneficiile sunt condiționate de plata unei contribuții din partea individului, sau noncontribuitorii. Primele sunt plătite din fonduri sociale speciale, iar cele din urmă din taxele și impozitele generale. Beneficiile sociale pot fi universaliste, respectiv categoriale, caz în care eligibilitatea este conferită în baza apartenenței la o anumită categorie socială (e.g., cetățean, copil aflat în întreținere, mamă singură cu copil în întreținere, familie cu copii), sau pot fi bazate pe testarea mijloacelor de trai ale individului sau familiei” (Pop, L. 2002).

minimizat. Minimizarea este un fenomen de supradeterminare. Riscurile sociale intervin ca supradeterminări în orice acțiune guvernamentală, astfel că rezultatul politicilor este întotdeauna sub pragul așteptat. Altfel spus, riscurile sociale se întorc în sistem sub forma unor deteriorări escaladate ale stărilor acestuia.

Vorbind despre fenomenul redistribuirii riscurilor antrenat de evoluția modernă a societății de tip occidental, U. Beck subliniază faptul că putem consemna, la scara acestor societăți, o „translație dinspre logica distribuției avuției, proprie unei societăți a rarității, către logica distribuției riscului, definitorie pentru modernitatea târzie” (Beck, 1992, p. 19).

Cât privește societățile europene estice, vom sesiza că la acest gen de riscuri sociale proprii societăților de tip occidental se supra-adaugă o specie nouă de riscuri care sunt produse și redistribuite politic. În cadrul societăților estice, clasa politică și puterea sunt de departe factori mult mai relevanți pentru logica sistemului decât sunt factorii economici (a căror relevanță este indubitabil sporită în logica societăților de tip occidental). Noțiunea de stat al bunăstării are înțelesuri cu totul distincte în cele două specii de societăți. Să reținem această distincție a sociologului german între societatea producătoare de riscuri și societatea generatoare de inegalități, denumită și „societate de clasă”, distincție la care adăugăm și tipul de societate ivit în urma căderii regimurilor comuniste, context în care s-a impus conceptul de societate postcomunistă în tranziție. „Conceptele de societate de clasă și/sau industrială s-au ivit în jurul problemelor legate de *posibilitatea distribuției avuției* într-un mod socialmente legitim și totodată inegalitar” (Beck, 1992, p. 19).

Conceptul de societate postcomunistă în tranziție a fost elaborat, între altele, tocmai pentru a evidenția decalajele și, deopotrivă, pentru a desemna noul sistem de redistribuție a riscurilor pe seama și pe cheltuiala celor care nu sunt acceptați la elaborarea regulilor și la luarea deciziilor în cadrul jocurilor politice. Jocul actorilor pe scena politică este, iată, factorul cel mai semnificativ în ceea ce privește gradul de expunere la riscuri și la vulnerabilități și, deci, gradația neputințelor în fața legii efectului minimizat.

Să vedem însă pe ce se reazemă sistemul, ce fel de actori se mișcă pe scena lui, cine sunt cei ce-ar trebui să suporte costurile reformării sistemului și care ar fi resursele reformării sale. Ipotetic, vom spune că fundul sacului e gol și actualii beneficiari ai sistemului n-ar putea suporta costurile unei noi tranziții, căci pragurile sărăciei și ale presiunilor crizei sunt așa de ridicate încât orice suplimentare a poverilor ar fi cu siguranță ineficace, dacă nu dezastruoase.

Scena și actorii reformării sistemului. Structura inegalitară a protecției sociale în Europa. Cum și cât de mult își protejează statele europene propriile popoare

Să examinăm, în fine, scena și actorii ei, pentru a evalua energia sistemului și, deci, potențialul real al unei posibile reforme. Am sugerat până aici că întrucât sistemul funcționează într-o societate care produce riscuri, acestea vor acționa în sistem și asupra sistemului ca factori de supradeterminare a dificultăților populației, a funcționării sistemului și, în consecință, a efectelor unor politici, în cadrul sistemului. Modul în care se propagă supradeterminările riscurilor în sistem este inteligibil, cum s-a precizat, prin ceea ce am denumit legea efectului minimizat. Altfel spus, oricât de „savant” (inteligent) ar fi sistemul, efectele lui nu vor putea trece peste un anumit prag, care se va situa întotdeauna la un nivel impus prin efectul de minimizare datorat fenomenului de supradeterminare care introduce deteriorări sporite în sistem (sărăcie sporită, vulnerabilități sporite etc.). Altminteri spus, riscurile produse pe cale economică și politică vor pune baricade la toate efectele scontate ale unei/unor politici sociale sau generale peste care nu se va putea trece. Spunem că efectul politicilor a fost și este minimizat de influența riscurilor, care acționează ca factori de supradeterminare, cum s-a precizat deja. Totul este legat de actorii de pe scena sistemului și de capacitatea lor de a diminua riscurile, dacă nu le pot înlătura. Actorii principali pe scena sistemului sunt, evident, guvernele și săracii, cei ce au nevoie de protecție socială, care ar trebui să beneficieze de efectele politicilor de protecție. Ceea ce susținem prin ipoteza noastră este că, oricât de laborios ar fi sistemul și oricât de luxuriante ar fi formele de protecție și de asistență socială practicate în sistem, beneficiarii lui n-ar putea obține mai mult decât un efect minimizat, fiindcă riscurile și vulnerabilitățile ar interveni în chip fatal în jocul factorilor sistemului. Simplu spus, ceea ce cumpărai ieri cu 2 lei cumperi azi cu 4 lei, încât sistemul n-a putut să sară peste umbra lui.

Oricât de mult vor fi crescut cheltuielile cu protecția socială în România, politicile guvernelor n-au putut să sară peste pragul efectului minimizat (tocmai fiindcă a crescut costul vieții, ca urmare a adâncirii riscurilor), astfel că România a rămas, în continuare, țara cu cea mai scăzută putere de cumpărare a ajutoarelor sociale primite de la stat.

Efectul minimizat al politicilor de protecție socială reiese și din tabelul și graficul de mai jos. Cheltuielile totale cu protecția socială per capita, în anul 2003 se ridicau la 318 EUR, fiind cele mai scăzute din UE. În anul 2011, în Cipru, aceste cheltuieli erau de aproape 5 ori mai mari decât în

România, în Grecia, o țară măcinată de o criză economică și socială fără precedent, cheltuielile cu protecția socială se ridicau la 5663 EUR (2011), fiind de 5 ori mai ridicate decât în țara noastră. Nivelul cheltuielilor totale cu protecția socială per capita situa România pe penultimul loc în UE în anul 2003. Situația rămâne neschimbată în anul 2011. Simpla constatare a acestei poziționări indică efectul minimizat al politicilor de protecție socială din România.

Tabelul nr. 1. Cheltuielile totale cu protecția socială, per capita, în țări ale Uniunii Europene, în perioada 2003-2011

GEO/ TIME	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
EU (28)	:	:	:	:	:	6702,27	6962,74	7182,37	7290,85
EU (27)	:	:	6088,08	6319,22	6535,14	6716,61	6975,11	7194,84	7303,44
EU (25)	5980,87	6210,38	6439,46	6676,69	6886,99	7063,17	7330,69	7555,05	7666,69
EU (15)	6895,49	7151,26	7382,59	7632,57	7844,89	7995,08	8322,27	8556,40	8676,30
Belgium	7288,45	7661,18	7907,56	8172,32	8488,50	9153,62	9658,14	9830,17	10146,25
Bulgaria	:	:	453,67	488,72	576,96	732,31	807,72	880,28	927,43
Czech Republic	1606,45	1677,57	1882,18	2078,89	2311,15	2679,38	2767,10	2890,53	3025,44
Denmark	10799,67	11200,53	11570,17	11763,70	12788,93	13120,85	14043,56	14631,67	14785,09
Germany	8016,54	8019,91	8115,74	8133,09	8212,01	8448,31	9126,04	9349,81	9389,88
Estonia	803,02	928,10	1039,05	1206,38	1449,62	1809,14	1984,34	1937,01	1951,78
Ireland	6063,94	6428,07	6837,12	7414,53	7966,10	8775,56	9635,91	9975,60	10516,77
Greece	3671,06	3955,64	4320,38	4631,56	4936,92	5446,10	5741,53	5718,13	5662,80
Spain	3765,98	3985,74	4285,19	4550,67	4849,40	5258,60	5733,76	5800,86	5842,41
France	7941,66	8308,05	8596,56	8856,00	9146,52	9424,38	9828,31	10086,83	10327,27
Croatia	:	:	:	:	:	2007,40	2101,76	2114,62	2078,47
Italy	5989,55	6227,18	6443,37	6733,57	6975,06	7298,15	7540,83	7672,77	7725,25
Cyprus	2974,53	3089,89	3293,20	3518,96	3685,76	4208,18	4455,56	4638,37	4782,80
Latvia	608,61	650,59	739,39	914,64	1077,41	1335,35	1462,42	1534,63	1478,21
Lithuania	655,50	722,50	834,19	981,77	1279,73	1627,64	1787,37	1712,54	1742,18
Luxembourg	12659,72	13358,45	14122,30	14671,55	15081,17	16339,19	17358,68	17870,51	18136,02
Hungary	1556,01	1688,48	1927,10	1998,89	2243,35	2406,12	2216,99	2223,99	2281,16

GEO/ TIME	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Malta	2020,65	2091,43	2178,24	2273,58	2423,26	2633,93	2832,90	2987,14	3012,85
Netherlands	8307,40	8550,29	8764,47	9519,95	9879,56	10295,40	10946,51	11352,79	11578,16
Austria	8155,18	8356,78	8592,92	8869,46	9189,74	9661,76	10123,10	10385,69	10511,54
Poland	1054,44	1074,71	1262,21	1382,19	1480,53	1767,65	1561,01	1786,18	1847,61
Portugal	3186,78	3395,58	3598,35	3746,03	3835,94	3966,34	4281,54	4386,00	4298,59
Romania	318,25	364,98	503,01	591,29	809,40	969,87	993,21	1079,41	1061,87
Slovenia	3059,63	3173,03	3306,37	3512,13	3648,36	3937,99	4210,18	4322,33	4409,55
Slovakia	1009,18	1088,60	1181,76	1354,34	1637,74	1923,54	2189,13	2281,21	2327,62
Finland	7427,53	7763,53	8011,25	8316,47	8624,86	9141,42	9819,86	10188,63	10522,02
Sweden	10035,40	10236,42	10288,08	10630,75	10781,88	10662,64	10058,87	11341,98	12070,93
United Kingdom	7107,31	7645,80	7978,03	8337,31	8421,25	7657,98	7308,85	7575,92	7641,16
Iceland	7705,04	8265,65	9575,06	9302,29	10268,82	7132,16	6908,83	7323,51	7905,78
Norway	11872,85	11740,34	12529,45	13015,38	13760,90	14472,50	14678,34	16637,38	17919,60
Switzerland	11113,23	11022,92	11255,51	11128,70	10943,00	11520,21	12697,58	14195,43	15944,37

Sursa: Eurostat, <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do>
[12.01.2014]

Aceste date arată că, indiferent de guverne și de politicile lor, ceva din sistem a menținut România în aceeași poziție, încât efectul politicilor n-a putut escalada pragul său așa de coborât, comparativ cu celelalte țări europene. Efectul a fost, de fiecare dată, minimizat de intervenția unor factori ascunși din sistem, care nu sunt altceva decât suma de riscuri reproduse de la o perioadă la alta. Riscurile s-au întors în sistem, după fiecare ciclu guvernator, cu putere de minimizare a efectelor scontate ale diverselor politici guvernamentale. Problema care se ridică este aceasta: de ce n-au reușit guvernele să reducă riscurile și, astfel, să maximizeze efectele politicilor de răspuns la diversele probleme sociale?

Dacă ținem seama de datele prezentate în Raportul social al ICCV intitulat *Situația sărăciei României în context european*, conform cărora în 2007, de pildă, circa 1/3 din populația României realiza venituri care se situau sub pragul de 70% din valoarea venitului median în spațiul UE, atunci putem spune că 32% dintre români se află în situație vulnerabilă. Putem afirma că sistemul actual de protecție socială nu contribuie la o calmare a riscurilor sociale, chiar dacă datele statistice arată că „18 436,5 mii persoane

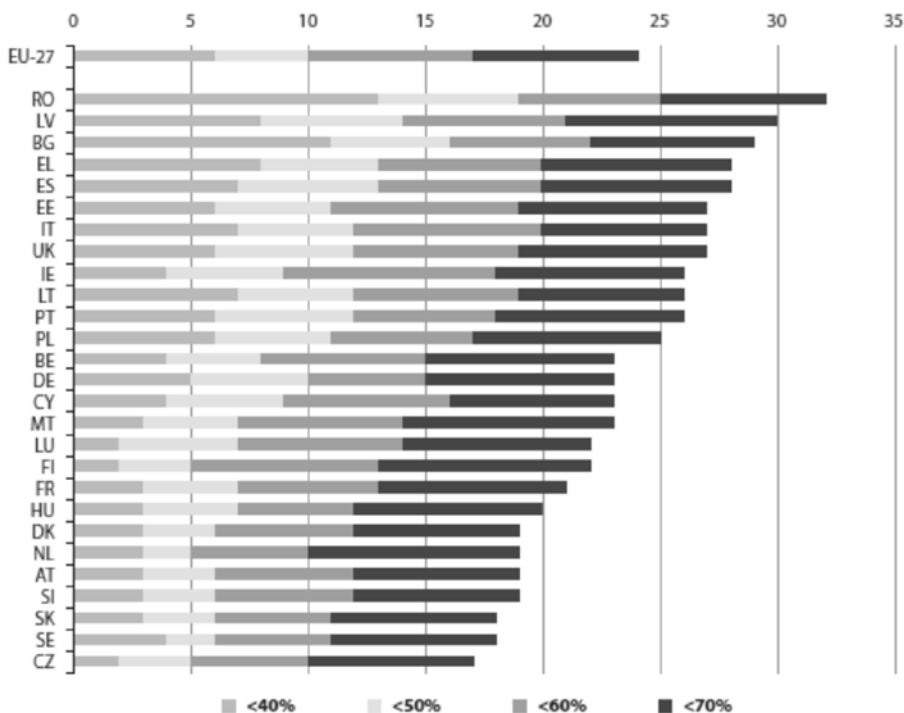
au beneficiat, direct sau indirect, de protecție socială” (MMFPS, 2011, p.1). Datele finale ale ultimului Recensământ al populației și locuințelor (2011) arată că populația stabilă a României este de 19 043,7 mii persoane (INS, 2012). În ipoteza în care numărul celor care beneficiază, direct sau indirect, de protecție socială se menține, în anul 2011, la o valoare apropiată de cea înregistrată în 2009, atunci ponderea persoanelor care au beneficiat de protecție socială în totalul populației stabile a României se ridică la 96,8%. Sistemul pansează rana, însă n-o vindecă, iar pansamentul aplicat nu face decât să amăgească pacientul. Spunem, așadar, că sistemul este unul în și prin care se exprimă o necesitate a subviețuirii, este dictat de imperativul unei simple subviețuiri. Nu putem să ne așteptăm ca el să rezolve, în vreun fel, chestiunea gravă a riscurilor sociale și, deci, a vulnerabilității cu care se confruntă 30% dintre români, dacă ne raportăm la proporția celor care câștigă sub pragul de 70% din valoarea venitului median din spațiul UE. A-l redimensiona, adică a reduce ponderea contribuțiilor ar fi dezastruos. Pe de altă parte, acel mod de exprimare: „într-o formă sau alta”, „direct sau indirect”, e o manieră „inteligentă” de a escamota responsabilitatea pentru cei 30% dintre cetățenii României care nu pot scăpa de riscul vulnerabilității sărăciei relative. Riscul sărăciei relative nu poate fi contracarat prin actualele politici sociale, iar retorica discursului oficial arată doar inabilitatea adoptării unor politici dedicate unor categorii incapabile să treacă de pragul subviețuirii. Iar categoria acestora reprezintă treimea nenorocită a populației României raportată la întregul ei. Iată, în fine, concluzia Raportului social al ICCV nr. 4/2011, *Situația sărăciei României în context european*:

„Românii – cei mai săraci europeni. Ca efect al performanței economice scăzute în România, în ultimele două decenii, complementar cu *nivelul cel mai scăzut al protecției sociale, nivelul sărăciei în țara noastră este cel mai ridicat din Europa.* În anul 2007, aproape o treime din populația României (32%) realiza venituri sub 70% din valoarea venitului median din spațiul UE, situându-se în situație de sărăcie relativă”.

În Graficul 2 sunt prezentate ratele sărăciei, în funcție de pragurile de 40%, 50%, 60% și 70% din „venitul disponibil echivalent”⁴ în cazul celor 27 de țări ale UE.

⁴ „Venitul disponibil echivalent”: venitul total disponibil al gospodăriei, împărțit la „mărimea sa echivalentă”. „Mărime echivalentă”: mărime calculată cu ajutorul scării modificate a OCDE (care atribuie o pondere de 1,0 primului adult, de 0,5 celorlalte persoane în vârstă de 14 ani sau mai mult care trăiesc în gospodărie și de 0,3 copiilor sub 14 ani) (CE, 2004).

Graficul 2. Ratele sărăciei (% din totalul populației) în funcție de pragurile de 40%, 50%, 60% și 70% din „venitul disponibil echivalent”, în anul 2007



Sursa: Eurostat, 2012.

Intervenția statului și legea dublei distribuiri

Politicile sociale promovate de *guvernările postcomuniste* din societatea românească nu au reușit, așadar, să reducă riscurile sociale care derivă dintr-un fenomen așa de îngrijorător precum acela al sărăciei de mare extensie (o treime din totalul populației). Sărăcia devine o constantă îngrijorătoare a societății românești pe care nici o guvernare postcomunistă din ultimii 20 de ani nu a reușit s-o diminueze. Oricât de importante ar fi fost sumele din bugetul țării alocate politicilor sociale în toți acești ani și oricât ar fi partea din averea românilor redistribuită pentru a finanța un sistem de protecție socială, politicile de protecție socială se dovedesc a fi ineficiente, atât timp cât 32% din populația României continuă să trăiască în sărăcie

relativă⁵. Și aceasta pentru că *politicile sociale și fiscale* promovate în toți acești ani s-au transformat, din păcate, în instrumente de redistribuire a riscurilor, în loc să servească tocmai ca mijloace ale reducerii lor.

Mecanismele intervenției «statului bunăstării» sunt folosite, în cazul normal, pentru a ajuta persoanele defavorizate, dar, în cazul societăților estice, aceste mecanisme sunt folosite și pentru a redistribui efectele unui mod de viață foarte costisitor, propriu clasei guvernante. Aceasta este mai aproape de profilul clasei de *loisir* (*leisure class*). Am denumit acest fenomen *dublă redistribuție*. Odată cu redistribuția riscurilor care derivă din fenomenul rarității resurselor, în societățile estice se petrece și o redistribuție a efectelor unui mod de viață bazat pe un consum necompensat, *redistribuit în sarcina muncii sociale, adică a majorității populației cu venituri modeste*. Principalele mecanisme folosite de clasele guvernante pentru a putea să trăiască în acest fel și a răspunde minimal presiunii sociale și amenințării acumulării riscurilor de vulnerabilitate socială ar putea fi desemnate prin noțiunea „statului cu fiscalitate excesivă”. Un stat cu un asemenea profil induce o fiscalitate împovărătoare și un sector economic subteran, nereușind, în realitate, să rezolve nici problemele relansării economiei și nici pe cele ale protecției sociale.

Paradigma societății riscurilor ar trebui redefinită, așadar, pentru a ne îngădui să ținem seama de situația specifică acestui tip de societăți. În formularea ei standard, această paradigmă se referă la soluționarea unei probleme distincte: „cum pot fi prevenite, minimizate, (*dramatized*) sau canalizate riscuri și hazarduri produse, în mod sistematic, în cadrul modernizării...? Cum pot fi ele limitate și distribuite în așa fel încât nici procesul de modernizare să nu aibă de suferit, dar nici limitele a ceea ce este tolerabil din punct de vedere ecologic, psihologic și social să nu fie depășite?” (Beck, 1992. p. 19) Cu totul alta este situația societăților estice, în general.

Așa cum reiese din cartea profesorului Cătălin Zamfir dedicată „ieșirii din tranziție”, societățile postcomuniste s-au confruntat și se confruntă cu două serii de probleme: cum se pot elibera din constrângerile politice specifice vechiului regim și cum pot să se împace cu noile constrângeri politice și cu riscurile unui mod de viață propriu așa-numitelor „societăți în tranziție”. Cu variațiuni de la una la alta, societățile estice au trebuit să gestioneze efectele a trei procese distructive, induse aproape exclusiv de factori de ordin politic și motivate exclusiv politic:

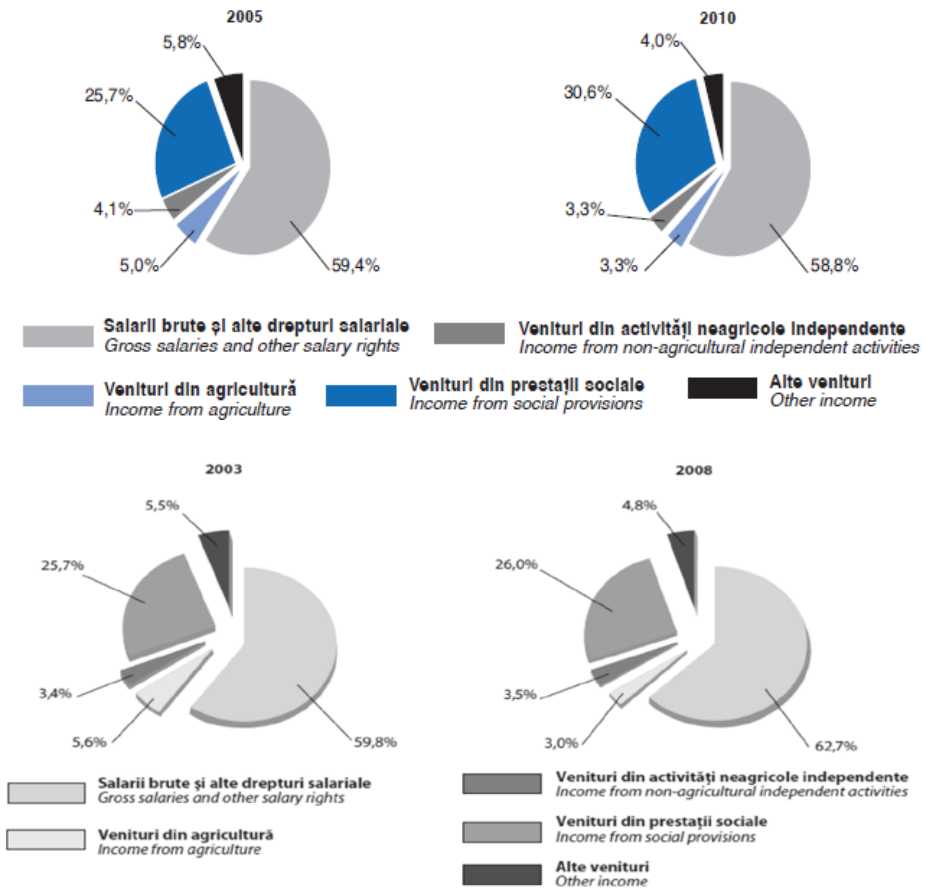
⁵ Am luat în considerare rata sărăciei în funcție de pragul de 70% din venitul disponibil echivalent, astfel încât proporția românilor care obțineau venituri situate sub acest prag se ridica la 32% din totalul populației în anul 2007.

- a) primul proces se referă la decizia de dezintegrare a anumitor structuri sociale (cum au fost, de pildă, agricultura cooperatistă, în genere, cooperativa, posesiunile corporative, proprietatea de muncă, adică dreptul de posesiune și de folosință a echipamentului fostelor CAP-uri, al sistemului de irigații, al industrialismului însuși etc.) doar pentru că s-ar fi bazat pe o structură statală centralizată. Aceste structuri au fost dezagregate prin motivație strict politică, fără să fi fost între timp înlocuite cu alte tipuri de structuri capabile să mențină în funcțiune sistemul social, cel puțin la nivelul său minimal. În acest fel, au fost induse pe cale politică riscuri structurale;
- b) al doilea proces se referă la înlocuirea unor importante instituții și subsisteme culturale, doar pentru că fuseseră utilizate de oamenii perioadei comuniste, deși oamenii le-au folosit nu pentru a se ajusta sistemului comunist, ci pentru a învăța să trăiască cu mai puține efecte distructive pentru modul lor de gândire și de viață. Abrogarea Legii Patrimoniului cultural, de pildă, de către primul guvern revoluționar reprezintă cea mai grăitoare dovadă în acest sens, tot astfel, în alte sfere, au fost decizii bazate pe același tip de raționament;
- c) în numele reformei au fost distruse vechile certitudini care garantaseră acoperirea unor riscuri și nevoi de bază a căror nesatisfacere ar fi amenințat nivelul de trai al oamenilor de rând.

S-au creat, astfel, în România, premisele unui nou tip de societate, guvernată prin politici de redistribuire a riscurilor, prin practici de amânare a rezolvării problemelor stringente, cum ar fi calitatea cu totul precară a vieții unui segment de populație reprezentând 32% din populația țării, în care se grupează cei ce se situează sub pragul sărăciei relative (Zamfir (coord.), 2011). Politicile sociale și fiscale devin, așadar, instrumente ale redistribuirii riscurilor în societatea românească.

Conform propriilor calcule, 96,8% din populația României beneficiază de o formă sau alta de protecție socială. Cu toate acestea politicile de protecție socială n-au reușit să surmonteze pragul celor circa 30% săraci. Conform Raportului Institutului de Cercetare a Calității Vieții, 32% dintre cetățenii români trăiesc, precum s-a precizat mai sus, în sărăcie relativă. Ambele categorii de date au în spate aceeași tristă narațiune socială: neputințele unei societăți, nevoită să trăiască din mila statului sau să alunece în sărăcia apăsătoare.

O privire asupra veniturilor și structurii veniturilor totale în anul 2010 comparativ cu anii 2008, 2005 și 2003 dezvăluie dependența în creștere a gospodăriilor defavorizate de veniturile din prestații sociale. Iată datele:

Graficul 3. Structura veniturilor bănești

Sursa: Anuarele Statistice ale României, 2009 și 2011.

Ponderea veniturilor din prestații sociale în totalul veniturilor era de 25,7% în 2003, valoare care crește la 26% în 2008 și ajunge la 30% în 2010. Este o altă dovadă a veracității legii efectului minimizat al politicilor guvernamentale. Din 2003 și până în 2010 ponderea veniturilor din prestații sociale crește, în loc să scadă, ceea ce arată gradul sporit de dependență a gospodăriilor defavorizate de acest tip de venituri, care este un indicator al vulnerabilității sociale. În trimestrul IV al anului 2010, această pondere scade la 25,3% (Graficul 4), însă continuă să reprezinte o pătrime din venitul total. Gospodăriile al căror cap este reprezentat de persoana pensionată

depind de prestații sociale într-o proporție de 55,4% din totalul veniturilor lor bănești.

Tabelul nr. 2. Nivelul și structura veniturilor totale, în trimestrul IV, 2010

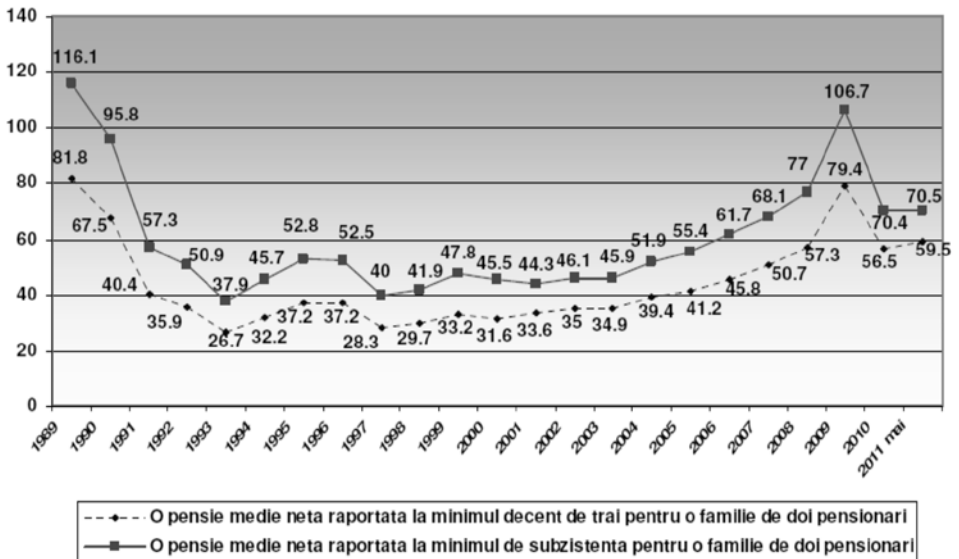
Venituri totale	% din total:								
	Venituri bănești	din care:					Venituri în natură	din care:	
medii lunare pe persoană - lei -	salarii brute și alte drepturi salariale	venituri din agricultură	venituri din activități neagricole independente	venituri din prestații sociale		Contra-valoarea veniturilor în natură obținute de salariați și beneficiarii de prestații sociale	Contra-valoarea consumului de produse agroalimentare din resurse proprii		
TOTAL	797,15	82,6	48,6	2,5	2,6	25,3	17,4	1,8	15,6
<i>Statutul ocupațional al capului gospodăriei:</i>									
• Salarizat	976,98	89,8	80,1	0,5	0,5	6,4	10,2	1,8	8,4
• Agricultor	485,29	51,2	7,9	21,2	3,8	13,8	48,8	1,4	47,4
• Șomer	487,20	80,1	36,9	4,0	3,6	23,4	19,9	2,5	17,4
• Pensionar	787,03	78,1	17,1	2,2	1,1	55,4	21,9	1,9	20,0
URBAN	922,48	91,6	61,7	0,4	2,1	23,9	8,4	2,2	6,2
RURAL	644,54	66,9	25,7	6,2	3,5	27,6	33,1	1,2	31,9

Sursa: Studiul privind Veniturile și cheltuielile gospodăriilor populației, în trimestrul IV 2010, INS, Comunicat de presă nr. 69/2011.

Efectul minimizat al politicilor sociale este cât se poate de evident în cazul acestor gospodării care deși beneficiază de venituri din prestații sociale într-o proporție de 55,4% nu-și pot satisface „trebuințele minimului de subzistență” (Zamfir (coord.), 2011).

„Când familia de pensionari a dispus numai de o pensie medie netă, aceasta nu a putut satisface nici trebuințele minimului de subzistență (cu excepția anilor 1989 și 2009). O asemenea categorie de familie însă, niciodată nu și-a putut permite un nivel minim decent de trai” (Zamfir (coord.), 2011:17) Iată datele calculate de către raportorii.

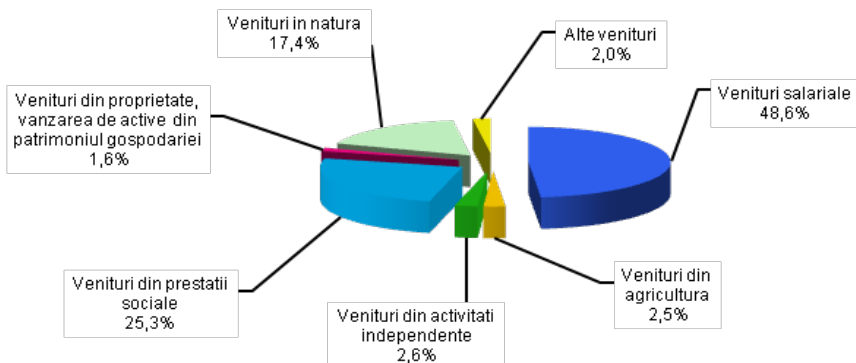
**Graficul 4. „Gradul de acoperire a trebuințelor aferente minimului decent de trai, respectiv minimului de subzistență, în familia de pensionari cu o pensie medie netă de asigurări sociale de stat”
(Raportul social al ICCV nr. 4, 2011: 17)**



Sursa: Raportul social al ICCV nr. 4/2011.

Graficul 5

Structura veniturilor totale ale gospodăriilor, pe surse de formare, intrimestrul IV 2010



Sursa: Studiul privind Veniturile și cheltuielile gospodăriilor populației, în trimestrul IV 2010, INS, Comunicat de presă nr. 69, 2011.

Distribuția inegalității și conflictele care decurg din această distribuție ocupă, de departe, prim-planul vieții sociale, atâta vreme cât nevoi materiale evidente, dimpreună cu „dictatura rarității, domină gândirea și acțiunea oamenilor (prezente astăzi în mai toate părțile așa-numitei *Lumi a treia*). În aceste condiții proprii unei societăți a rarității, procesul de modernizare pretinde că este capabil să deschidă porțile spre sursele ascunse de bunăstare socială cu cheile dezvoltării tehnico-științifice...” (Beck, 1992: 20). În societățile postcomuniste însă au fost deschise, în paralel, și porțile surselor ascunse ale riscurilor neobișnuite, cum ar fi acelea strâns legate de elitele deviante, adică de acel tip de elite egoiste, centrate pe propriul lor interes, chiar dacă un asemenea impuls ar afecta condițiile de viață ale altor grupuri sociale. Principalul mod de acțiune ale unor astfel de elite este acela al redistribuirii riscurilor în societate, cu scopul de a disimula măsuri ce, la prima vedere, îmbracă forma politicilor „de răspuns” la provocările cu caracter social dar nu sunt însă, decât modalități de perpetuare a intereselor lor politice. A depăși starea aceasta presupune mai mult decât fasonarea unor politici de protecție a celor necăjiți. Un atare obiectiv reclamă o transformare profundă a profilului spiritual al clasei guvernante, ceea ce este o chestiune de maximă urgență pentru România de mâine.

Bibliografie

- Badescu, C. 2012. Distribuția riscurilor in societatea românească și efectele sale asupra politicilor de protective sociala, *Revista Calitatea vieții*, XXIII, nr. 2, pp. 161–180
- Bădescu, C., Bădescu, I. 2015. *Sistemului mondial si cultura crizei* (manuscris)
- Beck, U. 1992. *Risk Society. Towards a New Modernity*, Sage Publications, London
- Zamfir, C., 204, *O analiză critică a tranziției, Ce va fi „după”?*, Editura Polirom, Iași
- Zamfir, C. (coord.), Stanciu, M., Mihăilescu, A. 2011. *Situația sărăciei României în context european*, Raportul social al ICCV. nr. 4
- Zamfir, C. et al. 2011. *România: răspunsuri la criză*, ICCV
- Zamfir, E., Bădescu, I., Zamfir, C. (coord.). 2000. *Starea societății românești după 10 ani de tranziție*. Editura Expert, București
- *** *Analiza influenței acordării principalelor transferuri sociale asupra sărăciei absolute în anul 2009*, Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale, Direcția Programe Incluziune Socială, <http://www.mmuncii.ro/pub/imagemanager/images/file/Rapoarte-Studii/280111Analiza.pdf>
- *** 2007, *Anuarul Statistic al României 2006*, Institutul Național de Statistică București
- *** 2009, *Anuarul Statistic al României 2009*, Institutul Național de Statistică București

- *** *Veniturile și cheltuielile gospodăriilor populației, în trimestrul IV 2010*, INS, Comunicat de presă nr. 69/2011
- *** *Comunicat de presă din 2 februarie 2012 privind rezultatele provizorii ale Recensământului Populației și Locuințelor – 2011*, http://www.recensamant.romania.ro/wp-content/uploads/2012/02/Comunicat_DATE_PROVIZORII_RPL_2011.pdf
- *** 12.01.2014, Eurostat, <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do>
- Regulamentul (CE) nr. 28/2004 al Comisiei din 5 ianuarie 2004 de punere în aplicare a Regulamentului (CE) nr. 1177/2003 al Parlamentului European și al Consiliului privind statisticile comunitare referitoare la venit și la condițiile de viață (EU-SILC) în ceea ce privește descrierea detaliată a conținutului rapoartelor intermediare și finale cu privire la calitate.*

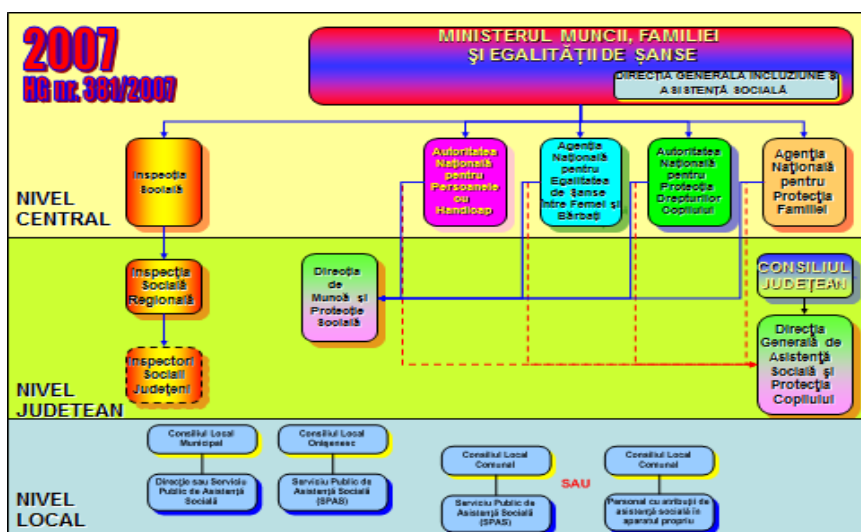
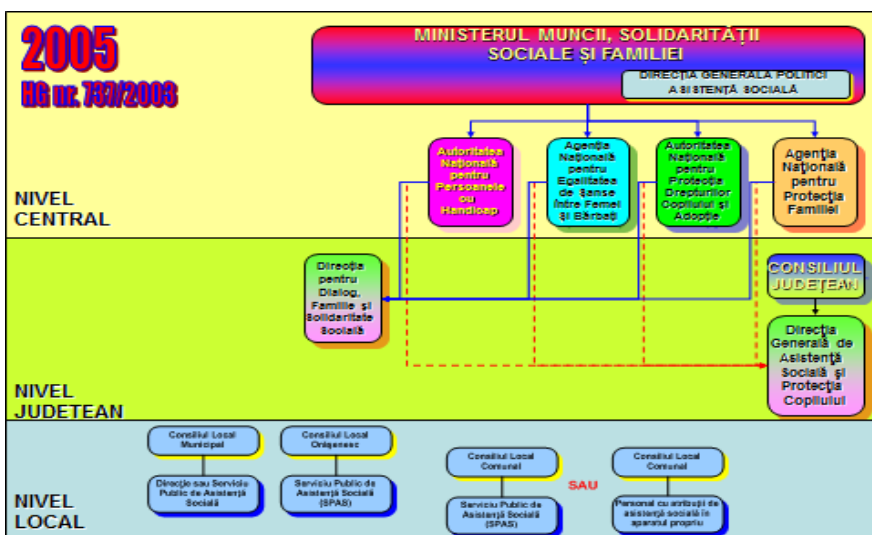
ANEXE

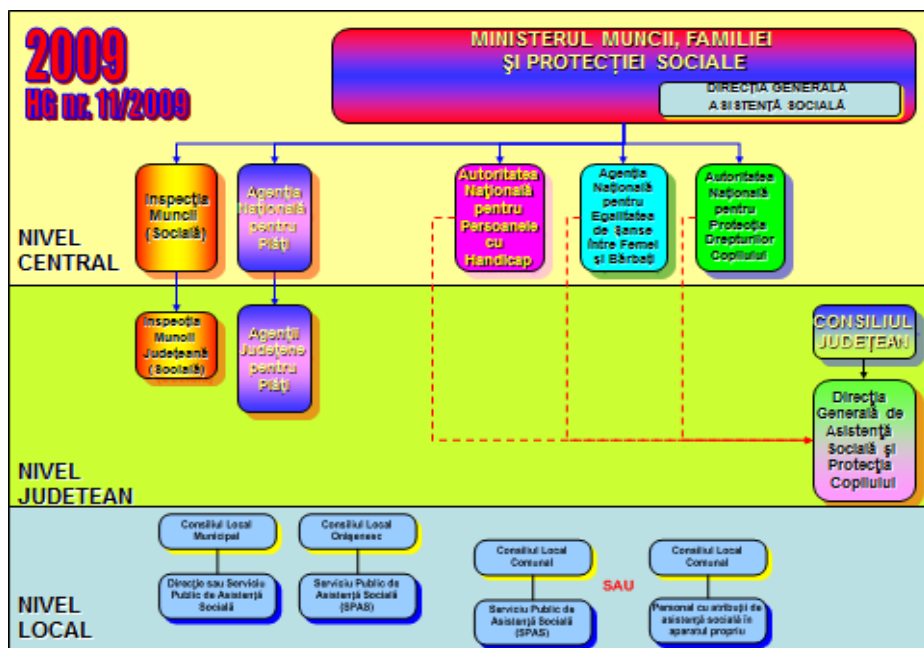
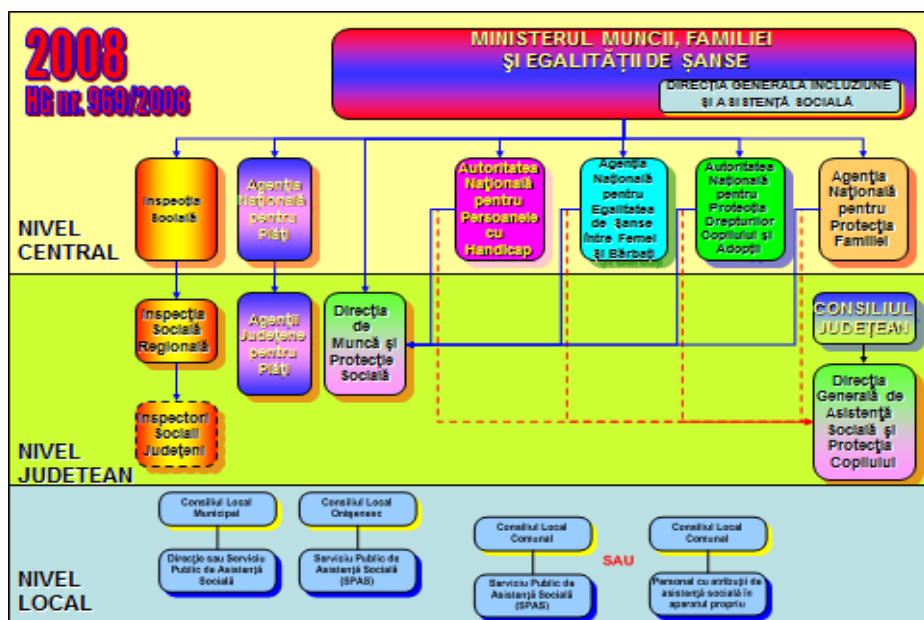
Anexa 1

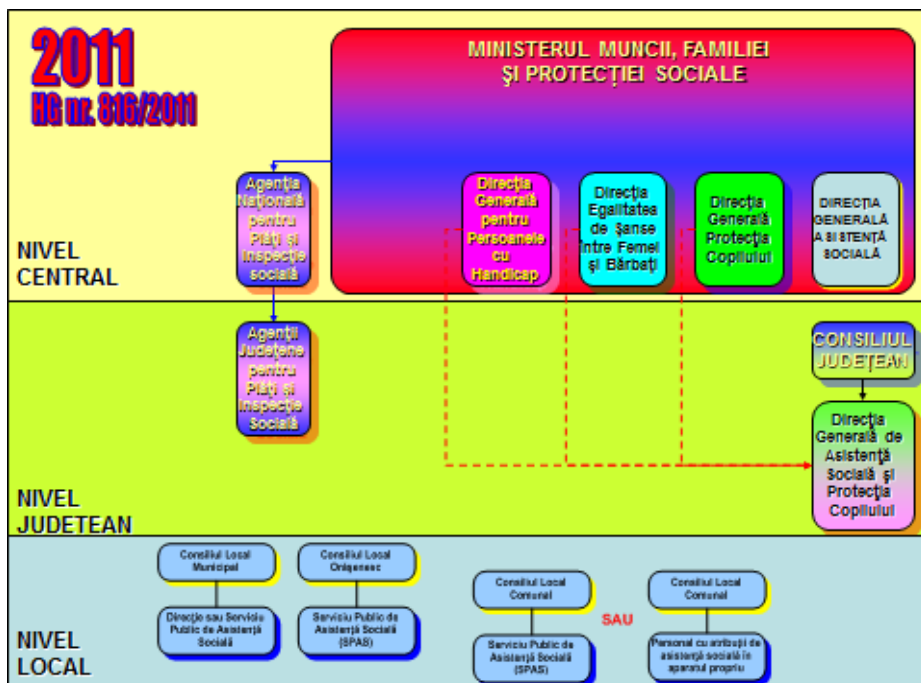
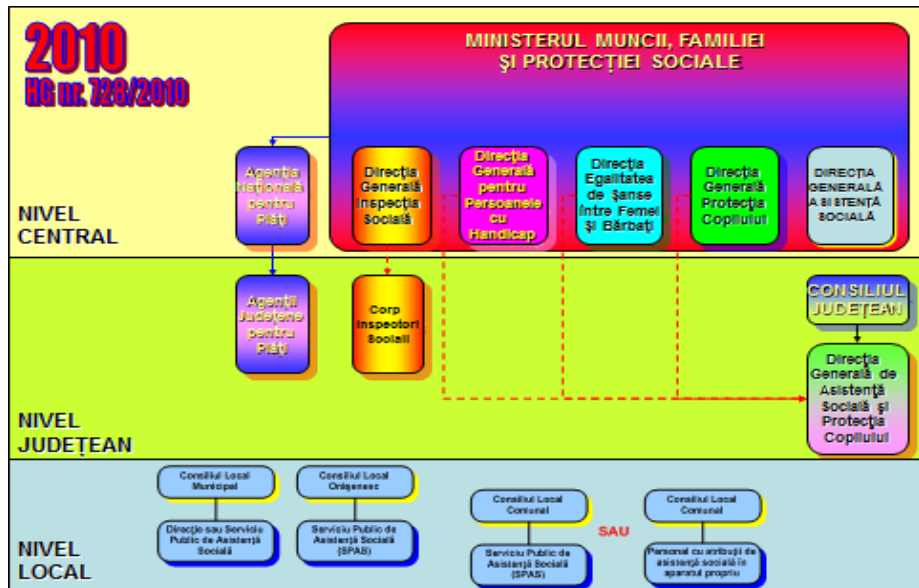
Cadrul instituțional al sistemului de asistență socială

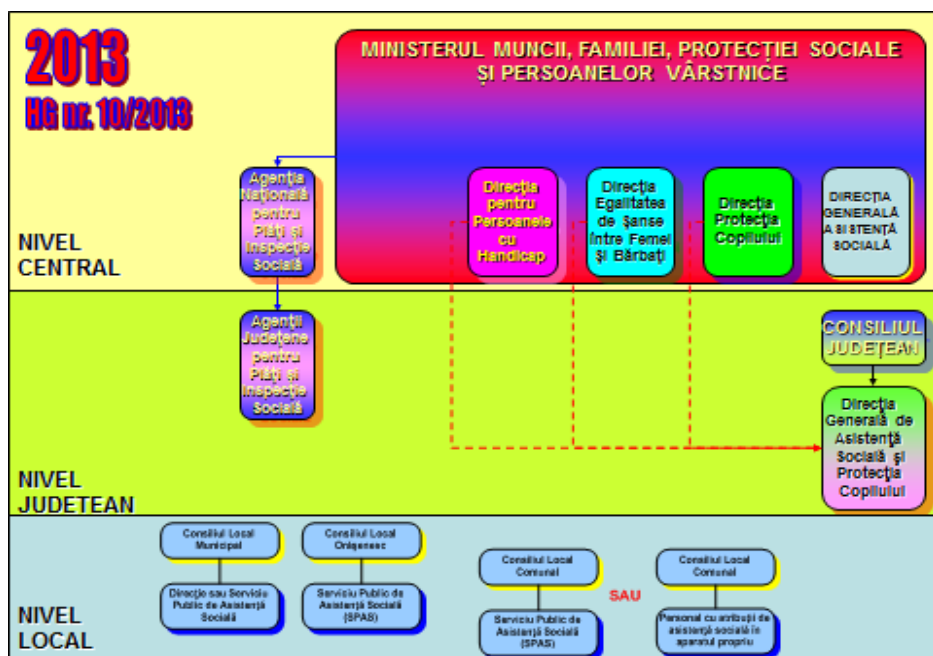
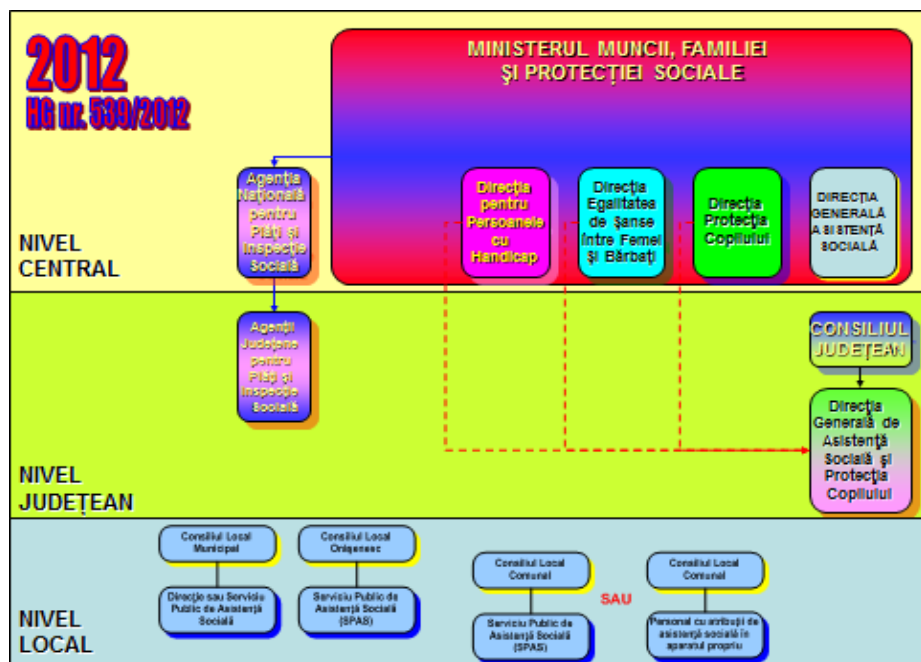
CODRIN SCUTARU, MIHAELA GRECU

Anexa prezintă sintetic schema de organizare a sistemului național de asistență socială la nivel central, județean și local, începând cu anul 2005:









Anexa 2

Principalele acte normative (Legi și Ordonanțe ale Guvernului) din domeniul asistenței sociale din 1990 până în prezent

LAVINIA ONICA CHIPEA

- Legea nr. 11/ 1990 privind încuviințarea adopției, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 95 din 1 august 1990, modificată prin Legea nr. 65/1995 privind modificarea și completarea Legii nr. 11/1990 privind încuviințarea adopției, publicată în Monitorul Oficial nr. 128 din 27 iunie 1995;

- Legea nr. 57/1992 privind încadrarea în muncă a persoanelor handicapate, publicată în Monitorul Oficial nr. 131 din 12 iunie 1992, abrogată prin OUG nr. 102 din 1999 privind protecția specială și încadrarea în muncă a persoanelor cu handicap;

- Legea nr. 47/1993 privind declararea judecătorească a abandonului, publicată în Monitorul Oficial nr. 153 din 8 iulie 1993, abrogată prin Legea nr. 273/2004 privind regimul juridic al adopției;

- Legea nr. 61/1993 privind alocația de stat pentru copii, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 233 din 28 septembrie 1993, republicată în Monitorul Oficial, nr. 58 din 8 februarie 1999, republicată în Monitorul Oficial nr. 145 din 8 februarie 2007, republicată în Monitorul Oficial nr. 300 din 7 mai 2009, republicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 767 din 14 noiembrie 2012, modificată prin Legea nr. 261/1998 privind modificarea și completarea Legii nr. 61/1993 privind alocația de stat pentru copii, publicată în Monitorul Oficial nr. 523 din 31 decembrie 1998; prin Legea nr. 175/2008 privind aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 16/2008 pentru modificarea și completarea Legii nr. 61/1993 privind alocația de stat pentru copii, publicată în Monitorul Oficial nr. 710 din 20 octombrie 2008;

- Legea nr. 67/1995 privind ajutorul social, publicată în Monitorul Oficial al României, nr.131 din 29 iunie 1995, abrogată prin Legea nr. 416/2001 privind venitul minim garantat;

- Legea nr. 119/1997 privind alocația suplimentară pentru familiile cu copii, publicată în Monitorul Oficial nr. 149 din 11 iulie 1997, abrogată prin OUG nr. 105/2003 privind alocația familială complementară și alocația de susținere pentru familia monoparentală (excepție art.6);

- Legea nr. 87/ 1998 pentru aprobarea OUG nr. 25/1997 cu privire la adopție (publicată în Monitorul Oficial nr. 120 din 12 iulie 1997), publicată în Monitorul Oficial nr. 168 din 29 aprilie 1998;

- Legea nr. 108/ 1998 pentru aprobarea OUG nr. 26/1997 privind protecția copilului aflat în dificultate (din 9 iunie 1997, republicată în Monitorul Oficial nr. 276 din 24 iulie 1998), publicată în Monitorul Oficial nr. 205 din 2 iunie 1998, prin care a fost abrogată Legea nr.3 din 26 martie 1970 privind regimul ocrotirii unor categorii de minori, publicată în Buletinul Oficial, Partea I, nr. 28 din 28 martie 1970;

- Legea nr. 208/1997 privind cantinele de ajutor social, publicată în Monitorul Oficial nr. 363 din 17 decembrie 1997;

- Legea nr. 34/ 1998 privind acordarea unor subvenții asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică care înființează unități de asistență socială, publicată în Monitorul Oficial nr. 29 din 27.01.1998;

- Legea 17 /2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, publicată în Monitorul Oficial nr. 104 din 9 martie 2000, republicată în Monitorul Oficial nr. 157 din 6 martie 2007, modificată prin Legea nr. 281/2006 pentru modificarea și completarea Legea nr.17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, publicată în Monitorul Oficial nr. 157 din 6 martie 2007, prin OUG nr. 118/2008 privind modificarea și completarea unor acte normative în vederea eliminării legăturilor dintre nivelul unor drepturi de asistență socială și nivelul salariului de bază minim brut pe țară garantat în plată, publicată în Monitorul Oficial nr. 680 din 3 octombrie 2008, prin Legea nr. 270/2008 pentru modificarea Legii nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, publicată în Monitorul Oficial nr. 768 din 14 noiembrie 2008, prin OUG nr. 43/2010 pentru modificarea unor acte normative în vederea reducerii sau simplificării administrative a unor autorizații/avize/proceduri ca urmare a măsurilor asumate de Guvernul României în cadrul Planului de simplificare aferent Memorandumului de înțelegere dintre Comunitatea Europeană și România, semnat la București și

la Bruxelles la 23 iunie 2009, publicată în Monitorul Oficial nr. 316 din 13 mai 2010;

- Legea nr. 117/1999 pentru aprobarea OUG nr. 34/1998 privind reorganizarea Departamentului pentru Protecția Copilului, publicată în Monitorul Oficial nr. 584/30 noiembrie 1999, abrogată prin OUG nr. 192/1999 privind înființarea Agenției Naționale pentru Protecția Drepturilor Copilului și reorganizarea activităților de protecție a copilului, publicată în Monitorul Oficial nr. 599 din 8 decembrie 1999;

- Legea nr. 195/2001 a voluntariatului, publicată în Monitorul Oficial nr. 206 din 24 aprilie 2001, republicată în Monitorul Oficial nr. 276 din 25 aprilie 2007, modificată prin OUG nr. 58/2002 pentru modificarea și completarea Legii voluntariatului nr. 195/2001, publicată în Monitorul Oficial nr. 642 din 30 august 2002, prin Legea nr. 339/2006 pentru modificarea și completarea Legii voluntariatului nr. 195/2001, publicată în Monitorul Oficial nr. 651 din 27 iulie 2006, abrogată prin Legea nr. 78/2014 privind reglementarea activității de voluntariat în România, publicată în Monitorul Oficial nr. 469 din 26 iunie 2014;

- OUG nr. 26/2000 cu privire la asociații și fundații, publicată în Monitorul Oficial nr. 39 din 31 ianuarie 2000, aprobată prin Legea nr. 246/2005 pentru aprobarea OUG nr. 26/2000 cu privire la asociații și fundații, publicată în Monitorul Oficial nr. 656 din 25 iulie 2005; modificată prin OUG nr. 37/2003 pentru modificarea și completarea Ordonanței Guvernului nr. 26/2000 cu privire la asociații și fundații, publicată în Monitorul Oficial nr. 39 din 31 ianuarie 2000, prin Legea 305/2008 pentru modificarea Ordonanței Guvernului nr. 26/2000 cu privire la asociații și fundații, publicată în Monitorul Oficial nr. 855 din 19 decembrie 2008; modificată prin Legea nr. 34/2010 pentru completarea art. 7 din Ordonanța Guvernului nr. 26/2000 cu privire la asociații și fundații, publicată în Monitorul Oficial nr. 151 din 9 martie 2010;

- OUG nr. 12/2001 privind înființarea Autorității Naționale pentru Protecția Copilului și Adopție, publicată în Monitorul Oficial nr. 63 din 6 februarie 2001, aprobată cu modificări prin Legea nr. 252/2001 pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 12/2001 privind înființarea Autorității Naționale pentru Protecția Copilului și Adopție, publicată în Monitorul Oficial nr. 266 din 23 mai 2001, abrogată prin Legea nr. 329/2009 privind reorganizarea unor autorități și instituții publice, raționalizarea cheltuielilor publice, susținerea mediului de afaceri și

respectarea acordurilor-cadru cu Comisia Europeană și Fondul Monetar Internațional, publicată în Monitorul Oficial nr. 761 din 9 noiembrie 2009;

- Legea nr. 321/2001 privind acordarea gratuită de lapte praf pentru copii cu vârste cuprinse între 0-12 luni, publicată în Monitorul Oficial nr. 341 din 27 iunie 2001;

- Legea nr. 705/2001 privind sistemul național de asistență socială, publicată în Monitorul Oficial nr. 814 din 18 decembrie 2001, abrogată prin Legea nr. 47/2006 privind sistemul național de asistență socială;

- Legea nr. 416/2001 a venitului minim garantat, publicată în Monitorul Oficial nr. 401 din 20 iulie 2001; modificată prin Legea nr. 4/2010 privind aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 57/2009 pentru modificarea Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, publicată în Monitorul Oficial nr. 18 din 11 ianuarie 2010;

modificată prin Legea nr. 276/2010 pentru modificarea și completarea Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, publicată în Monitorul Oficial nr. 888 din 30 decembrie 2010;

- Legea nr. 116/2002 privind prevenirea și combaterea marginalizării sociale, publicată în Monitorul Oficial nr. 193 din 21 martie 2002, modificată prin Legea nr. 250/2013 pentru modificarea și completarea Legii nr. 76/2002 privind sistemul asigurărilor pentru șomaj și stimularea ocupării forței de muncă și pentru modificarea Legii nr. 116/2002 privind prevenirea și combaterea marginalizării sociale, publicată în Monitorul Oficial nr. 457/24 iulie 2013, rectificată și publicată în Monitorul Oficial nr. 558 din 3 septembrie 2013;

- OUG nr. 102/1999 privind protecția specială și încadrarea în muncă a persoanelor cu handicap, publicată în Monitorul Oficial nr. 310 din 30 iunie 1999;

- Legea nr. 678/2001 privind prevenirea și combaterea traficului de persoane, publicată în Monitorul Oficial nr. 783 din 11 decembrie 2001; modificată prin Legea nr. 230/2010 pentru modificarea și completarea Legii nr. 678/2001 privind prevenirea și combaterea traficului de persoane, publicată în Monitorul Oficial nr. 812 din 6 decembrie 2010; Legea nr. 210/2011 privind aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 41/2011 pentru modificarea Legii nr. 678/2001 privind prevenirea și

combaterea traficului de persoane, publicată în Monitorul Oficial nr. 819 din 21 noiembrie 2011;

- Legea nr.71/ 2002 pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr.123/2001 privind reorganizarea comisiei pentru protecția copilului, publicată în Monitorul Oficial nr. 52 din 25 ianuarie 2002;

- Legea nr. 202/2002 privind egalitatea de șanse și de tratament între femei și bărbați, republicată în Monitorul Oficial nr. 150 din 1 martie 2007;

- Legea nr. 141/2003 privind acordarea gratuită a medicamentelor pentru copiii cu vârste cuprinse între 0-12 luni, publicată în Monitorul Oficial nr. 273 din 18 aprilie 2003;

- Legea nr. 10/2003 pentru modificarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 102/1999 privind protecția specială și încadrarea în muncă a persoanelor cu handicap, publicată în Monitorul Oficial nr. 32 din 22 ianuarie 2003, abrogată prin 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap;

- Legea nr. 385/2003 pentru modificarea OUG nr. 25/1997 cu privire la regimul juridic al adopției, publicată în Monitorul Oficial nr. 697 din 6 octombrie 2003, abrogată prin Legea nr. 273/2004 privind regimul juridic al adopției;

- Legea nr. 515/2003 pentru aprobarea OUG nr. 68/2003 privind serviciile sociale, publicată în Monitorul Oficial nr. 861 din 4 decembrie 2003;

- Legea nr. 273/2004 privind regimul juridic al adopției, publicată în Monitorul Oficial nr. 557 din 23 iunie 2004, republicată în Monitorul Oficial nr. 788 din 19 noiembrie 2009 și în Monitorul Oficial nr. 259 din 19 aprilie 2012; modificată prin Legea nr. 49/2009 privind aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 102/2008 pentru modificarea și completarea Legii nr. 273/2004 privind regimul juridic al adopției, publicată în Monitorul Oficial nr. 190 din 26 martie 2009; Legea nr. 233/2011 pentru modificarea și completarea Legii nr. 273/2004 privind regimul juridic al adopției, publicată în Monitorul Oficial nr. 860 din 7 decembrie 2011;

- Legea nr. 275/2004 pentru modificarea OUG nr. 12/2001 privind înființarea Autorității Naționale pentru Protecția Copilului și Adopție, publicată în Monitorul Oficial nr. 557 din 23 iunie 2004;

- Legea nr. 274/2004 privind înființarea, organizarea și funcționarea Oficiului Român pentru Adopții, publicată în Monitorul Oficial nr. 557 din 23 iunie 2004, republicată în Monitorul Oficial nr. 108 din 17 februarie 2010, abrogată prin OUG nr. 11/2014 privind adoptarea unor măsuri de reorganizare la nivelul administrației publice centrale și pentru modificarea și completarea unor acte normative, publicată în Monitorul Oficial nr. 203 din 21 martie 2014;

- Legea nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului, publicată în Monitorul Oficial nr. 557 din 23 iunie 2004, republicată în Monitorul Oficial nr. 159 din 5 martie 2014; modificată prin Legea nr. 257/2013 pentru modificarea și completarea Legii nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului, publicată în Monitorul Oficial nr. 607 din 30 septembrie 2013; modificată prin Legea nr. 131/2014 pentru modificarea alin. (1) și (2) ale art. 64 din Legea nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului, publicată în Monitorul Oficial nr. 740 din 10 octombrie 2014.

- Legea nr. 446/2004 privind statutul asistentului social, publicată în Monitorul Oficial nr. 1088 din 23 noiembrie 2004;

- Legea nr. 47/2006 privind sistemul național de asistență socială, publicată în Monitorul Oficial nr. 239 din 16 martie 2006, abrogată prin Legea nr. 292/2011 a asistenței sociale;

- Legea nr. 115/2006 privind modificarea și completarea Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, publicată în Monitorul Oficial nr. 408 din 11 mai 2006;

- Legea nr. 7/2007 pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 148/2005 privind susținerea familiei în vederea creșterii copilului, publicată în Monitorul Oficial nr. 33 din 17 ianuarie 2007; modificată prin Legea nr. 341/2009 pentru completarea art. 5 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 148/2005 privind susținerea familiei în vederea creșterii copilului, publicată în Monitorul Oficial nr. 778 din 13 noiembrie 2009;

- Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, publicată în Monitorul Oficial nr. 1006 din 18 decembrie 2006, republicată în Monitorul Oficial nr. 1 din 3 ianuarie 2008, abrogă OUG nr. 102/1999 privind protecția specială și încadrarea în muncă a persoanelor cu handicap; modificată prin Legea nr. 360/2009 pentru modificarea lit. a) a art. 26 din Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, publicată în Monitorul Oficial nr. 800 din 24 noiembrie 2009; modificată prin Legea nr. 359/2009 pentru modificarea art. 20 alin. (2) lit. b) din Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, publicată în Monitorul Oficial nr.799 din 24 noiembrie 2009; modificată prin Legea nr. 55/2014 pentru completarea alin. (2) al art. 96 din Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, publicată în Monitorul Oficial nr. 325 din 5 mai 2014;

- Legea nr. 482/2006 privind acordarea de trusouri pentru nou-născuți, publicată în Monitorul Oficial nr. 1028 din 27 decembrie 2006, abrogată prin Legea nr. 118/2010 privind unele măsuri necesare în vederea restabilirii echilibrului bugetar;

- Legea nr. 255/2011 pentru modificarea Legii nr. 16/2000 privind înființarea, organizarea și funcționarea Consiliului Național al Persoanelor Vârștnice, publicată în Monitorul Oficial nr. 866 din 8 decembrie 2011;

- Legea nr. 277/2010 privind alocația pentru susținerea familiei, publicată în Monitorul Oficial nr. 889 din 30 decembrie 2010, republicată în Monitorul Oficial nr. 785 din 22 noiembrie 2012; modificată Legea nr. 11/2011 privind aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 2/2011 pentru modificarea Legii nr. 277/2010 privind alocația pentru susținerea familiei, publicată în Monitorul Oficial nr. 428 din 20 iunie 2011;

- Legea nr. 292/2011 a asistenței sociale, publicată în Monitorul Oficial nr. 905 din 20 decembrie 2011;

- Legea nr. 197/2012 privind asigurarea calității în domeniul serviciilor sociale, publicată în Monitorul Oficial nr.754 din 9 noiembrie 2012.

Anexa 3 Niveluri minime de trai

ADINA MIHĂILESCU

(pentru mediul urban)

URBAN-ND	LUNILE:											
	IAN	FEB	MAR	APR	MAI	IUN	IUL	AUG	SEPT	OCT	NOV	DEC.
2s+2c												
2010			1.964	1.971	1.974	1.977	2.036	2.039	2.049	2.064	2.074	2.085
2011	2.101	2.112	2.125	2.139	2.143	2.137	2.129	2.122	2.117	2.131	2.140	2.149
2012	2.156	2.170	2.179	2.180	2.184	2.183	2.196	2.208	2.234	2.240	2.241	2.254
2013	2.284	2.292	2.293	2.296	2.301	2.301	2.293	2.305	2.291	2.298	2.297	2.304
2.P.												
2010			1.224	1.228	1.230	1.232	1.264	1.267	1.274	1.281	1.288	1.294
2011	1.304	1.314	1.322	1.331	1.334	1.330	1.325	1.321	1.318	1.326	1.332	1.335
2012	1.340	1.349	1.354	1.355	1.358	1.357	1.365	1.372	1.388	1.392	1.393	1.400
2013	1.419	1.424	1.424	1.426	1.429	1.429	1.424	1.431	1.423	1.427	1.427	1.431
URBAN-NS												
2s+2c												
2010			1.599	1.605	1.607	1.610	1.651	1.655	1.664	1.673	1.682	1.691
2011	1.704	1.717	1.727	1.739	1.742	1.737	1.731	1.725	1.722	1.733	1.740	1.744
2012	1.750	1.761	1.769	1.770	1.774	1.773	1.783	1.792	1.813	1.818	1.819	1.829
2013	1.854	1.860	1.861	1.863	1.867	1.867	1.861	1.870	1.859	1.865	1.863	1.868
2.P.												
2010			982	985	987	988	1.014	1.016	1.019	1.024	1.030	1.035
2011	1.043	1.051	1.057	1.064	1.067	1.063	1.060	1.056	1.054	1.061	1.065	1.067
2012	1.071	1.078	1.082	1.083	1.085	1.085	1.091	1.097	1.110	1.113	1.114	1.120
2013	1.135	1.139	1.139	1.140	1.143	1.143	1.139	1.145	1.138	1.141	1.141	1.145
URBAN-ND												
1.S												
2010			634	636	637	638	657	658	662	666	670	674
2011	679	683	687	692	693	691	689	686	685	689	692	695
2012	697	701	704	705	706	706	710	714	722	724	724	728
2013	738	741	741	742	744	744	741	745	740	742	742	745
2.S.												
2010			1.204	1.208	1.210	1.212	1.248	1.250	1.256	1.265	1.272	1.279

2011	1.289	1.295	1.303	1.312	1.315	1.311	1.307	1.302	1.299	1.307	1.312	1.318
2012	1.322	1.330	1.336	1.337	1.340	1.339	1.347	1.354	1.370	1.374	1.375	1.382
2013	1.401	1.406	1.406	1.408	1.411	1.411	1.406	1.413	1.405	1.409	1.409	1.413
URBAN- NS												
1.S.												
2010			516	518	519	519	533	534	537	540	543	546
2011	550	554	557	561	562	561	559	557	556	559	561	563
2012	565	569	571	571	572	572	575	578	585	587	587	590
2013	598	600	600	601	602	602	600	603	599	601	601	603
2.S												
2010			980	983	985	986	1.012	1.014	1.020	1.026	1.031	1.036
2011	1.044	1.052	1.059	1.066	1.068	1.065	1.061	1.057	1.055	1.062	1.066	1.069
2012	1.073	1.080	1.084	1.085	1.087	1.087	1.093	1.099	1.112	1.115	1.116	1.122
2013	1.137	1.141	1.141	1.142	1.144	1.144	1.140	1.146	1.139	1.142	1.142	1.146
URBAN- ND												
2.S+1.C												
2010			1.647	1.653	1.655	1.658	1.707	1.710	1.719	1.731	1.740	1.749
2011	1.762	1.771	1.782	1.794	1.798	1.793	1.787	1.780	1.777	1.788	1.796	1.803
2012	1.809	1.821	1.828	1.830	1.834	1.833	1.844	1.853	1.875	1.880	1.881	1.892
2013	1.917	1.924	1.924	1.926	1.931	1.931	1.925	1.935	1.923	1.929	1.929	1.934
2.S.+3.C.												
2010			2.281	2.289	2.324	2.327	2.396	2.400	2.412	2.429	2.442	2.455
2011	2.474	2.486	2.501	2.518	2.523	2.516	2.507	2.498	2.493	2.509	2.520	2.530
2012	2.539	2.555	2.566	2.568	2.573	2.572	2.587	2.600	2.631	2.639	2.640	2.655
2013	2.691	2.700	2.701	2.704	2.710	2.710	2.701	2.715	2.698	2.706	2.706	2.714
URBAN- NS												
2.S.+1.C.												
2010			1.341	1.346	1.348	1.350	1.385	1.388	1.396	1.403	1.411	1.418
2011	1.429	1.440	1.449	1.458	1.461	1.457	1.452	1.447	1.444	1.453	1.459	1.463
2012	1.468	1.477	1.484	1.485	1.488	1.487	1.496	1.504	1.522	1.526	1.527	1.536
2013	1.557	1.562	1.563	1.565	1.568	1.568	1.563	1.571	1.562	1.566	1.566	1.571
2.S+3.C												
2010			1.857	1.863	1.866	1.869	1.918	1.922	1.933	1.943	1.953	1.964
2011	1.979	1.994	2.006	2.019	2.024	2.018	2.011	2.004	1.999	2.012	2.021	2.025
2012	2.033	2.046	2.055	2.056	2.060	2.059	2.071	2.082	2.107	2.113	2.114	2.126
2013	2.154	2.161	2.162	2.164	2.169	2.169	2.162	2.173	2.160	2.166	2.166	2.173

Sursa de date: Mihăilescu A., 2012, *Coșul de consum al populației României*, Editura Expert, București, p.60-61.

(pentru mediul rural)

RURAL-ND	LUNILE:											
	IAN	FEB	MAR	APR	MAI	IUN	IUL	AUG	SEPT	OCT	NOV	DEC.
2a+2c												
2010			1.588	1.594	1.596	1.599	1.640	1.644	1.653	1.662	1.670	1.679
2011	1.692	1.705	1.715	1.727	1.730	1.725	1.719	1.713	1.710	1.721	1.728	1.732
2012	1.738	1.749	1.757	1.758	1.762	1.761	1.771	1.780	1.801	1.806	1.807	1.817
2013	1.841	1.847	1.848	1.850	1.854	1.854	1.848	1.857	1.846	1.852	1.851	1.857
2.v.												
2010			1.169	1.173	1.175	1.177	1.207	1.210	1.217	1.223	1.230	1.236
2011	1.246	1.255	1.263	1.271	1.274	1.270	1.266	1.261	1.259	1.267	1.272	1.275
2012	1.280	1.288	1.294	1.295	1.298	1.297	1.305	1.311	1.326	1.330	1.330	1.338
2013	1.356	1.361	1.361	1.362	1.364	1.364	1.359	1.366	1.358	1.362	1.362	1.366
RURAL-NS												
2a+2c												
2010			1.382	1.386	1.389	1.392	1.433	1.436	1.443	1.453	1.460	1.469
2011	1.481	1.488	1.497	1.506	1.509	1.505	1.499	1.494	1.491	1.501	1.507	1.513
2012	1.519	1.529	1.535	1.536	1.539	1.538	1.548	1.555	1.573	1.578	1.578	1.587
2013	1.608	1.613	1.614	1.616	1.619	1.619	1.614	1.622	1.612	1.617	1.617	1.622
2.v.												
2010			899	902	904	905	932	934	938	945	950	955
2011	962	967	973	979	981	978	975	971	969	975	979	983
2012	987	993	998	998	1.000	1.000	1.005	1.011	1.023	1.026	1.026	1.032
2013	1.046	1.049	1.050	1.051	1.054	1.054	1.051	1.056	1.050	1.053	1.053	1.056
RURAL-ND												
1a												
2010			512	514	515	515	529	530	533	536	539	541
2011	546	550	553	557	558	556	554	552	551	555	557	558
2012	560	564	566	566	567	567	570	573	580	582	582	585
2013	593	595	595	596	597	597	595	598	594	596	596	598
2.a.												
2010			973	976	978	979	1.005	1.007	1.013	1.018	1.024	1.029
2011	1.037	1.045	1.051	1.058	1.060	1.057	1.054	1.050	1.048	1.054	1.059	1.061
2012	1.065	1.072	1.076	1.077	1.079	1.079	1.085	1.091	1.104	1.107	1.108	1.114
2013	1.129	1.133	1.133	1.134	1.136	1.136	1.132	1.138	1.131	1.134	1.134	1.138

RURAL-NS												
1a.												
2010			446	448	449	450	464	465	467	470	473	476
2011	479	482	485	488	489	488	486	484	483	486	488	490
2012	492	495	497	498	499	499	502	504	510	511	511	514
2013	521	523	523	524	525	525	523	526	523	524	524	526
2a												
2010			847	851	853	855	882	884	888	894	900	906
2011	912	918	924	930	932	929	926	923	921	927	931	935
2012	938	944	948	949	951	951	956	961	972	975	975	981
2013	994	997	998	999	1000	1000	997	1002	996	999	999	1002
RURAL-ND												
2a+1C												
2010			1332	1337	1339	1341	1375	1379	1386	1394	1401	1409
2011	1419	1430	1439	1448	1451	1447	1442	1437	1434	1443	1449	1453
2012	1458	1467	1474	1475	1478	1477	1486	1494	1512	1516	1517	1526
2013	1546	1551	1552	1554	1557	1557	1552	1560	1551	1555	1555	1560
2a+3C.												
2010			1844	1850	1853	1856	1904	1908	1919	1930	1940	1950
2011	1965	1980	1992	2005	2009	2004	1997	1990	1985	1998	2007	2011
2012	2018	2031	2039	2041	2045	2044	2056	2067	2091	2097	2098	2110
2013	2138	2145	2146	2148	2153	2153	2146	2157	2144	2150	2150	2156
RURAL-NS												
2a+1C.												
2010			1.159	1.164	1.167	1.170	1.205	1.208	1.213	1.219	1.227	1.235
2011	1.242	1.250	1.258	1.266	1.269	1.265	1.261	1.256	1.253	1.261	1.267	1.270
2012	1.274	1.282	1.288	1.288	1.291	1.290	1.298	1.304	1.319	1.323	1.323	1.331
2013	1.349	1.354	1.354	1.355	1.359	1.359	1.355	1.362	1.354	1.358	1.358	1.362
2a+3C.												
2010			1.605	1.612	1.616	1.620	1.668	1.672	1.679	1.687	1.698	1.709
2011	1.719	1.730	1.741	1.752	1.756	1.751	1.745	1.739	1.735	1.746	1.754	1.758
2012	1.764	1.775	1.783	1.784	1.788	1.787	1.797	1.807	1.828	1.833	1.834	1.845
2013	1.870	1.876	1.877	1.879	1.881	1.881	1.875	1.885	1.873	1.879	1.878	1.884

Sursa de date: Mihăilescu A., *Coșul de consum al populației României*, Editura Expert, București, 2012, p.62-63.

Asistența socială, chiar de la reînființarea sa în 1990, a fost pusă în fața unei sarcini dificile, greu de realizat în contextul unei societăți marcate de sărăcie severă și riscuri noi aduse de tranziție. Asistența socială s-a confruntat cu grave probleme datorate extinderii marginalizării și excluziunii sociale nu numai la persoane individuale, dar și la grupuri largi sau chiar comunități întregi. Prin forme sociale de ajutor specializat, ea trebuia să asigure un suport calificat, profesionist, populației în dificultate. [...]

Asistența socială, prin însăși finalitatea funcțiilor ei, are menirea de a susține acțiuni cu impact pozitiv în refacerea potențialului de integrare normală în comunitate a persoanelor, familiilor, grupurilor vulnerabile, aflate temporar în dificultate, în scopul dobândirii autonomiei lor.

Elena Zamfir



ISBN Eikon 978-606-711-263-4
ISBN Școala Ardeleană 978-606-8699-37-0

