UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI

Fondul Social European
POSDRU 2007-2013

Instrumente Structurale
2007-2013

Studiu de fundamentare pentru Strategia naţională privind incluziunea socială şi reducerea sărăciei 2015-2020

Coordonatori: Emil Teșliuc, Vlad Grigoraș, Manuela Stănculescu

WORLD BANK GROUP

București, 2015
ISBN 978-973-0-20535-0

Această pagină a fost lăsată goală în mod intenționat

Această pagină a fost lăsată goală în mod intenționat

Declinarea responsabilităţii:

Volumul de față a fost realizat de către angajații Băncii Internaționale pentru Reconstrucție şi Dezvoltare/ Băncii Mondiale. Constatările, interpretările şi concluziile exprimate în prezenta lucrare nu reflectă în mod necesar opiniile Directorilor Executivi ai Băncii Mondiale sau ale guvernelor pe care le reprezintă. Banca Mondială nu garantează acuratețea datelor incluse în acest document.

Raportul de față nu reprezintă în mod necesar poziția Uniunii Europene sau a Guvernului României.

Drepturi de autor:

Materialul inclus în prezenta publicație este protejat de legea drepturilor de autor. Copierea și/sau transmiterea fără permisiune a unor porțiuni sau a conținutului integral al acestei lucrări poate constitui o încălcare a legislației în vigoare.

Pentru a obține permisiunea de a fotocopia sau a retipări o parte din lucrare, vă rugăm să transmiteți o cerere cu toate informațiile la oricare dintre cele două instituții: (i) Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice (Strada Dem. I. Dobrescu, Nr. 2-4, Sector 1, București, România); (ii) Banca Mondială (Strada Vasile Lascăr, Nr. 31, Etaj 6, Sector 2, București, România).

ISBN 978-973-0-20535-0

Designed by HIPPOS

www.hipposgroup.com

Mulţumiri

Prezentul document de fundamentare a Strategiei naționale privind incluziunea socială și reducerea sărăciei pentru perioada 2015-2020 a fost realizat sub supravegherea D-lui Andrew Mason şi cu îndrumarea generală a D-nei Elisabetta Capannelli și a D-lui Christian Bodewig.

Raportul a fost coordonat de Emil Teşliuc, Vlad Grigoraş (lideri de echipă) şi Manuela Sofia Stănculescu. La redactarea prezentului document au contribuit şi Miglena Abels, Daniel Arpinte, Cosmin Briciu, Bogdan Corad, Diana Chiriacescu, Sabin Chiricescu, Cătălina Iamandi-Cioinaru, Eimar Coleman, Dana Fărcășanu, Andy Guth, Adrian Hatos, Marcel Ionescu-Heroiu, Ulrich Hoerning, Liviu Ianăși, Fidelie Kalambayi, Sandor Karacsony, Frank Kavanagh, Mihai Magheru, Monica Marin, Georgiana Neculau, Ana Rădulescu, Irina Râmniceanu, Dumitru Sandu, Alina Sava, Oleksiy Sluchynskyy, Ken Simler, Andreea Trocea și Claudiu Tufiș. Simona Anton, Irina Boeru și Alexandru Toth au oferit suport în activitățile de colectare de date. Echipa a beneficiat de sprijinul Oanei Maria Caraba, al Corinei Grigore, al lui Carmen Laurente, al Alinei Petric şi al Cameliei Guşescu. Monica Lachner a tradus și editat raportul. Fotografiile au fost realizate de către echipa de proiect în cadrul cercetării de teren. Raportul a beneficiat de evaluarea inter pares realizată de Christian Bodewig, Roberta Gatti, Lucian Bucur Pop, Pedro L. Rodriguez și Istvan Vanyolos. Două dintre capitolele tematice ale documentului au fost evaluate informal de către colegii de la Banca Mondială care îşi desfăşoară activitatea în România în cadrul sectoarelor respective (educație – Penny Williams şi Janssen Teixteira; sănătate – Richard Florescu, Cristina Petcu şi Marcelo Bortman).

O primă versiune a acestui studiu de fundamentare a fost transmisă omologilor în vederea obținerii unui feedback în octombrie 2014. Trei runde de consultări inițiale au fost organizate: (i) cu actorii instituționali (experți din toate ministerele cheie) la data de 18 octombrie 2014, (ii) cu o gamă largă de factori de interes (ONG-uri, sindicate, cercetători şi cadre universitare) în data de 29 ianuarie 2015, sub coordonarea Premierului şi al Ministrului Muncii, Familiei, Protecției Sociale şi Persoanelor Vârstnice şi (iii) între 10 şi 11 februarie 2015, Forumul Serviciilor Sociale, coordonat de către Confederația Caritas, cu participarea Ministerului Muncii şi a DGASPC. O primă versiune a Strategiei naționale privind incluziunea socială și reducerea sărăciei 2015-2020 și a Planului de Acțiune au fost postate pe pagina de Internet a a Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale şi Persoanelor Vârstnice, la data de 26 decembrie 2014, cu scopul de a beneficia de feedback. Aceste consultări au fost esențiale pentru obținerea unui feedback timpuriu în vederea ajustării documentelor.

Membrii echipei responsabile de redactarea raportului țin să mulțumească partenerilor din cadrul Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale şi Persoanelor Vârstnice, în special D-lui Codrin Scutaru, D-nei Lăcrămioara Corcheş, D-nei Elena Dobre, D-nei Rodica Cărăuşu, D-lui Alexandru Alexe, D-nei Gabriela Coman şi D-nei Elena Tudor pentru îndrumarea, feedback-ul prompt şi sprijinul constant oferit pentru elaborarea raportului. Raportul a beneficiat şi de colaborarea permanentă cu UNICEF, îndeosebi în legătură cu problemele sociale ce afectează copiii vulnerabili şi serviciile integrate. Mulțumirile noastre se îndreaptă și către D-na Lidia Onofrei din cadrul Ministerului Sănătății, D-na Steluța Jalia, D-lor Teofil Gherca și Bogdan Ghinea din cadrul Ministerul Dezvoltării Regionale și Administrației Publice, D-nei Dana Gafițianu din Ministerul Agriculturii și Dezvoltării Rurale ca și doamnei Viorica Preda, Ministerul Educației și Cercetării Științifice care ne-au oferit suport în colectarea datelor și au furnizat feedback pe versiunile inițiale ale studiului de fundamentare. Autoritățile locale din mai mult de 3.100 localități din România au furnizat informații asupra activităților de asistență socială, în mai 2014. Autoritățile locale și județene din Arad și Botoșani au sprijinit studiul de cercetare calitativă în perioada iulie-august 2014. Municipalitățile și populația din Vrancea, Bacău și Suceava ne-au ajutat să înțelegem care sunt principalele probleme referitoare la venitul minim garantat. Autoritățile locale din 303 orașe au participat în octombrie 2014 la un sondaj privind locuirea socială. În ansamblu, un număr foarte mare de oameni și-au dedicat timp în a ne împărtăși care sunt principalele provocări pe care le au în lupta împotriva sărăciei și excluziunii sociale în fiecare domeniu de activitate și ne-au furnizat idei creative despre ce și cum ar trebui schimbat în beneficiul grupurile sărace și vulnerabile.

Volumul a fost coordonat de:

Emil Teșliuc

Vlad Grigoraș

Manuela Sofia Stănculescu

Autori (în ordine alfabetică):

Miglena Abels

Daniel Arpinte

Cosmin Briciu

Bogdan Corad

Diana Chiriacescu

Sabin Chiricescu

Cătălina Iamandi-Cioinaru

Eimar Coleman

Dana Fărcășanu

Andy Guth

Adrian Hatos

Marcel Ionescu-Heroiu

Ulrich Hoerning

Liviu Ianăși

Fidelie Kalambayi

Sandor Karacsony

Frank Kavanagh

Mihai Magheru

Monica Marin

Georgiana Neculau

Ana Rădulescu

Irina Râmniceanu

Dumitru Sandu

Alina Sava

Oleksiy Sluchynskyy

Ken Simler

Andreea Trocea

Claudiu Tufiș

Cuprins

INTRODUCERE **15**

1. GRUPURI SĂRACE ŞI VULNERABILE **29**

1.1. Situația şi prognozele privind sărăcia sau excluziunea socială 32

1.1.1. Situația şi dinamica riscului de sărăcie sau excluziune socială 34

1.1.2. Prognoze privind sărăcia relativă (AROP) 46

1.2. Principalele grupuri vulnerabile 49

2. POLITICI ADRESATE POPULAȚIEI **53**

2.1. Ocuparea forței de muncă 56

2.1.1. Activarea persoanelor afectate de sărăcie, care nu sunt nici angajate, nici cuprinse într-o formă de învățământ sau instruire 57

2.1.2. Reducerea ocupării informale a forței de muncă şi creşterea productivității exploatațiilor agricole mici şi mijlocii 68

2.1.3. Reducerea ratei ridicate a sărăciei în rândul populației ocupate 69

2.1.4. Dezvoltarea capacității instituționale şi a resurselor serviciului public de ocupare 69

2.1.5. Creşterea ratei de ocupare a grupurilor vulnerabile 73

2.1.6. Dezvoltarea economiei sociale în scopul creşterii şanselor de angajare ale grupurilor vulnerabile 82

2.2. Transferuri sociale 86

2.2.1. Îmbunătățirea performanței sistemului de asistență socială 86

2.2.2. Acordarea de sprijin financiar adecvat persoanelor cu dizabilități expuse riscului de sărăcie sau excluziune socială 97

2.2.3. Protecția persoanelor vârstnice expuse riscului de sărăcie sau excluziune socială 98

2.2.4. Protecția consumatorilor săraci şi vulnerabili împotriva creşterii tarifelor la electricitate 106

2.3. Servicii sociale 110

2.3.1. Încurajarea co-deciziei şi a implicării beneficiarilor în furnizarea serviciilor sociale 112

2.3.2. Îmbunătățirea procesului de evaluare a nevoilor la nivelul comunității și a sistemului de management a informațiilor, precum și asigurarea alinierii acestora la politicile şi practicile decizionale locale 113

2.3.3. Îmbunătățirea finanțării serviciilor sociale 115

2.3.4. Consolidarea şi îmbunătățirea asistenței sociale la nivel comunitar 120

2.3.5. Crearea unor echipe comunitare de intervenție integrată 129

2.3.6. Dezvoltarea serviciilor sociale adresate grupurilor vulnerabile 137

2.4. Educație 184

2.4.1. Îmbunătățirea sistemului de îngrijire şi educație timpurie a copilului 186

2.4.2. Creşterea participării şi îmbunătățirea rezultatelor tuturor copiilor la nivelul învățământului primar şi secundar 190

2.4.3. Promovarea unui acces mai mare la învățământul terțiar în cazul categoriilor subreprezentate 201

2.4.4. Îmbunătățirea accesului la învățare şi formare pe tot parcursul vieții pentru tinerii dezavantajați şi populația în vârstă de muncă 201

2.4.5. Creşterea accesului la educație de calitate pentru copiii din grupurile vulnerabile 202

2.4.6. Creşterea eficacității programelor de protecție socială la nivelul educației 220

2.5. Sănătate 228
2.5.1. Îmbunătățirea echității în materie de sănătate şi a protecției financiare 229
2.5.2. Îmbunătățirea furnizării de servicii medicale în domeniile de intervenție relevante pentru categoriile sărace şi vulnerabile 234
2.5.3. Creşterea accesului categoriilor vulnerabile la servicii medicale de calitate 246
2.6. Locuire 262
2.6.1. Creşterea accesibilității financiare şi a calității locuințelor, în special pentru populația vulnerabilă 262
2.6.2. Dezvoltarea serviciilor din sectorul locuințelor sociale 268
2.6.3. Asigurarea unor ajutoare de urgență eficiente pentru persoanele fără adăpost şi dezvoltarea capacității de reintegrare socială şi prevenție timpurie 273
2.7. Participare socială 278
2.7.1. Îmbunătățirea climatului social şi creşterea încrederii în instituții 278
2.7.2. Creşterea toleranței şi reducerea discriminării 280
2.7.3. Creşterea participării la activități de voluntariat realizate cu şi pentru grupurile vulnerabile 282
2.7.4. Împuternicirea comunităților sărace şi marginalizate prin participare socială activă 282
2.7.5. Creşterea accesului la informații şi cunoştințe prin inovare socială 286
3. POLITICI ZONALE 289
3.1. Dimensiunea geografică a sărăciei 292
3.1.1. Reducerea inegalităților geografice 292
3.1.2. Îmbunătățirea calității vieții în comunitățile rurale 297
3.1.3. Îmbunătățirea calității vieții în comunitățile urbane mici 308
3.2. Integrarea comunităților marginalizate 318
3.2.1. Integrarea comuni tăților rurale marginalizate 321
3.2.2. Integrarea comunităților urbane marginalizate 323
3.2.3. Integrarea comunităților rome 328
3.2.4. O abordare zonală intersectorială integrată pentru zonele marginalizate 334
4. DEZVOLTAREA CAPACITĂȚII INSTITUȚIONALE DE REDUCERE A SĂRĂCIEI ŞI DE PROMOVARE A INCLUZIUNII SOCIALE 339
4.1. Creşterea capacității de elaborare a politicilor şi de gestionare la toate nivelurile 342
4.2. Dezvoltarea unei abordări integrate pentru formularea politicilor sociale 346
4.3. Dezvoltarea sistemelor de monitorizare şi evaluare 347
4.4. Îmbunătățirea acordării de servicii prin intermediul tehnologiei informației şi a comunicațiilor 348
4.5. Modernizarea sistemelor de plată 350
REFERINȚE 353
ANEXE 371
Anexa 1: Activități de cercetare ce stau la baza prezentului studiu de fundamentare 372
Anexa 2: Categorii sărace şi vulnerabile 373
I. Date statistice 373
II. Asumpții ale modelului de prognoză a sărăciei 380

Anexa 3. Ocuparea forței de muncă 382
I. Date statistice 382
II. Stabilirea profilului persoanelor aflate în căutarea unui loc de muncă 383
III. Evaluarea rezultatelor programelor de activare pe piața muncii 385
IV. Programul de garanție pentru tineret din România, 2014–2015 385
V. O inițiativă de pregătire a personalului în vederea profesionalizării activității consilierilor şi a mediatorilor ANOFM 386
Anexa 4: Transferuri sociale 388
Anexa 5: Servicii sociale 391
I. Date statistice 391
II. Metodologia recensământului privind serviciile de asistență socială la nivelul comunității 394
III. Servicii de recuperare medicală pentru persoanele cu dizabilități 395
IV: Servicii de asistență pentru persoanele cu dizabilități 396
V. Principii de organizare şi furnizare a serviciilor adresate consumatorilor de droguri din România 397
VI. Organizarea şi tipurile serviciilor adresate victimelor traficului de persoane din România 398
VII. Organizarea serviciilor adresate victimelor violenței în familie din România 400
Anexa 6: Educație 401
I. Date statistice 401
II. Cadrul legislativ şi rețeaua educațională pentru persoanele cu dizabilități 401
Anexa 7: Sănătate 403
Anexa 8: Locuire 404
I. Date statistice 404
II. Sondajul privind situația locuințelor sociale 406
Anexa 9: Participare socială 412
Anexa 10: Politici zonale 414
I. Date statistice privind satele mici, satele foarte mici şi satele cu populație vârstnică 414
II. Date statistice privind comunele mici (cu mai puțin de 2.000 de locuitori) 418
III. Date statistice privind oraşele mici (cu mai puțin de 20.000 de locuitori) 419
IV. Date statistice privind zonele marginalizate 425

Acronime şi abrevieri

ABF	-	Ancheta Bugetelor de Familie
ACL	-	Analiză a claselor latente
ADHD	-	Tulburarea de hiperactivitate cu deficit de atenție
ADI	-	Asociație de Dezvoltare Intercomunitară
AJPIS	-	Agenția Județeană pentru Plăți şi Inspecție Socială
ALIAT	-	Alianța pentru Lupta împotriva Alcoolismului şi Toxicomaniilor
ALOFM	-	Agenția Locală pentru Ocuparea Forței de Muncă
AMC	-	Asistenții medicali comunitari
ANA	-	Agenția Națională Antidrog
ANITP	-	Agenția Națională împotriva Traficului de Persoane
ANL	-	Agenția Națională pentru Locuințe
ANOFM	-	Agenția Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă
ANP	-	Administrația Națională a Penitenciarelor
ANPH	-	Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap
ANPDCA	-	Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului şi Adopție
ANPIS	-	Agenția Națională pentru Plăți şi Inspecție Socială
ARAS	-	Asociația Română Anti-Sida
AROP	-	Persoane expuse riscului de sărăcie relativă, după transferuri sociale
AROPE	-	Persoane expuse riscului de sărăcie sau excluziune socială
ASC	-	Alocația de stat pentru copii
ASF	-	Alocația pentru susținerea familiei
BCPH	-	Bugetul complementar pentru persoanele cu handicap
BM	-	Banca Mondială
CASPIS	-	Comisia Anti-Sărăcie şi Promovare a Incluziunii Sociale
CDI	-	Consumatori de droguri injectabile
CDP	-	Consumatorilor de droguri problematici
CDPD	-	Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități
CE	-	Comisia Europeană
CES	-	Cerințe educaționale speciale
CIA	-	Centre de Îngrijire şi Asistență
CITO	-	Centre de integrare prin terapie ocupațională
CJAS	-	Casele Județene de Asigurări de Sănătate
CJRAE	-	Centrul Județean de Resurse şi Asistență Educațională
CMBRAE	-	Centrul Municipiului București de Resurse și Asistență Educațională
CNAS	-	Casa Națională de Asigurări de Sănătate
CPECA	-	Centrele de Prevenire, Evaluare şi Consiliere Antidrog
CPRRPH	-	Centre pilot de recuperare şi reabilitare a persoanelor cu handicap
CRIPS	-	Centrul de Resurse şi Informare pentru Profesiuni Sociale
CRO	-	Centre de Orientare şi Resurse
CRRN	-	Centre de recuperare și reabilitare neuropsihiatrică
CRRPH	-	Centre de recuperare şi reabilitare a persoanelor cu handicap
CSC	-	Cadrului strategic comun al UE
CV	-	Curriculum Vitae
DCP	-	Dezvoltare comunitară participativă
DDAC	-	Direcția de Dezvoltare şi Asistență Comunitară
DGASPC	-	Direcția Generală de Asistență Socială şi Protecția Copilului
DGPC	-	Direcția Generală de Protecție a Copilului *(În prezent, Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului şi Adopție)*
DLRC	-	Dezvoltare locală plasată sub responsabilitatea comunității
DOTS	-	Strategia privind tratamentul sub directă observație
DPH	-	Direcția pentru Protecția Persoanelor cu Handicap *(În prezent, Autoritatea Națională pentru Persoane cu Handicap)*
DPPD	-	Adăposturi publice sau case de tip familial pentru adulți
DSP	-	Direcțiile de Sănătate Publică
DTP	-	Vaccinul împotriva difteriei, tetanosului şi tusei
ECDC	-	Centrul European de Prevenire şi Control al Bolilor
EMCDDA	-	Centrul European de Monitorizare a Drogurilor şi Abuzului de Droguri
ESI	-	Fonduri structurale şi de investiții europene
ESPAD	-	Proiectul european de sondaje privind alcoolul şi alte droguri în şcoli
ESSPROS	-	Sistemul european de statistici integrate privind protecția socială
EU-SILC	-	Ancheta europeană privind veniturile şi condițiile de viață
FC	-	Fondul de coeziune
FEAD	-	Fondul de ajutor european pentru cele mai defavorizate persoane
FEADR	-	Fondul European pentru Agricultură şi Dezvoltare Rurală
FEDR	-	Fondul European de Dezvoltare Regională

FEPAM	-	Fondul European pentru Pescuit și Afaceri Maritime
FMI	-	Fondul Monetar Internațional
FONPC	-	Federația Organizațiilor Neguvernamentale pentru Copil
FRA	-	European Union Agency for Fundamental Rights
FRDS	-	Fondul Român de Dezvoltare Socială
FSE	-	Fondul Social European
GAL	-	Grup de acțiune locală
HG	-	Hotărâre de Guvern
HIV	-	Infecția cu virusul imunodeficienței umane
ICC	-	Indemnizația pentru creşterea copilului
ICCV	-	Institutul de Cercetare a Calității Vieții
IEC	-	Informare-educare-comunicare
IETC	-	Îngrijirea şi educația timpurie a copilului
IMM	-	Intreprinderi mici și mijlocii
INS	-	Institutul Național de Statistică
IPH	-	Indemnizația pentru persoanele cu handicap
IPV	-	Învățarea pe tot parcursul vieții
ISJ	-	Inspectoratul Școlar Județean
IVET	-	Învățământ profesional şi tehnic inițial
LDHI	-	Indicele dezvoltării umane locale
LEADER	-	Liaison Entre Actions de Développement de l'Économie Rurale
MADR	-	Ministerul Agriculturii și Dezvoltării Rurale
M&E	-	Monitorizare și Evaluare
M/XDR-TB	-	Tuberculoză multirezistentă şi extensiv rezistentă la medicamente
MDRAP	-	Ministerul Dezvoltării Regionale şi Administrației Publice
MECS	-	Ministerul Educației și Cercetării Științifice
MMFPSPV	-	Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale şi Persoanelor Vârstnice
MS	-	Ministerul Sănătății
MSR	-	Mediatorii sanitari romi
NEET		Tineri care nu sunt nici angajați, nici cuprinşi într-o formă de învățământ sau instruire
NEETD	-	Adulți care nu sunt nici angajați, nici cuprinşi într-o formă de învățământ sau instruire şi nu au o dizabilitate
OCDE	-	Organizația pentru Cooperare şi Dezvoltare Economică
OG	-	Ordonanța Guvernamentală
OHCHR	-	Biroul Înaltului Comisar ONU pentru Drepturile Omului
OMS	-	Organizația Mondială a Sănătății
ONG		Organizație neguvernamentală
ONU	-	Organizația Națiunilor Unite
OUG	-	Ordonanță Guvernamentală de Urgență
PDR	-	Proiectul de Dezvoltare Rurală
PIRLS	-	Progress in International Reading Literacy Study
PISA	-	Programme for International Student Assessment
PNCT	-	Programul Național de Control al Tuberculozei
PNDI	-	Planul Național de Dezvoltare a Infrastructurii
PNDR	-	Programul Național de Dezvoltare Rurală
PNUD	-	Programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare
POC	-	Programul Operațional Competitivitate
POCU	-	Programul Operațional Capital Uman
POIM	-	Programul Operațional Infrastructură Mare
POR	-	Programul Operațional Regional
POS	-	Programul Operațional Sectorial
POSDRU	-	Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013
PPC	-	Paritatea puterii de cumpărare
PROST	-	Pension Reform Options Simulation
PS	-	Pensia Socială
PTS	-	Părăsirea timpurie a şcolii
SAPARD	-	Special Accesssion Programme for Agriculture and Rural Development
SCC	-	Structurile Comunitare Consultative
SIDA	-	Sindromul imunodeficienței dobândite
SLS	-	Studiu al situației locuințelor sociale
SMD	-	Lipsuri materiale grave (din engleză, severe material deprivation)
SMI	-	Sistem electronic de management al informației
SPAS	-	Serviciul Public de Asistență Socială
SPOR	-	Programul Social Oportunitate și Responsabilitate
STS	-	Serviciul Telecomunicații Speciale
TBC	-	Tuberculoză
TEN-T	-	Rețeaua trans-europeană de transport
TIC	-	Tehnologia informației şi comunicațiilor
TIMSS	-	Trends in International Mathematics and Science Study
TSA	-	Tulburări de spectru autist

UE	-	Uniunea Europeană
UNFPA	-	United Nations Population Fund
UNHRC	-	United Nations Human Rights Council
UNICEF	-	United Nations Childrens' Fund
UNODC	-	Biroul ONU pentru Droguri şi Criminalitate
USAID	-	United States Agency for International Development
VET	-	Învățământ profesional şi tehnic
VLWI	-	Intensitate foarte scăzută a muncii (din engleză, very low work intensity)
VMG	-	Venit Minim Garantat
VMI	-	Venit Minim de Inserție

Această pagină a fost lăsată goală în mod intenționat

Această pagină a fost lăsată goală în mod intenționat

INTRODUCERE

România se doreşte a fi o ţară în care toţi cetăţenii beneficiază de şanse egale de a participa la nivelul societăţii, în care sunt acoperite nevoile de bază şi sunt respectate diferenţele, în care toţi oamenii se simt apreciaţi şi trăiesc demn.

România se doreşte a fi o țară în care:

- Toți cetățenii au şanse egale. Oricine merită şansa de a participa pe deplin la viața economică, socială, politică şi culturală a societății în care trăieşte şi de a se bucura de tot ce implică acest lucru. Prin egalitatea de şanse înțelegem faptul că circumstanțele personale ce nu pot fi controlate de către indivizi nu influențează realizările acestora.

- Nevoile de bază ale fiecărui cetățean sunt acoperite. Alături de respectarea şi protecția drepturilor fundamentale ale omului, una dintre principalele precondiții pentru o viață decentă este acoperirea nevoilor de bază ale cetățenilor legate de locuire, hrană, salubritate şi siguranță, pe lângă servicii comunitare de bază, precum educația, asistența medicală şi serviciile sociale. Aceste elemente cheie permit oamenilor să trăiască cu demnitate, să dețină controlul asupra vieții lor şi să participe în mod activ la viața comunității în care trăiesc. Răspunderea pentru dezvoltarea propriei capacități de integrare socială şi pentru implicarea activă în soluționarea situațiilor dificile revine fiecărui individ, dar şi familiei sale, iar autoritățile publice ar trebui să acționeze în aşa fel încât să asigure şanse egale tuturor sau, în absența acestora, să ofere beneficii şi servicii sociale adecvate.

- Diferențele dintre persoane sunt respectate. Fiecare om este unic. Diferențele individuale pot ține de rasă, gen, apartenență etnică, statut socio-economic, vârstă, orientare sexuală şi convingeri (religioase şi de altă natură), dar şi de abilitățile fizice, cognitive sau sociale. Conceptul diversității nu se reduce doar la toleranță, ci implică şi acceptare şi respect. Valorificarea diversității într-o manieră pozitivă şi favorabilă creşte şansele ca fiecare cetățean să îşi atingă potențialul şi ca acest potențial să fie folosit în comunitate într-un mod proactiv.

- Orice persoană se simte apreciată şi poate duce o viață demnă. Toate ființele umane se nasc libere şi egale în demnitate şi în drepturi (Art.1, Declarația ONU privind drepturile omului). Când o persoană se simte apreciată şi trăieşte cu demnitate, are mai multe şanse de a deține controlul asupra propriei vieți, de a participa şi de a juca un rol activ în societate.

Societatea românească este încă departe de acest ideal. În prezent, potrivit metodologiei folosite de Uniunea Europeană, unul din cinci români se confruntă cu sărăcia relativă (sărăcie monetară). Sărăcia monetară este în mare parte persistentă, adică peste trei sferturi din populația săracă se afla în această situație în anul de referință şi cel puțin în ultimii doi sau trei ani. În baza definiției naționale a sărăciei absolute, aproximativ 5% din populație nu îşi permite să achiziționeze un nivel minim de consum de bunuri și servicii. O treime din populație se confruntă cu lipsuri materiale grave şi nu îşi permite lucruri considerate necesare sau chiar necesare pentru o viață decentă, conform standardelor statelor membre ale UE. În România, încă sunt copii care nu au mers niciodată la şcoală, iar procentul tinerilor fără o educație cu relevanță pentru piața muncii este extrem de ridicat. Numeroase persoane sunt în continuare inactive sau lucrează ilegal, cu slabe şanse de a accede la piața muncii aşa cum se cuvine. Încă există inegalități majore din punctul de vedere al acoperirii asistenței medicale primare, în timp ce majoritatea populației sărace este în continuare nevoită să plătească pentru medicamente. Toate aceste probleme afectează numeroase comunități defavorizate, membrilor acestor comunități fiindu-le aproape imposibil să rupă cercul vicios al excluziunii fără un sprijin extern susținut şi integrat.

Acțiuni strategice la nivel național pentru reducerea sărăciei și promovarea incluziunii sociale

Documentul de față își propune să continue seria acțiunilor strategice întreprinse în domeniul reducerii sărăciei și promovării incluziunii sociale în ultimii 20 ani. În cele ce urmează este prezentat un scurt istoric al celor mai importante etape parcurse.

1998 Înființarea, în 1998, a unei Comisii pentru Prevenirea și Combaterea Sărăciei, sub patronajul Președinției României. Comisia a elaborat și a adoptat „Strategia pentru prevenirea și combaterea sărăciei" care, deşi nu a fost adoptată de guvern, reprezintă primul document strategic care a stabilit principiile politicilor sociale în România.

2001 Înființarea unei Comisii Anti-Sărăcie şi de Promovare a Incluziunii Sociale (CASPIS), activă în perioada 2001-2006. Această instituție, împreună cu comisiile județene aflate în subordinea sa (responsabile de formularea şi aplicarea politicilor sociale la nivel județean), a anticipat participarea României la elaborarea metodei deschise de coordonare de la nivelul UE. În perioada de funcționare a CASPIS, s-au realizat câteva acțiuni menite să intensifice lupta împotriva sărăciei: (i) stabilirea unei metodologii de măsurare a sărăciei absolute, (ii) crearea unui set de indicatori naționali şi județeni în scopul monitorizării şi (iii) realizarea primei hărți a sărăciei la nivel local. În plus, Comisia a elaborat Programul național anti-sărăcie şi de promovare a incluziunii sociale şi planurile județene aferente, care au detaliat şi au adaptat obiectivele naționale la nevoile locale.

2005 Semnarea, în 2005, a unui Memorandum comun în domeniul incluziunii sociale de către Guvern şi Comisia Europeană ca o primă fază a implementării în comun a unei politici sociale europene. Documentul, coordonat de Ministerul Muncii și redactat împreună cu un număr important de actori relevanți, a urmărit identificarea provocărilor cheie întâmpinate de România în promovarea incluziunii sociale, precum şi a răspunsurilor de politică necesare.

2006 Adoptarea Hotărârii de Guvern nr. 1271/ 2006 ce stabilește un mecanism național pentru promovarea incluziunii sociale. În baza aceluiași act normativ, s-a înființat și o Comisie națională privind incluziunea socială în cadrul Consiliului interministerial pentru afaceri sociale, sănătate şi protecția consumatorului. Comisia națională include câte un reprezentant, la nivel de secretar de stat sau președinte, al ministerelor, autorităților, agențiilor și altor instituții guvernamentale cu atribuții în domeniul incluziunii sociale. Are un rol consultativ și este condusă de Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale şi Persoanelor Vârstnice.

2010 Adoptarea în 2010 a Memorandumului care include valorile finale ale țintelor naționale pentru Strategia Europa 2020, inclusiv ținta de sărăcie prin care România s-a angajat ca 580.000 oameni să iasă din sărăcie.[1]

2011 Aprobarea Strategiei privind reforma în domeniul asistenței sociale în 2011, cuprinzând o serie de obiective cheie care au ghidat guvernul în ultimii ani şi care prezintă relevanță şi pentru studiul de față și anume: (i) direcționarea beneficiilor sociale către persoanele cu venituri mici; (ii) reducerea erorilor şi a fraudelor la nivelul sistemului; (iii) reducerea numărului persoanelor în vârstă de muncă care sunt dependente de asistență socială; (v) consolidarea beneficiilor sociale și (vi) creșterea capacității de prognoză, planificare strategică, monitorizare și evaluare.

2015 Aprobarea Strategiei Naționale pentru Incluziune Socială și Reducerea Sărăciei 2015-2020 și a Planului de Acțiune al Guvernului României prin Hotărârea de Guvern nr. 383 din 27 mai 2015. Această Strategie Națională și Planul său de Acțiune au fost realizate pe baza studiului de fundamentare prezentat în acest volum.

[1] Ținta de reducere a sărăciei la nivelul UE-28 este să reducă numărul oamenilor care sunt în risc de sărăcie sau excluziune socială cu 20 de milioane între 2008 și 2020. Guvernul României s-a angajat să contribuie la această țintă prin reducerea populației la risc de sărăcie după transferurile sociale de la 4,99 milioane în 2008 la 4,41 milioane până în 2020.

Principalele domenii de politici abordate în acest volum

Acest studiu de fundamentare pentru Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei 2015-2020 propune un plan care va permite României să realizeze progrese substanțiale la nivelul reducerii sărăciei şi promovării incluziunii sociale pentru persoanele, familiile şi grupurile vulnerabile, în următorii şapte ani. Acest volum prezintă un set structurat de măsuri de politici ce contribuie la atingerea obiectivelor prevăzute în Strategia Europa 2020 pentru România.[2] Acest studiu urmăreşte coordonarea şi actualizarea acțiunilor strategice ce vizează reducerea sărăciei, puse în practică în România până la ora actuală. Mai mult, pentru a asigura complementaritățile şi coordonarea cu alte demersuri realizate în domeniu, volumul cuprinde şi elemente preluate din diverse strategii sectoriale şi din anumite domenii ale politicii de incluziune socială (precum combaterea sărăciei copiilor, reducerea discriminării populației rome şi integrarea comunităților marginalizate). Acest studiu de fundamentare a luat de asemenea în considerare și recomandările Comisiei Europene privind Programul național de reformă pentru 2013 şi Programul de convergență pentru perioada 2012-2016, după cum este prezentat în Caseta 1.

Abordarea volumului

În vederea combaterii excluziunii sociale, principalul scop este ca egalitatea de şanse să devină realitate pentru toți cetățenii români pe tot parcursul vieții lor. Realizările oricărui individ se datorează următoarelor două tipuri de influență: circumstanțelor şi eforturilor sale.[3] Circumstanțele vizează toți factorii externi asupra cărora persoana nu deține niciun control, în timp ce eforturile se referă la toți factorii controlabili ce intră în sfera de răspundere a persoanei în cauză. Orice inegalități datorate eforturilor sunt acceptabile din punct de vedere etic, spre deosebire de cele datorate circumstanțelor, care ar trebui eliminate. Există, de asemenea, tot mai multe evidențe potrivit cărora şansele inegale duc adesea la irosirea potențialului productiv şi la alocarea ineficientă a resurselor, subminând astfel eficiența economică. Este aşadar esențial, atât dintr-o perspectivă morală, cât şi dintr-una economică, să se asigure că toate persoanele se bucură de şanse egale de a-şi dezvolta potențialul pe întreaga durată a vieții.

SCHEMA 1: Perspectiva ciclurilor vieții

În cazul **copiilor** (persoanele cu vârste cuprinse între 0 şi 17 ani)	Pentru **adulții în vârstă de muncă**	Pentru **populația ce a trecut de vârsta activă**
Scopul este de a asigura că fiecare copil are şansa de a-şi atinge potențialul maxim indiferent de mediul social din care provine, punându-i la dispoziție toate condițiile de care are nevoie în vederea dezvoltării competențelor, dobândirii de cunoştințe şi de experiențe necesare pentru a-şi atinge potențialul maxim ca elev de succes, persoană sigură pe sine şi cetățean responsabil, cu contribuții reale la dezvoltarea societății.	Obiectivul este de a asigura că fiecare are şansa de a participa pe deplin la viața economică, socială şi culturală a României.	Obiectivul este acela de a asigura că persoanele vârstnice sunt apreciate şi respectate, continuă să fie independente, participă la toate aspectele vieții ca cetățeni activi şi se bucură de o bună calitate a vieții, într-o comunitate sigură.

[2] Sărăcia relativă (AROP) este indicatorul utilizat de Guvernul României pentru a monitoriza dacă ținta de reducere a sărăciei este atinsă.
[3] Roemer (1993).

CASETA 1

Comparație între Recomandările Consiliului Comisiei Europene[4] și domeniile de politici abordate de acest volum

Recomandări specifice fiecărei țări	Domenii de politici abordate de acest volum
Să accelereze reformele în sectorul sănătății în scopul de a spori eficiența, calitatea şi accesibilitatea acestuia, inclusiv pentru persoanele defavorizate şi comunitățile îndepărtate şi izolate. Să intensifice eforturile pentru a reduce plățile informale, inclusiv prin intermediul unor sisteme corespunzătoare de gestiune şi control.	2.5.1. Îmbunătățirea echității și protecției financiare în materie de sănătate 2.5.3. Creşterea accesului categoriilor vulnerabile la servicii medicale de calitate
Să consolideze măsurile active în domeniul pieței forței de muncă şi capacitatea Agenției Naționale pentru Ocuparea Forței de Muncă (ANOFM). Să acorde o atenție specială activării tinerilor neînregistrați. Să consolideze măsurile menite să promoveze capacitatea de inserție a lucrătorilor în vârstă. Să elaboreze, în consultare cu partenerii sociali, orientări clare privind stabilirea transparentă a salariului minim, luând în considerare condițiile economice şi condițiile pieței muncii.	2.1.2. Reducerea ocupării informale a forței de muncă şi creşterea productivității exploatațiilor agricole mici şi mijlocii 2.1.3. Reducerea ratei ridicate a sărăciei în rândul populației ocupate 2.1.4. Dezvoltarea capacității instituționale şi a resurselor serviciului public de ocupare
Să asigure creşterea calității şi accesului la învățământul şi formarea profesională, la programe de ucenicie, la învățământul terțiar şi la învățarea pe tot parcursul vieții şi să le adapteze la necesitățile pieței forței de muncă. Să asigure un acces mai bun la serviciile de îngrijire şi educație timpurie a copilului.	2.4.1. Îmbunătățirea sistemului de îngrijire şi educație timpurie a copilului 2.4.2. Creşterea participării şi a rezultatelor tuturor copiilor la nivelul învățământului primar şi secundar 2.4.4. Îmbunătățirea accesului la învățare şi formare pe tot parcursul vieții pentru tinerii dezavantajați şi populația în vârstă de muncă
În vederea combaterii sărăciei, să sporească eficiența şi eficacitatea transferurilor sociale, în special pentru copii şi să continue reforma asistenței sociale, consolidând legăturile acesteia cu măsurile de activare. Să intensifice eforturile în vederea punerii în aplicare a măsurilor preconizate pentru a favoriza integrarea romilor pe piața forței de muncă, pentru a creşte rata de şcolarizare şi pentru a reduce rata de părăsire timpurie a şcolii, prin intermediul unei abordări bazate pe parteneriat şi al unui mecanism solid de monitorizare.	2.2.1. Îmbunătățirea performanței sistemului de asistență socială 2.1.5. Creşterea ratei de ocupare a grupurilor vulnerabile inclusiv romi 2.4.5. Creşterea accesului la educație de calitate pentru copiii din grupurile vulnerabile inclusiv copiii de etnie romă
Să intensifice eforturile pentru a consolida capacitatea administrației publice, în special prin îmbunătățirea eficienței, a managementului resurselor umane, a instrumentelor decizionale şi a coordonării în cadrul şi între diferitele niveluri administrative, precum şi prin îmbunătățirea transparenței, a integrității şi a răspunderii. Să accelereze absorbția fondurilor UE, să consolideze sistemele de gestiune şi de control şi să aducă îmbunătățiri capacității de planificare strategică, inclusiv elementului bugetar multianual. Să remedieze deficiențele persistente din sectorul achizițiilor publice. Să îmbunătățească în continuare calitatea şi eficiența sistemului judiciar, să combată corupția la toate nivelurile şi să asigure executarea efectivă a hotărârilor instanțelor.	4. Dezvoltarea capacității instituționale de reducere a sărăciei şi promovare a incluziunii sociale

[4] Comisia Europeană (2014b) COUNCIL RECOMMENDATION on Romania's 2014 national reform program and delivering a Council opinion on Romania's 2014 convergence program.

Combaterea sărăciei şi a excluziunii sociale presupune abordarea nevoilor individuale din perspectiva ciclurilor vieții.

Cum copiii care cresc în gospodării sărace se vor confrunta pe viitor cu un risc de sărăcie mai ridicat, pentru a rupe cercul intergenerațional al sărăciei, guvernul trebuie să adopte programe care să vizeze concomitent sărăcia copiilor şi cea a adulților dintr-o gospodărie. Îndeosebi în cazul persoanelor ce se confruntă cu o sărăcie persistentă şi al populației rome, diferitele dimensiuni ale excluziunii sunt în general interconectate şi perpetuate de la o generație la alta. Cercul intergenerațional al excluziunii este perpetuat atunci când nivelul scăzut de educație şi sănătatea precară limitează serios şansele de acces pe piața muncii pentru următoarea generație de copii. Ruperea cercului intergenerațional al sărăciei şi excluziunii va necesita intervenții țintite pentru a elimina cauzele multiple ale inegalității.

Este necesară o abordare coordonată la nivelul implementării politicilor, programelor şi intervențiilor adresate populației sărace şi vulnerabile, precum şi zonelor marginalizate. Există deja un spectru larg de politici, programe şi intervenții sectoriale care urmăresc reducerea sărăciei şi a excluziunii sociale, iar experiența şi instrumentele necesare identificării persoanelor şi zonelor afectate de sărăcie au fost îmbunătățite în ultimii ani. Ingredientul cheie care lipseşte este coordonarea acestor politici, programe şi intervenții. Având în vedere strânsa legătură dintre sărăcie şi excluziune socială, înregistrarea unor progrese în ambele domenii presupune creşterea şi eficientizarea intervențiilor sociale, care să ofere populației acces la locurile de muncă, sprijin financiar şi servicii. Vor fi, de asemenea, necesare îmbunătățirea capacității de evaluare corectă a nevoilor la orice nivel şi coordonarea serviciilor sociale, a serviciilor de ocupare a forței de muncă şi a celor de sănătate pentru a include în câmpul muncii beneficiarii măsurilor de protecție socială ce sunt inactivi, dar apți de muncă. Astfel, această abordare a sărăciei şi excluziunii sociale se bazează pe conceptul furnizării unor servicii integrate, dar şi pe armonizarea şi alinierea diferitelor programe şi intervenții cu ajutorul unor asistenți sociali bine pregătiți şi abilitați atât la nivel individual, cât şi la nivel de comunitate.

În implementarea intervențiilor, este important să fie abordate atât provocările de la nivelul ofertei, cât şi cele legate de cerere. În comunitățile sărace şi marginalizate, din mediul rural sau urban, dar şi în rândul populației de etnie romă sau non-romă, furnizarea unei noi infrastructuri sau servicii nu înseamnă că acestea vor fi şi folosite. Toate obstacolele de la nivelul cererii, precum cele legate de informarea utilizatorilor, mijloacele financiare, capacitatea restrânsă, costurile de oportunitate, normele sociale şi riscurile (în materie de siguranță, demnitate şi reputație, de exemplu), trebuie evaluate şi adresate. Populația nu va accesa un serviciu disponibil dacă nu îi cunoaşte avantajele sau dacă acesta presupune costuri prea mari. Mai mult, chiar dacă un serviciu este gratuit, oamenii pot alege să nu îl acceseze în cazul în care sunt considerate prea ridicate costurile de tranzacție sau de oportunitate.

Abordarea este ilustrată în mod sintetic în Schema 2. Astfel, această carte își propune să contribuie la îmbunătățirea vieții săracilor și a persoanelor vulnerabile prin abordarea într-o manieră integrată și comprehensivă a: (i) actorilor care vor implementa politicile recomandate; (ii) țintirii politicilor propriu-zise (sectoriale sau zonale) și iii) principalelor politici sectoriale.

Identificarea şi acoperirea nevoilor specifice ale categoriilor sărace şi vulnerabile reprezintă elemente cheie pentru implementarea unor politici eficace de incluziune socială. Cum grupurile vulnerabile se confruntă cu probleme specifice pentru care politicile generale nu pot oferi soluții viabile, guvernul intenționează să creeze servicii adaptate şi integrate, menite să sporească participarea socială sau economică a acestora (în special cu ajutorul serviciilor publice de asistență socială şi al lucrătorilor comunitari).

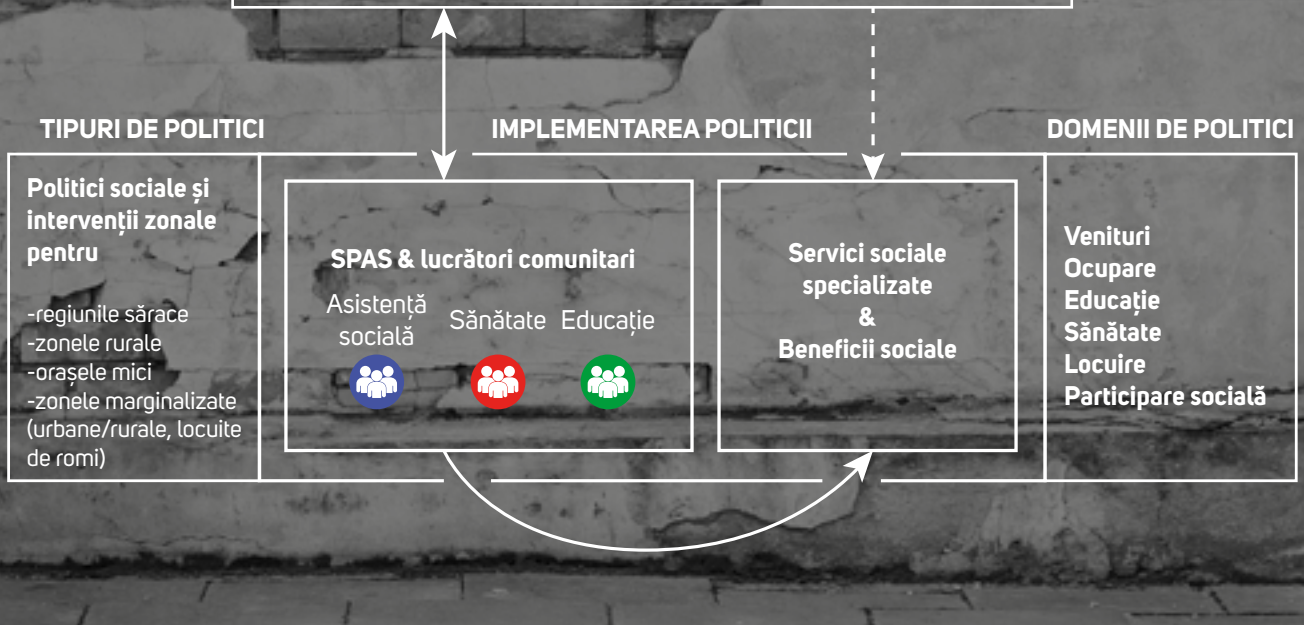
Luând în considerare sectoarele economice şi sociale afectate de excluziune, tiparele geografice ale excluziunii şi gravitatea problemelor sociale cu care se confruntă numeroase persoane, acest studiu împarte diferitele tipuri de intervenție în politici adresate populației (sau sectoriale) și politici zonale. În acest document, politicile adresate populației se referă la politicile ce vizează direct reducerea sărăciei şi creşterea incluziunii sociale în câteva domenii cheie: venituri (beneficii sociale şi drepturi de asigurări sociale), ocupare, educație, sănătate, locuire, participare socială şi servicii sociale.

Având în vedere faptul că, în România, sărăcia prezintă o puternică dimensiune geografică, unul dintre obiectivele centrale este asigurarea alocării resurselor în funcție de distribuția nevoilor la nivelul țării (prin dezvoltarea politicilor zonale). În România, aproape jumătate din populație trăieşte în mediul rural, numeroase persoane fiind puternic dezavantajate atât din punct de vedere al veniturilor monetare, cât şi al infrastructurii şi serviciilor de bază. Se observă, de asemenea, variații importante în mediul urban, oraşele mici (mai ales cele al căror statut s-a modificat din rural în urban în ultimii 15 ani) fiind cele mai dezavantajate. Guvernul caută să reducă discrepanțele dintre mediul rural şi cel urban, dar şi dintre zonele urbane sărace/subdezvoltate şi cele mai dezvoltate. În plus, politicile şi programele zonale recomandate în acest volum reprezintă

un efort coordonat ce urmăreşte reducerea semnificativă a sărăciei şi excluziunii sociale în comunitățile marginalizate, care sunt cele mai dezavantajate din România (atât rome, cât şi non-rome, din mediul rural şi din cel urban).

La baza documentului de față stă o combinație de metode de cercetare care include analiza documentară, analiza datelor calitative, noile date colectate de echipa Băncii Mondiale şi analizele datelor administrative, de recensământ şi din sondaje. Activitățile de cercetare desfăşurate în cadrul prezentului studiu de fundamentare sunt prezentate, pe scurt, în Anexa 1.

SCHEMA 2: Răspunsul politicilor pentru reducerea sărăciei și promovarea incluziunii sociale



Sinteza intervențiilor cheie

Pentru fiecare domeniu inclus în această carte, au fost identificate obiective cheie, alături de provocări şi direcții de acțiune în vederea soluționării acestor probleme. Această secțiune propune un set de intervenții pe care le considerăm, printre altele, viitoare priorități naționale în aceste domenii de politici, în perioada 2015-2020.

Din întregul set de politici și intervenții inclus în acest studiu, echipa Băncii Mondiale a dezvoltat planuri detaliate de implementare pentru un subset de nouă intervenții cheie care pot avea cel mai mare impact în termeni de reducere a sărăciei și promovare a incluziunii sociale, intervenții care sunt subliniate în textul de mai jos.

Ocuparea forței de muncă

(Inițiativă cheie #1)

Creşterea finanțării politicilor cost eficiente de activare a forței de muncă, extinderea accesului la aceste servicii în cazul populației sărace şi vulnerabile inactive şi conectarea lor la servicii de remediere sau ocupare personalizate, prin stabilirea, la nivelul grupului țintă, a profilului statistic al celor care nu au un loc de muncă deşi sunt apți de muncă.

Țintirea tinerilor vulnerabili, inclusiv prin programe europene cum ar fi „Garanția pentru tineret".

Utilizarea fondurilor europene pentru a întări capacitățile de monitorizare şi evaluare a măsurilor active privind piața muncii, în vederea identificării mecanismelor cu efect pozitiv şi a îmbunătățirii ofertei programelor existente.

(Inițiativă cheie #2)

Introducerea unui beneficiu pro-muncă la nivelul noului Venit Minim de Inserție bazat pe testarea mijloacelor (vezi intervențiile din domeniul Transferurilor sociale), care exclude din calculul venitului total al gospodăriei anumite venituri din muncă.

Îmbunătățirea formării profesionale în cazul exploatațiilor agricole mici şi mijlocii prin: ref: (i) consolidarea, profesionalizarea şi modernizarea actualelor instituții care furnizează consultanță şi sprijin către micii agricultori şi exploatațiile agricole de subzistență şi (ii) asigurarea unei mai bune acoperiri a şcolilor profesionale şi colegiilor tehnice agricole în vederea îmbunătățirii competențelor de bază ale (viitorilor) fermieri.

Transferuri sociale

(Inițiativă cheie #2)

Consolidarea programelor bazate pe testarea mijloacelor într-un program cheie anti-sărăcie (programul privind Venitul Minim de Inserție – VMI). Cele trei programe restrânse de asistență socială ar trebui înlocuite cu un singur program mai amplu care să vizeze într-un mod mai eficient pe cei mai săraci cinci milioane de români, program ce va acorda stimulente și săracilor care muncesc care vor putea astfel combina veniturile din muncă cu beneficiile sociale. Programul VMI va fi bine conectat la serviciile de ocupare, educație şi sănătate a copiilor, precum şi la serviciile de locuire.

Abordarea obstacolelor de la nivelul cererii legate de accesul la beneficiile de asistență socială şi serviciile sociale, cum sunt cele ce țin de informarea utilizatorilor, mijloacele financiare, costurile de oportunitate, normele sociale şi riscurile (siguranță, demnitate, stigmatizare).

Simplificarea accesului persoanelor cu dizabilități la sistemul de protecție socială prin armonizarea criteriilor medicale de acordare a pensiilor de invaliditate cu indemnizațiile pentru persoanele cu dizabilități şi unificarea sistemului instituțional de evaluare a indemnizațiilor acordate persoanelor cu dizabilități şi a pensiilor de invaliditate.

Definirea unor demersuri de reformă în vederea asigurării unor venituri rezonabile la bătrânețe pentru persoanele din mediul rural care nu sunt cuprinse în prezent în sistemul asigurărilor sociale.

Servicii sociale

Asigurarea disponibilității fondurilor publice pentru dezvoltarea serviciilor sociale în paralel cu finanțările de la Uniunea Europeană.

(Inițiativă cheie #3)

Consolidarea şi îmbunătățirea asistenței sociale la nivel comunitar prin: (i) dezvoltarea unui pachet minim de intervenții ca o responsabilitate obligatorie a fiecărei autorități locale; (ii) finanțarea din bugetul de stat a unui program la nivel național – Programul Social Oportunitate și Responsabilitate (SPOR) - pentru a asigura, în fiecare localitate, cel puțin un salariat cu normă întreagă care desfăşoară activități de asistență socială şi lucrează „unu la unu" cu persoanele aflate în situații vulnerabile şi familiile lor; (iii) finanțarea din bugetul de stat a unui program național privind formarea profesională a personalului din domeniul asistenței sociale şi dezvoltarea de metodologii, ghiduri şi instrumente care să sprijine aplicarea la scară largă a managementului de caz în cadrul SPAS, în special în comunele şi oraşele mici; (iv) dezvoltarea unui sistem solid de monitorizare şi evaluare a serviciilor de asistență socială la nivel comunitar.

Crearea, în cadrul aceluiași program SPOR, a unor echipe comunitare de intervenție integrată pentru furnizarea serviciilor sociale (educație, ocupare, sănătate, protecție socială şi alte servicii publice) şi a programelor de intermediere socială şi facilitare la nivel comunitar, în special în comunitățile sărace şi marginalizate de romi şi non-romi, din mediul rural şi urban, prin (i) elaborarea unor metodologii, protocoale şi proceduri de lucru clare pentru lucrătorii comunitari şi (ii) înființarea, în zonele marginalizate extinse, a unor centre comunitare multifuncționale care să acorde servicii integrate familiilor aflate în sărăcie extremă (dar nu numai).

(Inițiativă cheie #5)

Consolidarea serviciilor sociale de protecție a copilului prin: (i) crearea şi dezvoltarea capacității de prevenire la nivel comunitar şi a serviciilor de sprijin pentru copil și familie, (ii) regândirea modalităților şi a mijloacelor (inclusiv a beneficiilor financiare) de a oferi sprijin familial în vederea prevenirii separării copilului de familie şi (iii) revizuirea serviciilor existente de protecție a copilului cu scopul de a îmbunătăți calitatea îngrijirilor acordate şi de a reduce durata de şedere în sistemul de protecție la un minim necesar.

Dezvoltarea serviciilor sociale adresate grupurilor vulnerabile prin: (i) creşterea finanțării serviciilor sociale şi îmbunătățirea procedurilor de contractare a acestora către furnizorii neguvernamentali şi privați și (ii) întărirea rolului DGASPC de planificare strategică, îndrumare şi coordonare metodologică pentru SPAS, precum şi a celui de monitorizare şi evaluare a furnizorilor de servicii de la nivel județean.

Educație

Extinderea rețelei de grădinițe şi creşe pentru a asigura accesul tuturor copiilor.

Crearea şi implementarea unui program național centrat pe copiii cu risc de abandon şcolar sau necuprinşi în învățământul primar şi gimnazial prin: (i) elaborarea unor cerințe coerente care să asigure legătura între sistemul educațional şi punctele de intrare din toate sistemele care dețin date despre copiii ce provin din familii vulnerabile; (ii) implementarea unui sistem de monitorizare a copiilor cu cel mai mare risc de abandon şcolar sau necuprinşi în sistemul de învățământ; (iii) consolidarea mecanismelor de monitorizare în şcoli prin urmărirea ulterioară a acestor cazuri; (iv) crearea unui program care să acorde asistență, educație parentală, sprijin şi monitorizare gospodăriilor cu copii de vârstă şcolară ce nu frecventează şcoala.

Creşterea disponibilității programelor de tipul „A doua şansă" în mediul rural şi la nivelul învățământul secundar superior, precum şi alocarea de resurse pentru sprijinirea grupurilor dezavantajate care frecventează programele „A doua şansă" cu scopul de a acoperi costurile educaționale şi alte costuri indirecte.

Îmbunătățirea accesului la o educație de calitate în cazul copiilor cu cerințe educaționale speciale (CES) şi/sau cu dizabilități prin: (i) revizuirea mecanismelor instituționale, financiare şi juridice referitoare la educația copiilor cu cerințe educaționale speciale şi/sau dizabilități, ii) crearea unor programe de pregătire a părinților, tutorilor şi cadrelor didactice cu privire la modul de interacționare şi de sprijinire a copiilor cu CES şi/sau dizabilități, eventual prin utilizarea fondurilor din Programul Operațional Capital Uman (POCU); (iii) includerea tematicii toleranței față de persoanele cu dizabilități şi a diversității în curriculumul educațional cu scopul de a reduce stigmatizarea şi respingerea datorată dizabilității şi CES; (iv) realizarea de investiții în Centrele Județene de Resurse şi Asistență Educațională (CJRAE) astfel încât acestea să devină adevărate centre de resurse în domeniul educației incluzive; (v) îmbunătățirea cunoştințelor referitoare la copiii cu dizabilități şi CES şi la accesul acestora la educație.

(Inițiativă cheie #4)

Asigurarea unor şanse egale tuturor copiilor prin (i) revizuirea metodologiei de finanțare a şcolilor în vederea îmbunătățirii alocării resurselor pentru copiii aflați în dificultate şi (ii) utilizarea fondurilor pentru implementarea unor intervenții eficiente ce vor creşte accesul la educație şi vor îmbunătăți calitatea educației oferite categoriilor vulnerabile.

Redefinirea programelor sociale din sistemul de învățământ în vederea stimulării participării şcolare şi a calității educației în cazul elevilor săraci şi vulnerabili.

Sănătate

Asigurarea unei mai bune acoperiri a serviciilor de asistență medicală primară comunitară (medici de familie, asistenți medicali comunitari, mediatori sanitari romi) la nivel național.

Dezvoltarea unor intervenții de promovare a sănătății bazate pe evidențe şi implementarea, monitorizarea şi evaluarea acestor programe. Printre altele: reducerea consumului nociv de alcool, în special în mediul rural, cu accent pe populația cu un nivel scăzut de educație şi pe acțiunile de sensibilizare în comunitățile identificate ca fiind cele mai vulnerabile.

Redefinirea Programului Național de Control al tuberculozei multirezistente și extensiv rezistentă la medicamente (M/XDR-TB) pentru ca acesta să cuprindă sprijin social şi intervenții țintite, cu un buget dedicat, care să se adreseze populației sărace şi extrem de vulnerabile cum sunt consumatorii de droguri injectabile, copiii străzii, persoanele fără adăpost, deținuții și romii.

Locuire

Elaborarea şi finanțarea unui program de locuințe sociale adresat categoriilor vulnerabile care nu reuşesc să acopere costul chiriei și/sau al utilităților, cum sunt persoanele fără adăpost, tinerii care părăsesc sistemul de protecție, foştii deținuți, persoanele evacuate din casele retrocedate, persoanele dependente de droguri.

Introducerea unei beneficiu pro-locuire la nivelul noului Venit Minim de Inserție (vezi intervențiile din domeniul Transferurilor sociale) pentru familiile ce ocupă locuințele sociale sau cu chirie subvenționată, pe lângă ajutorul de încălzire acordat familiilor cu venituri scăzute ce trăiesc în locuințe proprietate personală. Acest beneficiu pro-locuire va acoperi o parte din costul chiriei şi o parte din costurile de încălzire, scopul fiind prevenirea pierderii locuinței prin reducerea evacuărilor.

Trecerea treptată de la servicii de urgență în domeniul locuirii către programe de integrare pe termen lung în scopul reducerii fenomenului persoanelor fără adăpost.

Participare socială

Asigurarea integrării unor mecanisme deschise şi reactive de depunere a reclamațiilor şi plângerilor în cadrul instituțional al serviciilor sociale.

Desfăşurarea unor campanii de sensibilizare a opiniei publice şi promovarea diversității (inclusiv la nivelul diferitelor categorii de grupuri marginalizate sau discriminate) în completarea altor acțiuni care vizează stigmatizarea şi discriminarea.

Încurajarea participării sociale şi a voluntariatului prin îmbunătățirea legii privind voluntariatul şi prin mobilizarea mass-media şi a societății civile în vederea creşterii gradului de conştientizare a celor mai bune practici şi a importanței participării.

Politici zonale

Asigurarea dezvoltării teritoriale a zonelor rurale, sub-urbane şi peri-urbane în jurul polilor de creştere, în special al oraşelor mari dinamice, prin: (i) definirea oraşelor, în special a celor mai dinamice, ca zone urbane funcționale şi (ii) implementarea unor mecanisme instituționale adecvate pentru gestionarea acestor zone urbane funcționale care să permită creşterea lor, (iii) dezvoltarea sistemelor de transport public metropolitan în zonele dens populate şi cu un flux ridicat de navetişti şi (iv) investiții în infrastructura satelor care fac parte din centrele urbane.

Continuarea investițiilor care urmăresc extinderea şi modernizarea infrastructurii fizice în mediul rural – drumuri şi utilități de bază (în principal apă, canalizare şi gaze naturale).

Formare profesională şi activități de facilitare puse la dispoziția autorităților locale şi a altor părți interesate în cadrul programului LEADER şi utilizarea cadrului oferit de GAL-uri (Grupurile de Acțiune Locală) în vederea folosirii cât mai eficiente a fondurilor ESI pentru reducerea sărăciei şi excluziunii sociale în zonele rurale.

(Inițiativă cheie #6)

Dezvoltarea unui instrument pentru țintirea geografică, monitorizarea și evaluarea intervențiilor pentru reducerea sărăciei și promovarea incluziunii sociale, cu focus pe localitățile sărace și comunitățile marginalizate, atât din mediul rural cât și urban, atât rome cât și non-rome.

Integrarea comunităților marginalizate prin implementarea pachetelor de servicii sociale integrate constând din echipe comunitare de intervenție integrată și centre comunitare multifuncționale care furnizează acces coordonat la servicii de educație, sănătate, ocupare și locuire (vezi și paragrafele anterioare privind Servicii Sociale).

Dezvoltarea capacității instituționale de reducere a sărăciei și promovare a incluziunii sociale

Stabilirea unor politici funcționale de coordonare intersectorială (MMFPSPV, MDRAP, MECS, MS) şi îmbunătățirea cooperării dintre autoritățile centrale şi locale cu scopul dezvoltării unei abordări integrate în domeniul combaterii sărăciei şi al promovării politicilor de incluziune socială.

(Inițiativă cheie #7)

Extinderea acoperirii şi a funcționalității Sistemului de Management al Informației (SMI) în domeniul asistenței sociale prin: (i) dezvoltarea unor soluții de management al relației cu clienții pentru a da posibilitatea autorităților locale să automatizeze la maxim toate procesele locale de asistență socială astfel încât să poată conecta toate bazele de date locale la SMI din domeniul asistenței sociale şi (ii) dezvoltarea unui nou SMI în domeniul asistenței sociale care să permită procesarea automată şi realizarea validărilor (atât ex-ante, cât şi ex-post).

(Inițiativă cheie #8)

Crearea unui sistem modern de plăți care să utilizeze tehnologii şi metode moderne de furnizare a serviciilor şi care să asigure: (i) procesarea centralizată a plăților; (ii) calculul automat al necesarului de fonduri; (iii) raționalizarea cererilor bugetare la nivelul Trezoreriei; (iv) utilizarea tehnologiilor moderne de transfer a plății; (v) furnizarea unui set de mijloace de plată sigure şi convenabile clienților; (vi) încetarea plăților directe către terți; (vii) încorporarea celor mai bune practici de audit şi reconciliere.

(Inițiativă cheie #9)

Îmbunătățirea capacității de monitorizare şi evaluare a măsurilor incluse în Strategia națională privind incluziunea socială şi reducerea sărăciei prin: (i) îmbunătățirea mecanismelor de colectare periodică a datelor administrative şi a celor din sondaje, (ii) dezvoltarea capacității personalului, de la diferite niveluri, de a analiza datele calitative şi cantitative privind sărăcia şi excluziunea socială şi (iii) crearea unui sistem național de monitorizare şi evaluare a incluziunii sociale.

Structura volumului

Această carte este organizată în patru părți principale. Prima parte debutează cu o analiză a evoluției din ultimii ani a sărăciei şi excluziunii sociale şi cu o prognoză referitoare la sărăcie pentru următorii cinci ani (2015-2020). Secțiunea se încheie cu o scurtă prezentare a principalelor grupuri vulnerabile abordate în acest studiu de fundamentare.

A doua parte analizează politicile sectoriale care trebuie implementate în vederea soluționării problemelor identificate în prima parte a volumului. În primul rând, subsetul de politici care au un impact direct asupra veniturilor persoanelor sărace şi vulnerabile, şi anume politicile privind ocuparea forței de muncă şi transferurile sociale (beneficiile de asistență socială şi de asigurări sociale). Aceasta continuă cu prezentarea principalelor probleme legate de sărăcie şi incluziune socială în alte sectoare relevante - servicii sociale, educație, sănătate, locuire şi participare socială. Se acordă o atenție specială abordării integrate, coordonate şi intersectoriale a furnizării de serviciii sociale, pentru a răspunde la provocările complexe ale sărăciei şi excluziunii sociale într-o manieră cât mai eficace.

A treia parte se axează pe politicile zonale şi analizează disparitățile regionale, diferențele dintre mediul urban şi cel rural şi problemele specifice oraşelor mici şi satelor, zonelor marginalizate rurale şi urbane, precum şi comunităților rome și non-rome.

Volumul continuă în cea de-a patra secțiune cu o discuție asupra acțiunilor necesare pentru consolidarea capacității sistemului public de reducere a sărăciei și creștere a incluziunii sociale. În final, volumul se încheie cu referințe și anexe bogate în date și note metodologice.

Această pagină a fost lăsată goală în mod intenționat

1. GRUPURI SĂRACE ŞI VULNERABILE

Grupuri sărace şi vulnerabile

Acest capitol prezintă principalele caracteristici şi evoluția categoriilor sărace şi vulnerabile din România, precum şi o prognoză pentru perioada 2015-2020. Secțiunea se încheie cu o prezentare succintă a categoriilor vulnerabile expuse riscului de excluziune socială.

Obiective principale

1.1. Situația şi prognozele privind sărăcia sau excluziunea socială 32

1.1.1. Situația şi dinamica riscului de sărăcie sau excluziune socială 34

1.1.2. Prognoze privind sărăcia relativă (AROP) 46

1.2. Principalele grupuri vulnerabile 49

1.1. Situaţia şi prognozele privind sărăcia sau excluziunea socială

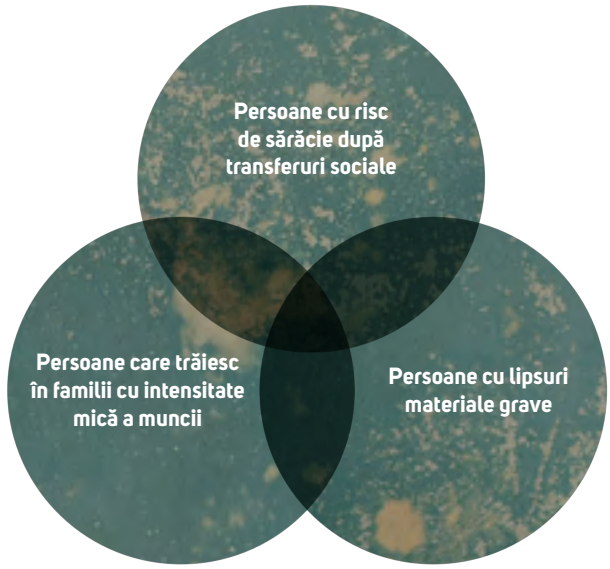
Recunoscând natura complexă a sărăciei şi a excluziunii sociale, Guvernul României apelează la o gamă largă de indicatori pentru a măsura aceste fenomene.[5] Indicatorul cel mai general, utilizat şi pentru a măsura atingerea ţintei asumate la nivelul Uniunii Europene referitoare la creşterea incluziunii sociale, vizează persoanele expuse riscului de sărăcie sau excluziune socială (AROPE) care se află în cel puţin una dintre următoarele trei situaţii:

- Sunt expuse riscului de sărăcie relativă, după transferuri sociale (indicatorul AROP - at risk of poverty). Acestea sunt persoanele al căror venit anual disponibil este sub 60% din venitul median, raportat la numărul de adulţi echivalenţi. Venitul disponibil reprezintă suma tuturor veniturilor realizate (inclusiv cele aferente protecţiei sociale: beneficii de asigurări sociale sau de asistenţă socială) din care se scad impozitele (pe venit sau pe proprietate) şi contribuţiile sociale plătite.

- Trăiesc în gospodării cu o intensitate a muncii foarte scăzută (indicatorul VLWI - very low work intensity), respectiv în gospodării în care membrii cu vârste cuprinse între 18 şi 59 de ani au folosit mai puţin de 20% din potenţialul lor de muncă într-o activitate remunerată în anul de referinţă.

- Sunt expuse lipsurilor materiale grave (indicele SMD - severe material deprivation), respectiv persoanele din gospodăriile confruntate cu cel puţin patru dintre următoarele nouă situaţii: (1) nu îşi permit să plătească chiria, ratele la împrumuturi sau facturile la utilităţi, (2) nu îşi permit să îşi menţină locuinţa încălzită adecvat, (3) nu pot face faţă, prin propriile resurse, cheltuielilor neprevăzute, (4) nu îşi permit să consume carne sau proteine cel puţin o dată la două zile, (5) nu îşi permit să plece anual într-o vacanţă de o săptămână departe de casă, (6) nu îşi permit să achiziţioneze un televizor color, (7) nu îşi permit să achiziţioneze o maşină de spălat, (8) nu îşi permit să achiziţioneze un autoturism şi (9) nu au telefon.[6]

SCHEMA 3: Persoane expuse riscului de sărăcie sau excluziune socială



CASETA 2

Definirea şi măsurarea sărăciei

Nu există o metodologie unică, general acceptată, de măsurare a sărăciei, fiecare dintre numeroasele metode existente pornind de la premise diferite şi având, în consecinţă, rezultate diferite. La modul general, pentru a determina nivelul sărăciei printr-o evaluare unidimensională (sărăcia fiind definită pe baza unui singur indicator de bunăstare) sunt necesare două elemente: (i) indicatorul care să exprime nivelul de bunăstare sau resursele fiecărei gospodării şi care să permită compararea standardului de viaţă al gospodăriilor şi (ii) un prag al sărăciei (nivelul

[5] Indicatorii sunt calculaţi conform unei metodologii naţionale (Hotărârea nr. 488/2005 privind aprobarea sistemului naţional de indicatori de incluziune socială) şi metodologiei utilizate de Eurostat.
[6] Indicatorul face distincţia între persoanele care nu îşi permit un anumit articol sau serviciu şi cele care nu au acest articol sau serviciu din alte motive, de pildă, pentru că nu şi-l doresc sau nu au nevoie de el.

CASETA 2 (continuare)

de referință al indicatorului de bunăstare cu care să fie comparat nivelul de bunăstare al fiecărei gospodării astfel încât cele aflate sub acel prag să fie considerate sărace). În România au fost testate, de-a lungul timpului, diverse metodologii de estimare a sărăciei care au propus variante diferite ale acestor două elemente. Dintre acestea, două sunt considerate mai relevante în contextul prezentului studiu: (a) metoda națională de calculare a sărăciei absolute şi (b) metoda de calculare a sărăciei relative stabilită la nivel european.

(i) Metoda națională de calculare a sărăciei absolute a fost elaborată de către experții Băncii Mondiale, ai Comisiei Anti-Sărăcie şi Promovare a Incluziunii Sociale (CASPIS) şi ai Institutului Național de Statistică, fiind aprobată de Guvern în 2005 (Hotărârea de Guvern nr. 488/2005). Această metodă îşi propune să identifice gospodăriile care nu reuşesc să îşi acopere nevoile primare legate de hrană, servicii şi bunuri nealimentare, stabilind unui minim necesar de consum pe adult echivalent. Ținând cont de economia de scală (costurile suplimentare aferente fiecărei noi persoane sunt mai mici decât cele ale primei persoane dintr-o gospodărie) şi de costurile diferite în cazul copiilor față de adulți, se calculează numărul de adulți echivalenți dintr-o gospodărie după formula (nr. persoane de peste 14 ani + 0,5*persoane sub 14 ani)0,9. În plus, metoda foloseşte ca indicator de bunăstare cheltuielile de consum (şi nu veniturile), ce aproximează mai bine nivelul de trai al gospodăriilor din România (având în vedere ponderea semnificativă a resurselor nemonetare provenite din activități informale în totalul bugetului gospodăriilor). Totuşi, această metodă are o serie de limite: (i) structura coşului de consum alimentar şi de bunuri nealimentare şi servicii folosit pentru a calcula pragul sărăciei s-a modificat considerabil din 2002 până în prezent, ceea ce face ca simpla inflatare a pragului la prețurile curente să nu fie suficientă pentru a identifica corect persoanele aflate în dificultate financiară, (ii) formula calculului numărului de adulți echivalenți este probabil depăşită şi măsoară inadecvat nevoile copiilor şi economiile de scală dintr-o gospodărie, (iii) structura eşantionului utilizat pentru sondajul realizat în scopul măsurării sărăciei trebuie actualizat în lumina rezultatelor ultimului recensământ.

Pentru o bună cunoaştere a mărimii şi profilului populației sărace ce necesită intervenția guvernului, trebuie alocate resurse financiare şi umane în vederea revizuirii metodologiei de calculare a sărăciei absolute (inclusiv cu sprijinul altor actori cheie, precum Institutul Național de Statistică, institutele de cercetare sau mediul academic cu expertiză în acest domeniu). În acest sens, este important să fie analizată şi adecvarea noii metode normative de măsurare a sărăciei (cea a bugetelor de referință) pilotată la nivelul Uniunii Europene cu scopul explicit de a calibra mai bine suportul acordat persoanelor aflate în dificultate.

(ii) Conform metodei Eurostat de măsurare a sărăciei relative, pragul de sărăcie (sub care o gospodărie este considerată săracă) este stabilit la 60% din mediana veniturilor disponibile pe adult echivalent. Numărul de adulți echivalenți este suma dintre valoarea 1, atribuită primului adult, numărul celorlalți adulți * 0,5 şi numărul de copii * 0,3. Întrucât pragul este calculat în funcție de veniturile persoanelor dintr-un anumit moment, această metodă măsoară mai degrabă inegalitatea dintr-o societate, fără a indica dacă persoanele sărace şi cele care nu sunt sărace îşi pot satisface nevoile financiare de bază sau nu (de exemplu, dacă veniturile dintr-o societate s-ar dubla sau s-ar înjumătăți pentru toți indivizii într-un an, numărul persoanelor aflate în sărăcie relativă ar rămâne constant). O modalitate prin care se poate rezolva problema relativității pragului şi implicit a lipsei de comparabilitate între ani o reprezintă utilizarea în scopul comparației între ani a unui prag ancorat în timp (utilizarea unui prag dintr-un an anterior inflatat la prețurile curente). Cu toate limitele menționate mai sus, metodologia sărăciei relative este folosită pentru a monitoriza atingerea țintei naționale de reducere a sărăciei asumate de România şi, prin urmare, va constitui principala metodă de identificare a persoanelor sărace folosită în acest studiu de fundamentare.

1.1.1. Situaţia şi dinamica riscului de sărăcie sau excluziune socială

În această secțiune, vom analiza separat fiecare dimensiune a indicatorului AROPE, examinând evoluția din perioada 2008-2012 şi profilul socio-demografic al persoanelor şi familiilor cu risc crescut de sărăcie sau excluziune socială.

Persoane expuse riscului de sărăcie

Ponderea populației expuse riscului de sărăcie relativă după transferuri sociale (AROP - at risk of poverty) reprezintă primul dintre cei trei indicatori utilizați pentru a evalua riscul de sărăcie şi excluziune socială în Uniunea Europeană, fiind şi indicatorul folosit în România pentru a monitoriza atingerea țintei naționale privind reducerea sărăciei.

În România, rata sărăciei relative (AROP) nu a cunoscut variații semnificative față de 2008. Deşi a scăzut cu 2,3 puncte procentuale între 2008 şi 2010, rata sărăciei a urmat o tendință ascendentă între 2010 şi 2013 (Tabel 1). În consecință, sărăcia a scăzut cu 0,9 puncte procentuale între anii 2008 şi 2013 (reprezentând 211.000 de persoane care au ieşit din sărăcie, față de obiectivul național de 580.000).[7] Pe lângă faptul că rata sărăciei nu s-a modificat substanțial în perioada 2008-2012,[8] deficitul de venit (care măsoară distanța la care se află populația săracă de pragul sărăciei) a rămas, de asemenea, aproape constant. În baza pragului de sărăcie ancorat, metoda prin care dinamica sărăciei este măsurată în funcție de un prag de sărăcie menținut constant în timp din punctul de vedere al puterii de cumpărare, sărăcia a cunoscut o scădere în perioada 2008-2010, urmată de o uşoară creştere între 2011 şi 2013.

Sărăcia persistentă

În România, majoritatea persoanelor aflate în sărăcie relativă se confruntă cu o sărăcie persistentă. Dintre persoanele aflate în sărăcie relativă în 2012, 81% trăiau în sărăcie persistentă (o persoană se află în sărăcie persistentă dacă veniturile sale sunt sub pragul sărăciei în anul de referință şi în cel puțin doi din ultimii trei ani).[9] Aproape o treime dintre copii se află în gospodării care se confruntă cu sărăcie persistentă, iar riscul la care sunt expuşi este mult mai ridicat decât în cazul oricărei alte grupe de vârstă. Mai mult, la nivelul copiilor, riscul de a trăi în sărăcie persistentă a crescut cu aproape 3% între anii 2008 şi 2012, în timp ce pentru toate celelalte grupe de vârstă acelaşi risc a crescut cu circa 1% sau chiar a scăzut.

Disparităţi regionale

În România, situarea unei gospodării în mediul urban sau rural reprezintă un indicator important al nivelului său de sărăcie sau excluziune socială Din păcate, EU-SILC nu face distincția între mediul de rezidență urban şi cel rural, prin urmare a trebuit să aproximăm această caracteristică a gospodăriilor folosind o variabilă care diferențiază trei niveluri de urbanizare - zone dens populate, zone intermediare şi zone slab populate.[10] Pentru simplificarea analizei, am decis să grupăm zonele dens populate cu zonele intermediare şi să le numim zone urbane.[11]

Riscul de sărăcie este de trei ori mai mare în zonele rurale decât în zonele urbane. Caracteristicile decalajului urban/rural din cadrul societății româneşti sunt reflectate de diferența foarte mare dintre valorile indicatorului AROP pentru cele două zone. În 2012, în timp ce doar 11% dintre persoanele care trăiau în zonele dens populate sau intermediare erau expuse riscului de sărăcie, 38 % dintre cele care trăiau în zonele slab populate erau expuse acestui risc (vezi Figura 1).

În mare parte, impactul diferit al sărăciei poate fi explicat cu uşurință prin caracteristicile structurale ale unei localități rurale tipice din România zilelor noastre. Ponderea persoanelor în vârstă de muncă este mai redusă la nivelul populației rurale decât în zonele urbane (62,5% comparativ cu 70,9%), unde rata sărăciei tinde să fie semnificativ mai mică decât în cazul populației totale (Anexă Tabel 2.1). De asemenea, zonele rurale tind să aibă o populație predominant îmbătrânită, cu puține surse de venit monetar. În plus, procentul lucrătorilor pe cont propriu în agricultură este mult mai mare în zonele rurale decât în zonele urbane (15,8% față de numai 2,3%), lucrătorii pe cont propriu fiind unul dintre grupurile cu cel mai mare risc de sărăcie, în general (Anexă Tabel 2.2).

[7] Sărăcia relativă este indicatorul folosit în România pentru a monitoriza atingerea țintei de reducere a sărăciei.
[8] Din cauza unor probleme legate de comparabilitatea anchetelor din 2013 şi ceilalți ani, ancheta EU-SILC din anul 2012 va fi cea mai recentă dintre cele utilizate în acest capitol.
[9] În România, rata riscului de sărăcie persistentă este aproape dublă față de rata din UE-28, respectiv 18,2% comparativ cu numai 10,2%.
[10] În 2012, 33,7% din populație locuia în zone dens populate, 23,9% în zone intermediare şi 42,5% în zone slab populate.
[11] Din cauza modificării în 2012 a definiției zonelor dens populate, intermediare şi slab populate, datele din 2008-2011 şi 2012-2013 nu sunt comparabile.

TABEL 1: Rata sărăciei relative şi deficitul de venit, 2008-2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Rata sărăciei relative	23.3	22.4	21	22.1	22.5	22.4
Deficitul de venit	8.3	8.2	7.1	7.9	8.2	
Rata sărăciei ancorate*	23.4	18.2	16.2	17.9	19.9	20.4

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele EU-SILC 2008-2013.

*) Ancorată la pragul sărăciei din 2008.

FIGURA 1: Rata sărăciei relative, pe medii de rezidenţă şi regiuni de dezvoltare, 2012

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele EU-SILC 2012.

Chiar şi între rezidenții cu aceleaşi caracteristici, există o diferență semnificativă în ceea ce priveşte rata sărăciei între cei din zonele rurale şi cei din zonele urbane. De exemplu, în timp ce 11,6% dintre angajații din mediul rural trăiau în sărăcie în 2012, numai 3,5% dintre angajații care locuiau în zonele urbane erau săraci. Acest lucru poate fi explicat prin diferențele de la nivelul educației şi al oportunităților trecute şi prezente pe piața muncii (Anexă Tabel 2.2).

Există diferențe uriaşe între regiunile României în ceea ce priveşte riscul de sărăcie. Din 2012, cea mai redusă proporție a persoanelor expuse riscului de sărăcie a fost înregistrată în regiunea Bucureşti-Ilfov, unde numai 3% din populație trăieşte în sărăcie relativă (Figura 1:). Regiunile Nord-Vest, Centru şi Vest au prezentat, de asemenea, proporții mai mici decât media națională. Regiunile cu cele mai mari procente ale persoanelor expuse riscului de sărăcie sunt regiunile Nord-Est (33%) şi Sud-Est (29%) (Moldova şi Dobrogea), plus regiunea Sud-Vest (Oltenia). Deşi o parte dintre diferențe s-a datorat ponderii persoanelor din mediul rural (deoarece regiunile cu cele mai mari rate ale sărăciei au şi cea mai numeroasă populație rurală), par a exista inegalități şi în cazul persoanele care trăiesc în acelaşi mediu de rezidență, în regiuni diferite.

Copiii şi tinerii care trăiesc în sărăcie

O treime dintre copii trăiesc în sărăcie relativă, iar procentul nu a scăzut în timp. Din 2008 până în 2012, rata sărăciei relative în rândul copiilor a fost constant mai mare decât rata sărăciei calculată la nivelul întregii populații (cu circa 10

TABEL 2: Rata sărăciei, pe grupe de vârstă, 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012
0-17	32.8	32.3	31.6	32.6	34.0
18-24	24.4	25.6	25.6	28.5	31.4
25-49	20.5	20.6	20.1	22.0	21.8
50-64	17.4	16.2	14.8	16.1	16.4
65+	25.4	20.6	16.4	13.9	14.9

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele EU-SILC 2012.

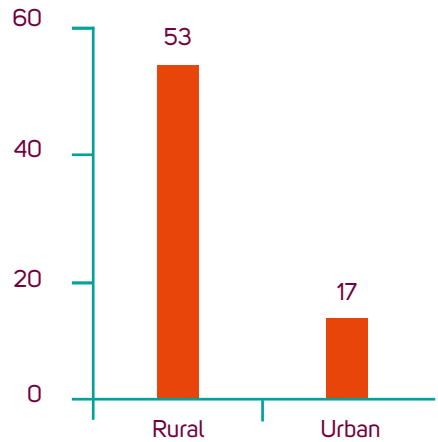
puncte procentuale). De asemenea, riscul de a fi în sărăcie este pe de departe mai mare pentru copii decât pentru celelalte categorii de vârstă (Tabel 2). Mai mult, în timp ce rata sărăciei pentru populația totală a scăzut (deşi doar uşor) în aceşti cinci ani, rata sărăciei în rândul copiilor a crescut cu aproximativ 1,2 puncte procentuale.

În mediul rural, unul din doi copii trăieşte în sărăcie relativă. În 2012, peste 50% dintre copiii din zonele rurale trăiau în sărăcie, în comparație cu doar 17% dintre copiii din localitățile urbane. Această mare discrepanță, combinată cu o prezență aproximativ uniformă a copiilor în zonele urbane şi cele rurale, arată că peste 74% dintre toți copiii săraci trăiesc în mediul rural (vezi Figura 2 şi Anexă Tabel 2.3). Ceea ce este alarmant, aşa cum se poate vedea în detaliu în capitolele structurate pe sectoare, este că absența resurselor materiale, combinată cu lipsa accesului la servicii de bază (sănătate şi educație) şi cu o piață ineficientă a muncii creşte vulnerabilitatea acestor copii la sărăcia persistentă, chiar şi după ce devin adulți.

Gospodăriile cu mulți copii sunt mai predispuse la sărăcie. În 2012, în cazul gospodăriilor fără copii rata sărăciei a fost ceva mai mică decât cea națională (Anexă Tabel 2.4). Odată cu creşterea numărului de copii, creşte semnificativ şi incidența sărăciei. Deşi rata sărăciei pentru familiile cu un singur copil nu este semnificativ mai mare decât media națională, familiile cu doi copii au o rată a sărăciei cu peste 10% mai mare decât rata națională. Aproximativ 20% dintre copii trăiesc în familii cu trei sau mai mulți copii (Anexă Tabel 2.5), care prezintă un risc de sărăcie de 57% (riscul este chiar mai ridicat în cazul copiilor din astfel de gospodării situate în zone rurale slab populate).

Tinerii înregistrează cea de-a doua rată a sărăciei ca mărime, fiind principalul grup afectat de criza economică. În 2012, tinerii cu vârste între 18 şi 24 de ani au înregistrat o rată extrem de ridicată a sărăciei (31,4%),[12] foarte apropiată de riscul ridicat de sărăcie la care erau expuşi copiii. Îngrijorător este faptul că, în cazul tinerilor, rata sărăciei a înregistrat o creştere semnificativă în timp. De exemplu, rata sărăciei în rândul celor cu vârste între 18 şi 24 de ani a crescut cu 7 puncte procentuale între 2008 şi 2012, în timp ce creşterea a fost de numai de 1,2 puncte procentuale în cazul copiilor, în aceeaşi perioadă. Această creştere este posibil să fi fost cauzată de vulnerabilitatea şi riscurile tot mai mari cu care s-au confruntat tinerii pe piața muncii în respectivii ani.

FIGURA 2: Rata sărăciei în rândul copiilor (cu vârste între 0 și 17 ani), 2012



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele EU-SILC 2012.

[12] Aceleaşi concluzii sunt valabile şi pentru grupa de vârstă 16-26 de ani.

Vârstnicii care trăiesc în sărăcie

Deşi pentru toate celelalte grupe de vârstă situaţia a rămas la fel sau s-a deteriorat, rata sărăciei a scăzut semnificativ în rândul vârstnicilor. În 2008, vârstnicii (definiţi ca având vârste de 65 de ani şi peste) au înregistrat cea de-a doua rată a sărăciei ca mărime, după copii (25%). Totuşi, doi ani mai târziu, după o creştere semnificativă a nivelului pensiilor contributive şi sociale, rata sărăciei în rândul vârstnicilor s-a redus în aşa măsură încât a devenit mai mică decât pentru orice altă grupă de vârstă (vezi Tabel 3).

Prezenţa membrilor vârstnici scade incidenţa sărăciei la nivelul gospodăriei. În 2012, incidenţa sărăciei în rândul gospodăriilor cu un membru vârstnic (21,2%) era cu 1,6 puncte procentuale mai mică decât în gospodăriile fără membri vârstnici (vezi Tabel 3). De asemenea, incidenţa sărăciei în rândul gospodăriilor cu doi membri vârstnici a fost de numai 6,9% în 2012. Este important de notat faptul că, în 2008, situaţia gospodăriilor cu un membru vârstnic era, de fapt, mai rea decât cea a celor cu niciun membru vârstnic. La fel, gospodăriile cu doi sau mai mulţi membri vârstnici au înregistrat în 2008 o incidenţă a sărăciei doar ceva mai mică decât gospodăriile cu niciun membru vârstnic. Totuşi, situaţia gospodăriilor cu un membru vârstnic s-a îmbunătăţit spectaculos în anii 2008 şi 2009 (footnote 13) datorită creşterii semnificative a valorii reale a pensiilor în 2008 şi 2009 (Anexă Tabel 2.6).

Chiar dacă bunăstarea relativă a vârstnicilor s-a îmbunătăţit de-a lungul anilor, în cadrul acestui grup există un decalaj mai mare între sexe. Diferenţa din punctul de vedere al sărăciei dintre bărbaţii şi femeile cu vârste de 65 de ani şi peste este de 10 puncte procentuale (19,3%pentru femei, faţă de 9,2% pentru bărbaţi). Diferenţa este şi mai mare în cazul persoanelor cu vârste de 80 de ani şi peste (vezi Anexă Tabel 2.7). ref:Deşi femeile fără partener (necăsătorite, văduve etc.) reprezintă numai 16% din populaţia cu vârste de 65 de ani şi peste, acestea înregistrează o pondere de 28% la nivelul populaţiei sărace de 65 de ani şi peste (Anexă Tabel 2.8). Aceasta deoarece rata sărăciei în rândul femeilor fără partener cu vârste de 65 de ani şi peste este mult mai mare decât cea a vârstnicilor care locuiesc în orice alt tip de gospodărie (Tabel 4).

TABEL 3: Rata sărăciei relative la nivel de gospodărie, după numărul de vârstnici (cu vârste de 65 de ani şi peste)

Număr de membri vârstnici în familie	2008	2009	2010	2011	2012
0	20.5	20.7	20.9	21.9	22.8
1	30.1	25.3	21.6	20.5	21.2
2	19.9	14.8	10.1	6.3	6.9
Total	22.8	21.2	19.9	19.9	20.7

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele EU-SILC 2008-2012.

TABEL 4: Rata sărăciei relative la nivel de gospodărie, pentru diferite tipuri de gospodării, 2012

Gospodării cu...	Total	Zone dens populate/ intermediare (rural)	Zone slab populate (urban)
Vârstnici care locuiesc singuri (65+), din care...	25.8	9.9	39.5
- Bărbaţi singuri cu vârste de 65 de ani şi peste	13.8	6.0	20.9
- Femei singure cu vârste de 65 de ani şi peste	30.2	11.3	46.1
Cupluri de vârstnici (ambii peste 65 de ani şi căsătoriţi)	5.8	2.4	9.1
Alte tipuri de gospodării cu membri vârstnici	14.4	7.0	21.9
Goospodării fără membri vârstnici	22.7	11.6	43.4

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele EU-SILC 2012.

[13] Din cauza perioadei de referinţă a studiului, datele EU-SILC pentru un anumit an se referă la anul precedent; cu alte cuvinte, ratele sărăciei din 2008 reflectă situaţia economică din 2007.

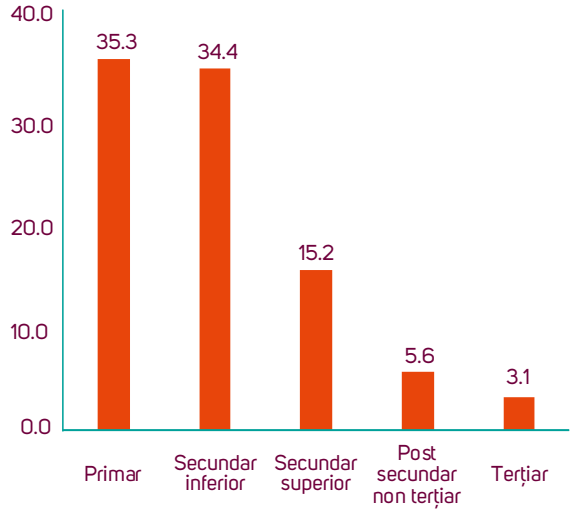
Discrepanța dintre sexe se datorează diferenței de la nivelul veniturilor din pensii (vezi Subcapitolul 2.2 Transferurile sociale) deoarece femeile au lucrat, în medie, mai puțini ani decât bărbații (sau deloc). Mai important, rezidența urbană în comparație cu cea rurală este un indicator important al sărăciei în cazul vârstnicilor. Femeile vârstnice singure din zonele rurale au cea mai mare rată a sărăciei în cadrul grupei lor de vârstă. Pentru alți vârstnici, pensia acționează probabil ca o plasă de siguranță care îi protejează de sărăcie. Așa cum s-a arătat anterior, trebuie menționat faptul că gospodăriile fără niciun membru vârstnic (cu alte cuvinte, fără pensii la bugetul gospodăriei) prezintă o rată a sărăciei mai mare decât toate celelalte tipuri de gospodării.

Persoanele cu un nivel scăzut al educaţiei şi cele care nu se află pe piaţa muncii sau sunt angajaţi pe cont propriu şi trăiesc în sărăcie

Educația se află în strânsă corelare atât cu indicatorul AROP, cât şi cu cel al sărăciei ancorate. Mai mult de o treime dintre persoanele care nu au reuşit să absolve decât cel mult învățământul gimnazial sunt expuse unui risc ridicat de sărăcie relativă. Procentul se reduce semnificativ la doar 15% în rândul celor care au terminat liceul şi/sau o şcoală postliceală şi scade chiar mai mult, la doar 6%, în rândul celor care au obținut o diplomă universitară (vezi Figura 3). Interesant este faptul că, între 2008 şi 2012, incidența sărăciei relative în rândul celor cu studii primare a scăzut, dar a rămas destul de mare comparativ cu media națională (Anexă Tabel 2.9).

Un alt determinant important al sărăciei este statutul ocupațional al respondenților. Dintre angajații cu vârste între 15 şi 64 de ani, numai 5,6% sunt considerați a fi în risc de sărăcie, un procent apropiat de cel al angajatorilor (vezi Figura 4). De asemenea, numai 8,4% dintre persoanele cu pensie anticipată cu vârste cuprinse între 15 şi 64 de ani prezintă risc de sărăcie. Lucrătorii pe cont propriu în agricultură sunt în cea mai rea situație, deoarece mai mult de jumătate dintre aceştia se confruntă cu riscul sărăciei. Un procent mare de şomeri prezintă de asemenea risc de sărăcie. Acest lucru nu este surprinzător, dat fiind faptul că indicatorul social de referință, utilizat pentru stabilirea indemnizației de şomaj, luând în considerare nivelul venitului de la ultimul loc de muncă şi numărul de ani de contribuție la sistemul de pensii, este de numai 500 RON (valoarea din 2014). Persoanele inactive (cum ar fi casnicele sau persoanele cu dizabilități) prezintă de asemenea un risc ridicat de sărăcie.

FIGURA 3: Rata sărăciei relative în funcţie de nivelul de educaţie în rândul persoanelor cu vârste de peste 16 ani, 2012



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele EU-SILC 2012.

Analiza noastră arată că rata sărăciei poate fi diferită în rândul persoanelor cu acelaşi statut ocupațional, în funcție de mediul în care locuiesc: rural sau urban. Rata sărăciei pentru angajații cu vârste între 15 şi 64 de ani este de 11,6% în mediul rural, în timp ce pentru cei care lucrează în zonele urbane este de numai 3,5%. Aceasta se datorează faptului că veniturile sunt, în general, mai mici în zonele rurale, chiar şi pentru persoanele cu statut ocupațional similar, dar şi pentru că sărăcia este estimată la nivel de gospodărie şi, în consecință, se iau în calcul şi veniturile celorlalți membri ai gospodăriei (Anexă Tabel 2.10). În perioada 2008-2012, două categorii de persoane au înregistrat o creştere accentuată a sărăciei – şomerii (de la 41,5% până la 52,1%) şi lucrătorii pe cont propriu fără angajați (de la 34,5% până la 41%), după cum se arată în Anexă Tabel 2.11.

Romii care trăiesc în sărăcie

Romii prezintă un risc mult mai mare de sărăcie decât populația generală, indiferent de vârstă, educație sau mediu de rezidență (Tabel 5). Conform pragului național al sărăciei absolute determinat pe baza consumului din anul 2013,

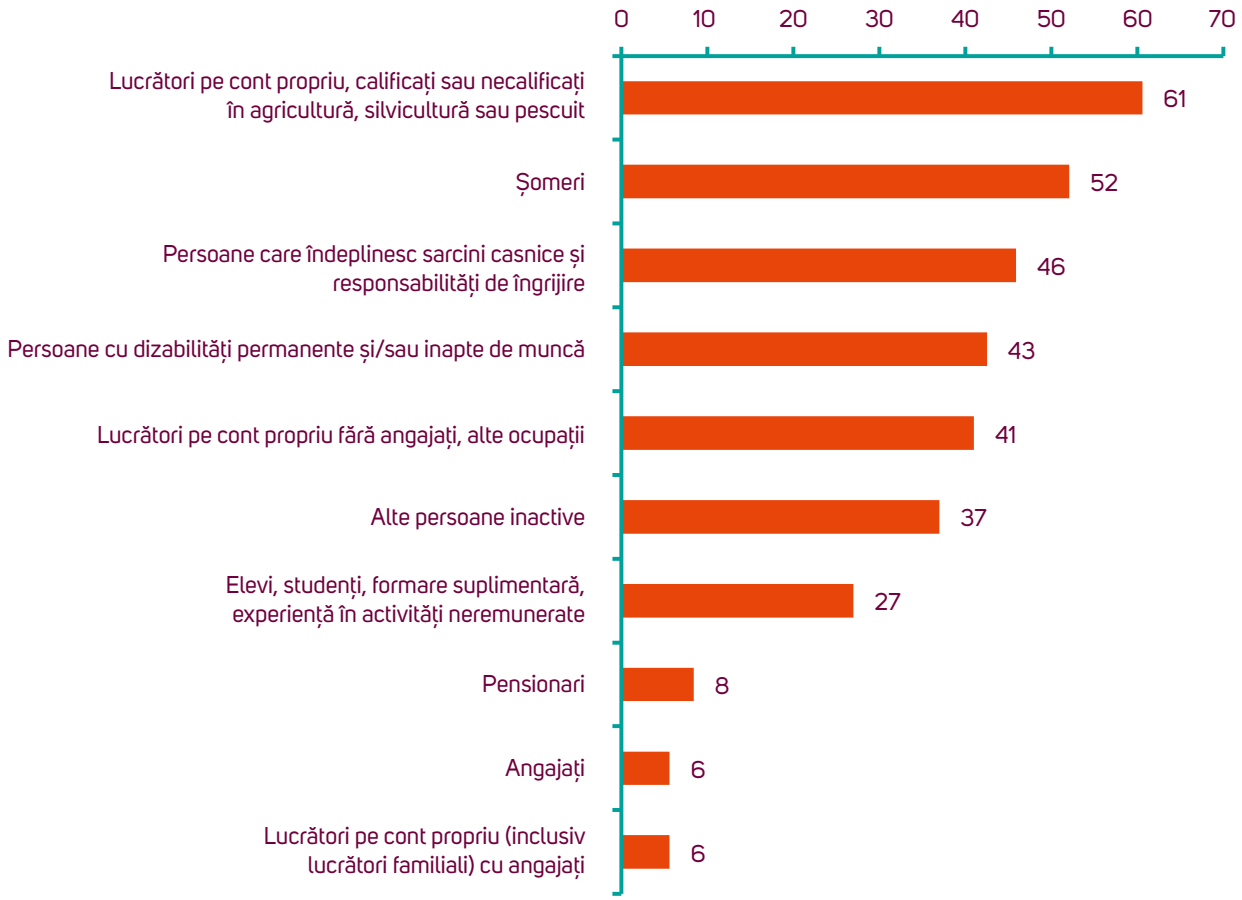
cetățenii de etnie romă sunt expuşi unui risc de sărăcie de zece ori mai ridicat decât restul populației, rata de sărăcie absolută în rândul romilor fiind de 33% în 2013, în timp ce numai 3,4% dintre non-romi se situau sub pragul sărăciei. Diferența dintre persoanele de etnie romă și cele aparținând altor etnii decât roma nu se modifică semnificativ în funcție de mediul de rezidență al persoanelor (Anexă Tabel 2.12). Îngrijorător este faptul că riscul de sărăcie este extrem de mare la nivelul copiilor romi – rata de sărăcie în cazul lor este de 37,7%, în timp ce media națională este de doar 4,3%.

TABEL 5: Rata naţională a sărăciei, în funcţie de vârstă şi etnie, 2013 (%)

	Non-romi	Romi
0-17 ani	5.6	37.7
18-64 de ani	3.1	31.5
peste 65 de ani	1.7	17.7
Total	3.4	33.1

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele ABF 2013.

FIGURA 4: Rata sărăciei relative în rândul populației în vârstă de munca (15-64 de ani), în funcție de statutul ocupațional, 2012



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele EU-SILC 2012.

Sărăcia persoanelor care muncesc

În pofida ratei relativ reduse a şomajului, România prezintă o rată foarte mare a sărăciei în rândul populației ocupate, 18% dintre persoanele ocupate trăind sub pragul sărăciei relative din 2010. Acest procent reprezintă dublul ratei UE-27 (9%).

Sărăcia afectează una din fiecare două persoane în vârstă de muncă din România. Conform profilului persoanelor ocupate sărace rezumat în Tabel 6, 92% dintre acestea locuiesc în mediul rural, 95% au absolvit învățământul secundar, o mare parte au doar studii primare sau gimnaziale (50% din total) şi multe dintre acestea locuiesc în zone rurale (slab populate). Familia tipică a unei persoane ocupate sărace este formată din doi adulți şi cel puțin doi copii (57%), fiind mai mare decât o familie medie din România (4,4 persoane, comparativ cu 2,8). Un alt sfert dintre acestea sunt familii fără niciun copil. Puțin peste jumătate din totalul familiilor persoanelor ocupate sărace includ o singură persoană care obține venituri, în timp ce alte 43% cuprind două persoane care încearcă să câştige resurse pentru întreținerea familiei, care rămâne totuşi în sărăcie. Marea majoritate a persoanelor ocupate sărace cumulează câştigurile cu transferurile sociale (80% din total), alocația copiilor fiind cea mai răspândită formă de ajutor. Două treimi dintre persoanele ocupate sărace sunt bărbați şi o treime sunt femei.

Sărăcia populației ocupate este o consecință directă a productivității scăzute, a nivelului redus al încadrării în muncă cu forme legale şi a cererii totale scăzute de forță de muncă din economie. Acest tip de sărăcie este concentrat în mediul rural, în special în sectorul agricol.

TABEL 6: Distribuţia caracteristicilor la nivelul eşantioanelor din cadrul datelor transversale EU-SILC, 2011

		Vârstă de muncă[a/]	Fără loc de muncă[b/]	Persoane ocupate sărace[c/]
Adult încadrat în muncă	Nu	27.9	36.5	32.4
	Da	72.1	63.5	67.6
Experiență în muncă	Fără experiență în muncă	11.2	34.1	1.0
	Mai puțin de 2 luni	19.9	58.2	3.9
	2 sau mai multe luni	69.0	7.7	95.1
Incapacitate fizică autoevaluată	Foarte limitată	4.8	12.8	1.8
	Deloc / puțin limitată	95.2	87.2	98.2
Grupe de vârstă (4)	16-24 ani	8.2	8.3	13.8
	25-34 ani	25.6	18.0	24.1
	35-59 ani	57.4	50.2	59.3
	60-64 ani	8.8	23.5	2.8
Gen	Masculin	50.2	32.7	64.7
	Feminin	49.9	67.3	35.3
Educație	Studii primare	22.9	33.7	50.2
	Studii secundare	58.0	54.0	44.6
	Studii terțiare	15.5	7.1	0.9
	Nu este cazul	3.6	5.2	4.4
Mediu de rezidență	Urban	40.3	37.5	7.7
	Rural	59.7	62.5	92.3
Soț/ soție încadrat în muncă	Da	48.2	35.5	42.7
	Nu	21.7	33.3	24.9
	NU ESTE CAZUL	30.1	31.2	32.4
Statutul economic al soțului/ soției	Ocupat	48.2	35.5	42.7
	Şomer	1.7	1.8	1.5
	Pensionar	11.5	26.3	4.3
	Inactiv	8.5	5.1	19.1

TABEL 6 (continuare)

		Vârstă de muncă[a/]	Fără loc de muncă[b/]	Persoane ocupate sărace[c/]
	Student/ militar	0.1		
	Nu este cazul	30.1	31.2	32.4
Dimensiunea familiei		3.8	3.7	4.4
Statut locativ	Proprietar	96.3	96.6	97.0
	Chiriaş	1.2	0.9	0.5
	Chirie subvenționată	0.9	1.0	0.9
	Gratis	1.6	1.5	1.7
Structura gospodăriei	O persoană	4.8	6.7	3.8
	Părinte singur (monoparentală)	1.0	0.6	1.8
	Cel puțin 2 adulți şi niciun copil	38.3	43.2	25.3
	Cel puțin 2 adulți şi 1 copil	14.3	9.1	12.0
	Cel puțin 2 adulți şi cel puțin 2 copii	41.7	40.4	57.1
Părinți în familie	Cel puțin unul	9.7	8.0	11.4
	Ambii părinți	14.2	10.6	13.7
	Niciunul	76.2	81.4	74.9
Copii sub vârsta de 6 ani		17.7	20.8	22.9
Trei sau mai mulți copii		3.6	3.6	9.5
Membri vârstnici în familie (peste 64 de ani)		15.0	17.1	10.1
Persoane cu activitate anterioară	Nu	11.2	34.1	1.0
	Da	20.2	60.8	99.1
	Nu este cazul	68.6	5.1	
Ani de experiență în muncă		19.0	25.5	16.5
Perioada lucrată în ultimul an	2 sau mai multe luni	69.0	7.7	95.1
	Mai puțin de 2 luni	31.0	92.3	4.9
Capacitate de a încălzi locuința	Nu	15.5	19.8	24.7
	Da	84.5	80.2	75.3
Grad de urbanizare	Zone dens populate	39.1	36.2	7.5
	Zone intermediare	1.2	1.4	0.3
	Zone slab populate (rural)	59.7	62.5	92.3
Regiune	RO1 - Nord-Vest, Centru	24.4	23.5	17.4
	RO2 - Nord-Est, Sud-Est	28.9	28.8	45.9
	RO3 - Sud, Bucureşti-Ilfov	28.0	28.4	15.4
	RO4 - Sud-Vest, Vest	18.7	19.4	21.4
Beneficii sociale		63.1	76.5	80.8

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială în baza EU-SILC 2011 (date transversale, România).

Notă: Persoanele cu vârste de 16 până la 24 de ani care sunt cuprinse în sistemul de educație și nu sunt angajate în muncă (1,5 milioane de persoane) sunt excluse din eşantion. a/ Populația în vârstă de muncă cu vârste între 16 şi 64 de ani, cu excepția persoanelor care nu sunt încadrate în muncă şi a celor cu vârste între 16 şi 24 de ani cuprinse în sistemul de educație. b/ Persoane inactive sau şomere cu vârste cuprinse între 16 şi 64 de ani, cu excepția celor care nu sunt încadrate în muncă şi a celor cu vârste între 16 şi 24 de ani cuprinse în sistemul de educație. c/ Persoane în vârstă de muncă care lucrează şi trăiesc în gospodării sărace unde venitul disponibil echivalent este mai mic de 60% din venitul median la nivel național.

Intesitatea foarte scăzută a muncii

Cea de-a doua componentă a indicatorului agregat AROPE este intensitatea muncii, indicând procentul populației care trăieşte în gospodării cu o intensitate foarte scăzută a muncii (VLWI - very low work intensity). Conform acestui indicator, gospodăriile cu o intensitate a muncii foarte scăzută sunt cele în care membrii adulți cu vârsta cuprinsă între 18 şi 59 de ani au muncit la un nivel de sub 20% din potențialul lor maxim de muncă în anul anterior studiului.[14] Importanța acestui indicator rezidă în faptul că lipsa unui loc de muncă este o sursă atât de sărăcie (prin venitul pierdut), cât şi de excluziune socială (mai puțini bani înseamnă mai puține oportunități de a socializa, în timp ce lipsa unui loc de muncă poate însemna pierderea legăturilor sociale).

Datele EU-SILC arată că numai 7,4% din populația României de sub 60 de ani trăia în familii cu o intensitate foarte scăzută a muncii în 2012. Prin comparație, media Uniunii Europene a fost de 10,4%. O posibilă explicație a performanței neașteptat de bune a României la acest indicator ar putea fi numărul mare de români care lucrează în alte țări ale Uniunii Europene. În timp ce statisticile oficiale româneşti legate de acest subiect nu sunt foarte fiabile, numărul poate fi aproximat folosind datele oficiale din Italia şi Spania, cele mai obişnuite destinații ale migrației economice pentru circa 2,5 milioane de români care trăiesc în străinătate. De asemenea, piața muncii din România este caracterizată printr-un număr extrem de mare de persoane care lucrează neoficial pe cont propriu în domeniul agriculturii de subzistență, cu venituri extrem de mici, ceea ce înseamnă că foarte probabil aceste persoane sunt afectate de sărăcie absolută sau relativă. Acest sector agricol supradimensionat, în combinație cu absența celor care au emigrat în căutarea unui loc de muncă, reduce presiunea de pe piața muncii, care este oricum incapabilă să ofere locuri de muncă tuturor, şi, astfel, determină automat un punctaj artificial redus pentru România la indicatorul referitor la intensitatea scăzută a muncii.

Influența migrației economice temporare şi a agriculturii de subzistență asupra indicatorului VLWI se poate vedea şi în modul în care variază valoarea indicatorului în funcție de categoria de populație şi în faptul că acesta nu respectă tendința observată în cazul celorlalți indicatori. Diferența dintre persoanele care locuiesc în zone dens populate şi cele din zonele slab populate, de exemplu, este de numai 3,5% (Anexă Tabel 2.13). În mod normal, ne-am aştepta ca procentul persoanelor cu VLWI să fie semnificativ mai mare în zonele slab populate decât nivelul actual, de 9%.

Diferențele regionale urmează, de asemenea, aceeaşi tendință surprinzătoare. Numai 5% dintre persoanele care locuiesc în regiunea Nord-Est sunt considerate ca făcând parte din familii cu o intensitate foarte scăzută a muncii, chiar dacă aceasta este regiunea care deține recordul în România în ceea ce priveşte procentul populației cu risc de sărăcie (33%) şi cel mai mare procent al populației afectate de lipsuri materiale grave (37%). Această contradicție aparentă ar putea fi explicată prin faptul că regiunea Nord-Est are, probabil, cel mai mare număr de persoane plecate la muncă în străinătate şi este, de asemenea, una dintre regiunile cu un număr foarte mare de persoane care lucrează în agricultură. În schimb, regiunea Sud-Est, care are cel mai mic procent de persoane care lucrează în străinătate, prezintă cel mai mare nivel al VLWI, şi anume 13%.

Datele arată că probabilitatea de a face parte dintr-o gospodărie cu intensitate foarte scăzută a muncii este asociată negativ cu educația. Optsprezece la sută din populația cu vârste între 16 şi 59 de ani ce trăieşte în astfel de gospodării are studii primare, valoare ce scade la 9,6% în cazul celor cu studii gimnaziale, la 6,6% în cazul absolvenților de liceu şi la numai 3,8% în cazul persoanelor cu studii universitare (Anexă Tabel 2.14).

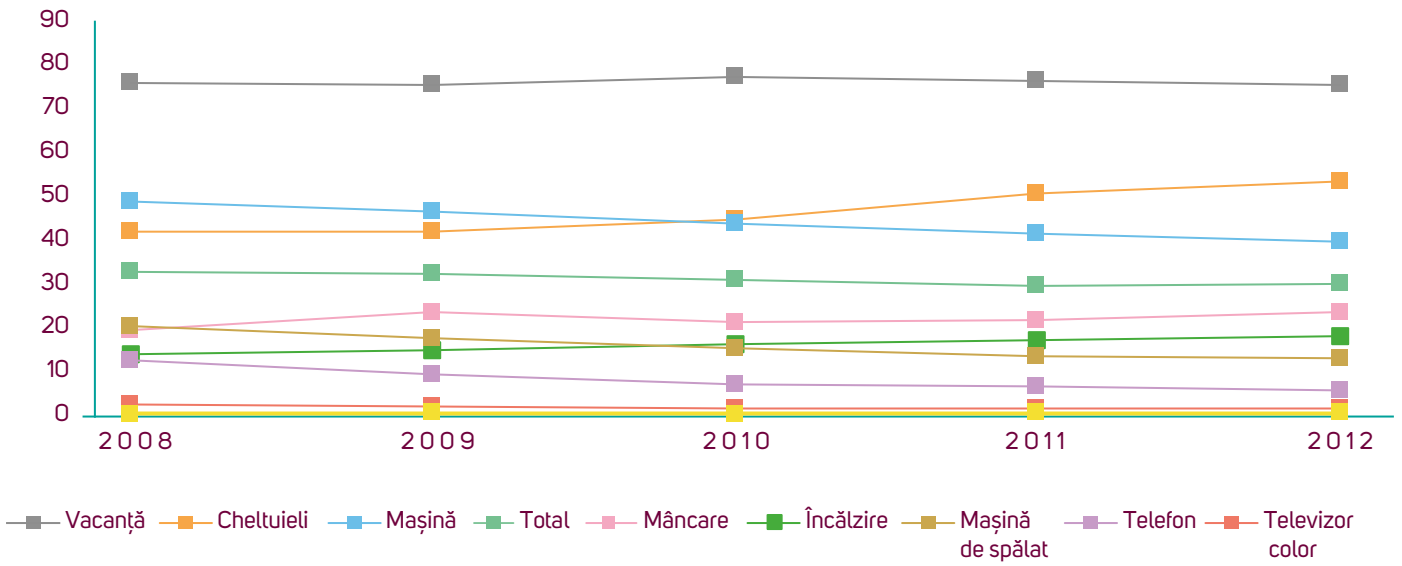
Deprivare multiplă

Indicatorul referitor la populația expusă riscului de sărăcie şi excluziune socială (AROPE), aşa cum este definit la începutul acestui capitol, se concentrează nu numai pe sărăcie din perspectiva resurselor financiare, dar şi pe statutul ocupațional şi pe lipsurile materiale care reprezintă cauze primare ale sărăciei şi excluziunii sociale. Astfel, persoanele afectate de lipsuri materiale grave[15] (indicele SMD - severe material deprivation) sunt de asemenea vizate de măsurile UE pentru reducerea sărăciei şi excluziunii sociale.

[14] Gospodăriile compuse numai din copii, din studenți cu vârste mai mici de 25 de ani şi/sau persoane de 60 de ani sau peste sunt excluse complet din calculul indicatorului.

[15] Indicatorul adoptat de Comitetul pentru protecție socială (comitet consultativ pentru politici al UE adresat miniştrilor din domeniul ocupării forței de muncă şi afacerilor sociale din cadrul Consiliului pentru Ocuparea Forței de Muncă şi Afaceri Sociale) măsoară procentul populației care întruneşte cel puțin patru dintre următoarele nouă criterii: (1) nu îşi permit să plătească chiria, ratele la împrumuturi sau facturile la utilități; (2) nu îşi permit să îşi mențină locuința încălzită adecvat; (3) se confruntă cu cheltuieli neașteptate; (4) nu-şi pot permite să consume carne sau alte proteine în mod frecvent; (5) nu îşi permit să plece într-o vacanță anuală departe de casă; (6) nu îşi permit să cumpere un televizor; (7) nu au maşină de spălat; (8) nu au autoturism; şi (9) nu au telefon. Indicatorul face distincția între persoanele care nu îşi permit un anumit articol sau serviciu şi cele care nu au acest articol sau serviciu din alte motive, de pildă, pentru că nu şi-l doresc sau nu au nevoie de el.

FIGURA 5: Procentul persoanelor afectate de lipsuri materiale grave



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele EU-SILC 2008-2012.

Datele EU-SILC pentru perioada 2008-2012 indică o serie de caracteristici care descriu distribuția tuturor indicatorilor utilizați pentru evaluarea sărăciei şi a lipsurilor materiale (SMD). Factorii de decizie trebuie să ia în calcul aceste caracteristici atunci când concep noi strategii pentru reducerea sărăciei sau când le modifică sau le perfecționează pe cele existente.

Între anii 2008 şi 2012, valoarea indicatorului lipsurilor multiple (SMD) a scăzut uşor. Indicatorul per total a scăzut cu 3 puncte procentuale, de la 32,9% până la 29,9%, dar această scădere nu a fost uniformă pentru toate componentele sale (Anexă Tabel 2.15). Se disting trei categorii de elemente la nivelul celor nouă componente ale lipsurilor materiale. Prima categorie cuprinde 4 indicatori: capacitatea de a face față unor cheltuieli neașteptate, posibilitatea de a consuma carne sau proteine, evitarea restanțelor şi încălzirea adecvată a locuinței. Între anii 2009 şi 2012, acest set de indicatori a avut un parcurs negativ. A doua categorie (posibilitatea de a-şi permite o vacanță sau un televizor color) a rămas relativ constantă în cei patru ani. În final, a treia categorie de indicatori (deținerea unei maşini, a unui telefon sau a unei maşini de spălat) s-a îmbunătățit pe parcursul perioadei de patru ani.

România este caracterizată, de asemenea, prin disparități majore între urban și rura. Pentru întreaga perioadă 2008-2012, datele EU-SILC arată că persoanele care trăiesc în zone rurale slab populate au o probabilitate de 3,5 ori mai mare de a fi expuse riscului de sărăcie şi de 1,5 ori mai mare de a fi afectate de lipsuri materiale grave decât acelea din zonele urbane mai dens populate (în zonele urbane, 24,8% din populație este afectată de lipsuri materiale, în timp ce în mediul rural procentul este de 36,9%). Diferențele dintre zonele rurale şi cele urbane persistă în cazul majorității elementelor incluse în indicele SMD (cu excepția restanțelor şi a încălzirii), însă pentru cinci dintre cele nouă elemente (posibilitatea de a-şi permite o vacanță, o maşină, de a include carnea în alimentație sau de a deține o maşină de spălat) se apropie sau depăşesc 10%, după cum se arată în Anexă Tabel 2.16.

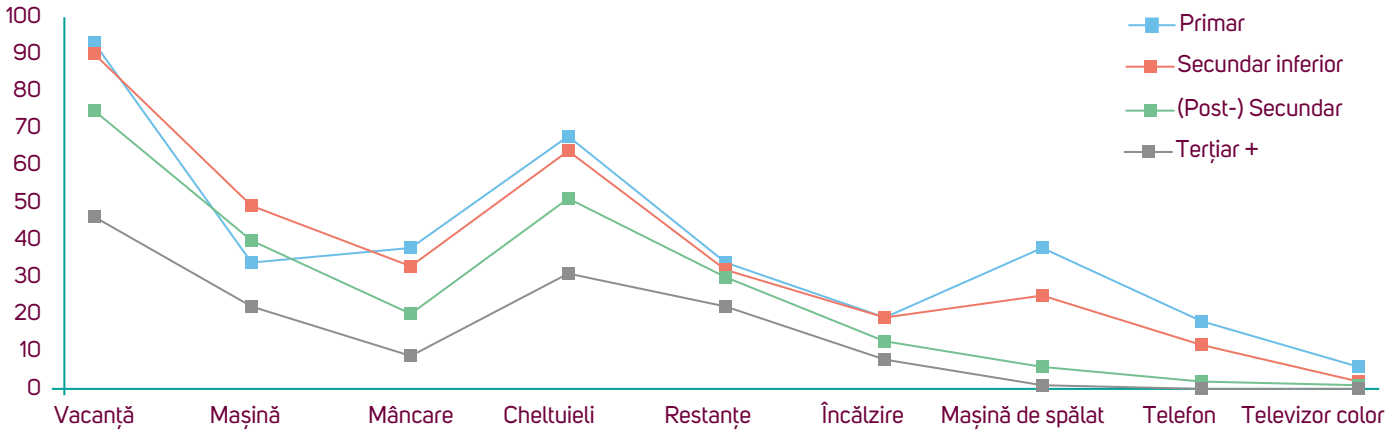
Din punct de vedere geografic, România este afectată de o dezvoltare neuniformă, existând un decalaj semnificativ între regiunile din estul şi vestul țării. Partea de est a țării (regiunile Nord-Est şi Sud-Est) este caracterizată prin cele mai ridicate niveluri de sărăcie şi prin lipsuri materiale grave. Partea de sud (Sud Muntenia şi Sud-Vest Oltenia) cuprind, de asemenea, zone de sărăcie şi lipsuri materiale care sunt fie mai mari decât media națională, fie cel puțin la acelaşi nivel. Regiunile centrale şi vestice prezintă niveluri de sărăcie şi de lipsuri materiale care sunt sub media națională.

Educația este, probabil, cel mai eficient determinant la nivel individual care poate ajuta o persoană să evite atât sărăcia, cât şi lipsurile materiale grave. Datele prezintă un tipar constant pentru toate cele nouă elemente ale lipsurilor materiale: cu cât este mai ridicat nivelul de educație, cu atât este mai mică probabilitatea ca respondentul să nu-şi poată permite un anumit element din listă.[16] De exemplu, în timp ce, practic, toți absolvenții de învățământ superior își pot permite trei dintre elemente (un televizor color, un telefon şi o maşină de spălat), procentul persoanelor cu studii primare care nu-şi pot permite unul dintre aceste elemente creşte la 38%. Din perspectiva lipsurilor materiale, discrepanțele între persoanele cu diferite niveluri de educație nu au scăzut semnificativ între anii 2008 şi 2012 (Anexă Tabel 2.17).

Singurul grup afectat de lipsuri materiale grave într-o măsură mai mare decât populația generală sunt copiii sub 18 ani. Procentul copiilor afectați de astfel de lipsuri a fost de 37,9% în 2012, în timp ce în toate celelalte grupe de vârstă s-a situat în jurul a 28%. Structura gospodăriei reprezintă, de asemenea, un factor care influențează semnificativ riscul de sărăcie şi excluziune socială. Singurul tip de gospodărie care se află într-o situație mai bună decât gospodăriile fără copii este acela compus din doi adulți şi un singur copil. Tipul de gospodărie cu cea mai mare probabilitate de a fi afectată de lipsuri materiale severe este compus din doi adulți şi cel puțin trei copii. Practic, toate persoanele care trăiesc în acest tip de gospodărie (96%) nu-şi permit să plece într-o vacanță de o săptămână, departe de casă. Procentul persoanelor care nu-şi permit alte patru elemente (să dețină o maşină, să facă față unor cheltuieli neaşteptate, să consume carne la fiecare două zile şi să evite restanțele la plăți) este de minim 49%. Alte două tipuri de gospodării, mai puțin obişnuite - familiile monoparentale şi familiile compuse din trei adulți şi cel puțin un copil, întâmpină la rândul lor dificultăți în evitarea lipsurilor materiale.

Incluziunea socială şi economică a romilor este esențială pentru ca România să-şi îndeplinească obiectivele stabilite în strategia Europa 2020. Romii nu sunt numai mult mai săraci decât non-romii, dar sunt şi expuşi unui risc crescut de excluziune socială. De fapt, marea majoritate a romilor din România, ca şi din alte țări din Europa de Est, continuă să trăiască în sărăcie şi nu mai puțin de 90% dintre gospodăriile rome se confruntă cu lipsuri materiale grave

FIGURA 6: Principalii indicatori ai lipsurilor materiale severe, pe niveluri de educaţie, 2012



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele EU-SILC 2012.
Notă: Cifra prezintă proporția populației (pe categorii) care trăieşte în gospodării ce nu-şi pot permite un anumit element, chiar dacă acesta este dorit sau necesar.

[16] Singurul caz care contrazice acest tipar este raportul dintre studiile primare şi deținerea unui automobil. Se pare că persoanele care au numai studii primare dețin automobile într-o proporție semnificativ mai mare decât ne-am aştepta. De fapt, procentul persoanelor din cadrul acestui grup care nu dețin un automobil (34%) este chiar mai mic decât cel aferent absolvenților de liceu (40%). Analiza datelor poate oferi o explicație, dar cel mai probabil acesta este rezultatul faptului că persoanele care au numai studii primare dau mai multă importanță deținerii unui automobil decât absolvenții de liceu.

(comparativ cu 54% dintre vecinii de altă etnie ai acestora care trăiesc în aceleaşi comunităţi sau în comunităţi apropiate şi cu media naţională a României de 32%).[17]

UE testează în prezent noi indicatori ai lipsurilor materiale pe baza indicatorilor suplimentari utilizaţi în ancheta EU-SILC din 2013.[18] Aceşti indicatori vor deveni, probabil, principalul instrument pentru monitorizarea şi evaluarea populaţiei expuse riscului de sărăcie şi excluziune socială din punctul de vedere al obiectivelor strategiei Europa 2020. Recomandăm ferm ca Guvernul României să elaboreze strategii care să crească şansele României de a obţine performanţe mai bune din perspectiva noilor indicatori. Altfel, atunci când noua măsură va fi implementată în întreaga UE, România va continua să fie pe ultimul loc în clasamentul statelor membre.

Analiza noastră privind lipsurile multiple a identificat două domenii prioritare asupra cărora guvernul ar putea să se concentreze pentru a atinge obiectivele referitoare la sărăcie stabilite pentru anul 2020. Este de aşteptat ca aceste domenii de intervenţie să atragă cea mai mare reducere a sărăciei prin cheltuirea unei sume de bani foarte mici. Potrivit atât a indicatorilor principali, cât şi a indicatorilor incluşi în modulul privind lipsurile materiale din cadrul EU-SILC 2009, se pare că cele mai eficiente investiţii din punctul de vedere al costului pentru reducerea lipsurilor multiple, care ar permite evitarea consecinţelor adverse sau neintenţionate în economia generală, ar fi: (i) alimentarea cu apă curentă a locuinţelor şi (ii) achiziţia de echipamente pentru activităţi recreative în aer liber adresate copiilor. În jur de două treimi dintre românii care sunt expuşi riscului de sărăcie sau excluziune socială nu au instalaţii sanitare de interior (absenţa unui WC interior, precum şi a unei căzi de baie sau a unui duş). În cele mai sărace regiuni ale ţării (est şi sud), peste jumătate din întreaga populaţie, nu doar persoanele sărace (AROPE), nu deţin instalaţii sanitare de interior. Dacă guvernul, în colaborare cu autorităţile locale, ar formula un plan pentru finanţarea acestui tip de infrastructură, acest lucru ar avea probabil un efect semnificativ nu numai din perspectiva reducerii numărului de persoane cu risc de sărăcie, ci şi la nivelul îmbunătăţirii calităţii vieţii, atât pentru persoane, cât şi pentru comunităţi.

Persoane expuse riscului de sărăcie sau excluziune socială (AROPE)

Am folosit cei trei indicatori prezentaţi mai sus pentru a crea un singur indicator agregat, care indică numărul de persoane expuse riscului de sărăcie sau excluziune socială (AROPE). Conform acestui indicator, o persoană este inclusă în categoria AROPE dacă se încadrează în cel puţin unul din cei trei indicatori componenţi: (i) prezintă risc de sărăcie monetară (AROP), (ii) trăieşte într-o familie

TABEL 7: Procentul persoanelor expuse riscului de sărăcie sau excluziune socială, pe indicatori individuali, 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012
NUMAI persoane AROP	8.2	7.8	7.7	8.2	8.8
NUMAI persoane din familii cu ISM	2.1	2.0	1.9	1.7	2.0
NUMAI persoane afectate de LMG	17.4	17.4	17.3	15.5	16.1
NUMAI persoane AROP şi din familii cu ISM	0.9	1.0	0.8	0.9	1.0
NUMAI persoane AROP şi afectate de LMG	11.8	11.6	10.9	11.1	11.0
NUMAI persoane din familii cu ISM şi afectate de LMG	1.2	1.1	1.1	0.9	1.0
Persoane AROP, din familii cu ISM şi afectate de LMG	2.4	2.0	1.7	1.8	1.7
Persoane expuse riscului de sărăcie sau excluziune socială	44.2	43.1	41.4	40.3	41.7

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind EU-SILC 2008-2012.

[17] Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele EU-SILC 2011 şi ale Studiului regional privind romii realizat de PNUD/ Banca Mondială/ CE în 2011.

[18] Trei elemente - imposibilitatea de a-şi permite o maşină de spălat, un televizor şi un telefon - nu au niciun impact asupra proporţiei persoanelor care sunt afectate de lipsuri în cele mai multe state membre ale UE (Nolan şi Whelan, 2011: 83-86). Din acest motiv, se renunţă la aceste trei elemente, iar definiţia principală va include imposibilitatea de a-şi permite alte şapte elemente. Acestea sunt (pentru persoanele adulte): (1) îmbrăcăminte nouă, (2) două perechi de pantofi, (3) bani de buzunar, (4) activităţi de timp liber şi (5) a mânca sau a consuma o băutură în oraş o dată pe lună, precum şi (pentru familii): (6) posibilitatea de a înlocui mobila veche şi (7) a deţine un computer şi acces la Internet. În plus, lista elementelor păstrate pentru indicatorul lipsurilor multiple în cazul populaţiei de copii (cu vârste între 1 şi 15 ani) va include 13 elemente noi (pe lângă cele două elemente noi pentru familii, menţionate deja), şi anume imposibilitatea de a-şi permite: (1) îmbrăcăminte nouă, (2) două perechi de pantofi per copil, (3) fructe şi legume proaspete zilnic, (4) carne, pui sau peşte zilnic, (5) cărţi adecvate, (6) echipamente pentru activităţi recreative în aer liber, (7) jocuri de interior, (8) un loc pentru a-şi face temele, (9) activităţi de timp liber, (10) petreceri, (11) întâlniri cu prietenii acasă, (12) excursii şcolare sau (13) o vacanţă (Eurostat, 2012a: 81-82).

cu intensitate foarte scăzută a muncii (VLWI) sau (iii) este afectată de lipsuri materiale grave (SMD). Persoanele în risc de sărăcie sau excluziune socială reprezintă principalul grup țintă al programelor concepute de UE şi statele sale membre pentru reducerea sărăciei, iar progresul realizat față de obiectivele de reducere a sărăciei din cadrul strategiei Europa 2020 este evaluat în funcție de numărul de persoane din acel grup.

Datele din 2012 arată că, din populația totală, 42% dintre români erau expuşi riscului de sărăcie sau excluziune socială. În perioada 2008-2012, riscul de sărăcie sau excluziune socială a scăzut uşor, de la 44,2% în 2008, la 41,7% în 2012. Lipsurile materiale severe (SMD) constituie principalul factor asociat cu riscul de sărăcie sau excluziune socială, urmat de AROP şi VLWI, ultimul având o contribuție minoră la rata AROPE (vezi Tabel 7 şi Anexă Tabel 2.18).

1.1.2. Prognoze privind sărăcia relativă (AROP)

Studiul de fundamentare are la bază un model de microsimulare pentru a prognoza evoluția sărăciei relative şi a sărăciei ancorate între 2012 şi 2020. Am utilizat modelul pentru a evalua în ce condiții îşi va atinge România ținta privind sărăcia (reducerea sărăciei monetare relative, aşa cum este măsurată de EU-SILC, în cazul a 580.000 de persoane până în 2020) şi ce combinație de creştere economică, ocupare a forței de muncă, creştere a salariilor şi politici menite să garanteze creşterea veniturilor ar asigura îndeplinirea obiectivului. La elaborarea modelului, am utilizat datele EU-SILC 2012 pentru a simula indicatorii riscului de sărăcie şi ai sărăciei ancorate pentru perioada 2013-2020.

Această secțiune este împărțită în două părți: (a) o descriere a asumpțiilor modelului (variabile exogene), care descriu evoluția probabilă a creşterii economice generale, a ocupării forței de muncă, a productivității, a salariilor, a structurii demografice şi a acoperirii şi generozității sistemului de pensii în perioada de prognozare şi (b) o analiză a trei scenarii de creştere economică şi a ocupării forței de muncă în baza ipotezei că niciuna dintre celelalte politici implementate în 2012 nu se va modifica semnificativ în perioada 2013-2020. În plus, în capitolele Ocuparea forței de muncă şi Transferuri sociale, vom descrie alte scenarii care iau în calcul impactul estimat al principalelor politici de reducere a sărăciei recomandate în cadrul acestui volum (măsuri țintite privind ocuparea forței de muncă, programul „Garanția pentru tineret", creşterea resurselor de asistență socială pentru populația afectată de sărăcie monetară relativă şi creşterea resurselor alocate zonelor urbane şi rurale marginalizate).

Principala concluzie a activității noastre de modelare este că, în absența măsurilor recomandate în cadrul Strategiei naționale privind incluziunea socială şi reducerea sărăciei pentru perioada 2015-2020, nu se va obține o creştere economică şi a gradului de ocupare a forței de muncă suficientă pentru a putea atinge ținta de reducere a sărăciei decât în condițiile scenariului foarte optimist, dar foarte improbabil, conform căruia economia şi gradul de ocupare a forței de muncă vor înregistra o creştere semnificativă. De aceea, pentru a-şi atinge obiectivul privind sărăcia, Guvernul României va trebui să implementeze politicile recomandate vizând creşterea ocupării forței de muncă şi a salariilor populației sărace şi creşterea volumului fondurilor de protecție socială disponibile pentru chintila cea mai săracă a populației.

(A) Asumpțiile modelului

Acest model de simulare utilizat pentru a prognoza reducerea sărăciei monetare relative şi ancorate a inclus un set de ipoteze macroeconomice şi demografice.[19]

Au fost modelate trei posibile scenarii de creştere economică - un scenariu de creştere economică scăzută, de bază şi ridicată (Tabel 8, coloanele din mijloc). Prognozele corespund celor realizate de FMI, Banca Mondială şi Uniunea Europeană în septembrie 2014. Conform scenariului de creştere economică scăzută, se preconizează că PIB-ul pe cap de locuitor al României va creşte cu 2,2 până la 2,5% pe an în cursul perioadei prognozate. Conform scenariului de creştere economică ridicată, creşterea PIB-ului pe cap de locuitor se realizează treptat, de la 3% în 2014 până la 5% în intervalul 2018 - 2020.

Există şi trei scenarii privind creşterea gradului de ocupare a forței de muncă aferente fiecărui scenariu de creştere economică (Tabel 8, primele coloane). Conform scenariului de creştere scăzută, ponderea persoanelor active din cohorta de 20-64 de ani creşte de la 63,8% în 2012 la 64,9% până în 2020, sau cu 1 punct procentual în cei opt ani. Această prognoză se află în concordanță cu creşterea redusă a ocupării forței de muncă realizată în deceniul precedent. Conform scenariului de bază, gradul de ocupare a forței de muncă creşte cu 3,6 puncte procentuale.

[19] Detaliile modelului simulat sunt prezentate în Anexa 2, Secțiunea II.

Conform scenariului de creştere ridicată (foarte optimist), rata de ocupare a forței de muncă creşte treptat şi atinge 70% până în 2020, care este obiectivul de ocupare a forței de muncă al României potrivit strategiei Europa 2020 (o creştere de 6,2 puncte procentuale în opt ani). Se presupune că productivitatea muncii rămâne constantă în toate cazurile şi că România îşi va atinge, până în 2020, obiectivele naționale din domeniul educației stabilite în strategia Europa 2020.

Am încorporat apoi modificările ipotetice înregistrate la nivelul creşterii economice, ocupării forței de muncă, productivității muncii şi educației din Tabel 8 într-un model microeconomic, folosind date din ancheta EU-SILC 2012 a României, aceeaşi anchetă care este utilizată pentru a urmări progresul realizat față de ținta referitoare la sărăcia monetară relativă (AROP). Pentru fiecare dintre anii prognozați, am modificat venitul gospodăriilor din eşantion în baza modificărilor ipotetice privind distribuția educației, ocuparea forței de muncă, productivitatea muncii şi creşterea preconizată a PIB-ului. Modelul a ajustat şi distribuția educației persoanelor din grupa de vârstă 20-34 de ani astfel încât să o reflecte pe cea preconizată pentru anul respectiv. La nivelul grupei de vârstă de 20-64 de ani, ratele anuale de ocupare a forței de muncă au fost, de asemenea, ajustate prin modificarea statutului persoanelor şomere/inactive cu cea mai mare probabilitate de a fi angajate până când numărul total al persoanelor ocupate a atins nivelul de ocupare a forței de muncă proiectat pentru acel an.

Am stabilit venituri pentru aceste persoane preconizate a trece de la inactivitate la ocupare în funcție de nivelul lor de educație, sectorul de activitate, experiența profesională şi alte variabile din datele de anchetă. Tuturor persoanelor ocupate (sau care se preconizează că vor trece de la inactivitate la angajare) am atribuit aceeaşi creştere a veniturilor, egală cu creşterea presupusă a productivității muncii. Se presupune că nivelul beneficiilor sociale către gospodării rămâne acelaşi în termeni reali (acestea cresc numai cu nivelul de indexare în funcție de inflația preconizată). Prin modificarea veniturilor gospodăriilor din eşantion în baza acestor asumpții, modelul a generat o nouă distribuție a veniturilor, simulată, pentru fiecare an al perioadei prognozate.

Modelul a fost, de asemenea, calibrat în funcție de modificările prognozate la nivel demografic şi în legătură cu participarea la piața muncii. Prognoza demografică a fost preluată de la Institutul Național de Statistică. Alte modificări demografice, cum ar fi modificarea gradului de ocupare formală a forței de muncă, a ocupării informale a forței de muncă, a numărului de pensionari şi a valorii reale a pensiilor acestora, au fost simulate prin modelul PROST (Pension Reform Options Simulation) al Băncii Mondiale. În perioada 2012-2020, nivelul si structura populației României se vor modifica semnificativ (vezi Tabel 9), populația totală fiind preconizată a scădea cu 177.000 de persoane. Această modificare va afecta diferit grupele de vârstă. În timp ce cohorta de vârstă înaintată (persoane

TABEL 8: Scenarii de creştere pentru România

	Rata de ocupare a forței de muncă			Rata de creştere a PIB			Productivitatea muncii (rata de creştere, pe oră)	% din grupa de vârstă 18-24 de ani cu cel mult studii gimnaziale	Studii universitare absolvite în grupa de vârstă 30-34 de ani
	Scăzută	De bază	Ridicată	Scăzută	De bază	Ridicată			
2012	63.8	63.8	63.8						
2013	63.6	64.1	64.5	3.5	3.5	3.5	1.5	14.8	20.2
2014	64.0	64.6	65.2	2.5	2.7	3.0	1.7	14.3	21.3
2015	64.4	65.1	65.9	2.6	3.1	3.5	2.0	13.8	22.1
2016	64.6	65.6	66.7	2.5	3.7	4.0	2.4	13.3	23.0
2017	64.7	66.1	67.4	2.5	3.9	4.5	2.7	12.8	24.0
2018	64.8	66.5	68.1	2.5	4.0	5.0	2.7	12.3	25.0
2019	64.8	66.8	68.9	2.2	4.1	5.0	2.7	11.8	26.0
2020	64.9	67.4	70.0	2.2	4.1	5.0	2.7	11.3	26.7

Sursa: Estimări ale Băncii Mondiale bazate pe surse multiple. Prognozele de creştere economică au la bază datele FMI, ale Băncii Mondiale şi UE din septembrie 2014. Scenariul de creştere scăzută se bazează pe prognoza Grupului de lucru privind îmbătrânirea activă al UE şi Ministerului Finanțelor din România. Creşterea gradului de ocupare a forței de muncă, pentru scenariile de creştere de bază şi ridicată, creşterile privind productivitatea şi educația reprezintă proiecții ale Băncii Mondiale.

de 65 de ani şi peste) se preconizează că va creşte cu 436.000 de persoane, populația în vârstă de muncă (cei cu vârste de la 20 până la 64 de ani) se va micşora cu 557.000 de persoane, iar numărul de copii (până la 20 de ani) cu 56.000. Deci, populația în vârstă activă va scădea, în timp ce populația vârstnică va creşte, punând presiuni şi mai mari asupra veniturilor din impozitele pe venit şi conducând la o creştere a cererii de pensii, asistență medicală şi servicii de îngrijire a vârstnicilor.

La nivelul micromodelului, populația ocupată a fost determinată în funcție de populația în vârstă activă (20-64 ani) prognozată (Tabel 9) şi rata scăzută, de bază şi ridicată de ocupare a forței de muncă (Tabel 8). Am recurs şi la alte presupuneri privind rata şomajului pentru a estima numărul de şomeri din perioada prognozată. Suma persoanelor ocupate şi a şomerilor a reprezentat populația activă totală din fiecare an. Am introdus în micromodel modificările privind mărimea grupelor de persoane ocupate şi şomeri, prin schimbarea ponderilor categoriilor respective.

În final, modelul a încorporat modificările prevăzute privind acoperirea şi valoarea reală a pensiei pentru limită de vârstă, aşa cum este prognozată de modelul PROST. Se estimează că, între anii 2014 şi 2020, procentul din populația vârstnică ce beneficiază de pensii va scădea uşor, cu circa 1%, datorită unei creşteri a populației neasigurate din mediul rural, mai ales în rândul persoanelor care câştigă venituri din activități agricole informale. Această schimbare relativ mică nu a fost încorporată în model. Raportul dintre pensia medie şi salariul mediu, totuşi, este prevăzut a scădea cu circa 10% în perioada 2014-2020, conform formulei de indexare elveține folosite în primul pilon al sistemului de pensii din România. Această modificare a fost încorporată în model.

(B) Prognozele referitoare la sărăcie bazate pe creşterea economică şi creşterea ocupării forței de muncă

Am folosit modelul descris mai sus pentru a prognoza sărăcia absolută (ancorată) şi relativă în fiecare an. Simulările au luat în considerare trei scenarii. Scenariul de creştere scăzută s-a bazat pe proiecțiile Grupului de lucru privind îmbătrânirea activă, scenariul de creştere ridicată a luat în calcul ajustările privind ocuparea forței de muncă pentru atingerea obiectivului 2020, în timp ce scenariul de bază a reprezentat media dintre scenariul de creştere scăzută şi cel de creştere ridicată. Modelul a presupus implicit că politicile de ocupare a forței de muncă şi de protecție socială nu se vor modifica în perioada 2012-2020.

Sărăcia relativă s-a modificat numai în mică măsură la nivelul diferitelor scenarii de creştere. Simulările noastre sugerează că, probabil, sărăcia va creşte uşor între 2012 şi 2020 în scenariile de creştere scăzută şi moderată (cu 0,6 puncte procentuale şi respectiv 0,2 puncte procentuale). Figura 7 prezintă tendințele, în timp ce Anexă Tabel 2.19 include cifrele detaliate. Numai în scenariul de creştere ridicată (optimist), în care este atinsă ținta de ocupare a forței de muncă (respectiv 70% din populația în vârstă de muncă este angajată), nivelul sărăciei relative are şanse să scadă. Dacă dimensiunile populației nu se modifică şi se adevereşte scenariul optimist, numărul persoanelor sărace este preconizat a scădea cu 181.000 de persoane între anii 2012 şi 2020 (Anexă Tabel 2.20). Dacă luăm în considerare evoluția prevăzută a populației în perioada 2012-2020 (după cum a fost prognozată de modelul PROST folosind

TABEL 9: Principalele modificări demografice, 2014-2020 (în mii de persoane)

Grupe de vârstă	An							Modificare 2014-2020
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
0-14	3,133	3,127	3,117	3,116	3,117	3,113	3,110	-24
15-19	1,093	1,088	1,092	1,090	1,081	1,071	1,061	-32
20-64	12,464	12,368	12,270	12,174	12,083	12,002	11,907	-557
65+	3,297	3,381	3,457	3,524	3,592	3,656	3,733	436
Total	19,987	19,964	19,935	19,904	19,873	19,842	19,810	-177

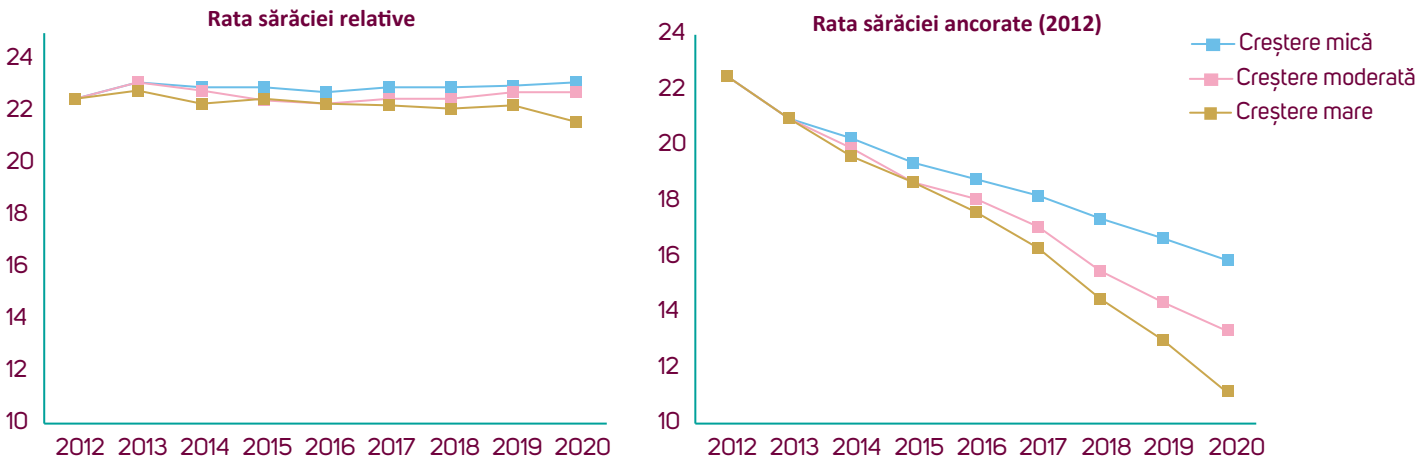
Sursa: Modelul PROST al Băncii Mondiale pentru România.

datele recensământului), numărul persoanelor sărace se va reduce cu 237.000 (numai scăderea populației va duce la o reducere cu 56.000).

Creşterea economică şi a ocupării forței de muncă estimate pentru perioada 2014-2020 nu sunt suficiente pentru a putea atinge ținta de reducere a sărăciei decât în condițiile scenariului foarte optimist, dar foarte improbabil, conform căruia economia şi gradul de ocupare a forței de muncă vor înregistra o creştere semnificativă. De aceea, pentru a atinge acest obiectiv, Guvernul României va trebui să implementeze politicile recomandate în acest volum, care vizează creşterea ocupării forței de muncă şi a salariilor populației sărace şi creşterea volumului fondurilor de protecție socială disponibile pentru chintila cea mai săracă a populației.

Sărăcia ancorată scade în toate cele trei scenarii. Deoarece pragul sărăciei însuşi se modifică în funcție de distribuția veniturilor în timp, acesta a fost fixat la nivelul din 2012 şi am estimat sărăcia absolută folosind pragul sărăciei din 2012. Sărăcia va scădea cu 6,6 puncte procentuale între 2012 şi 2020 dacă se va adeveri scenariul de creştere scăzută (vezi Figura 7 pentru tendințe sau Anexă Tabel 2.19 pentru cifre detaliate). Un aspect important îl constituie faptul că rata sărăciei ancorate va ajunge la 15,9% în 2020, ceea ce înseamnă că, şi la acea dată, circa 16% din populație va avea venituri reale inferioare pragului de sărăcie din 2012. Scenariul optimist al unei creşteri economice ridicate este de aşteptat să aibă un impact mai puternic, însă rata proiectată a sărăciei rămâne la un nivel de aproximativ 11% în 2020.

FIGURA 7: Proiecții ale ratelor sărăciei ancorate şi sărăciei relative, 2012-2020



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele EU-SILC în cele trei scenarii principale.

1.2. Principalele grupuri vulnerabile

Mai multe categorii ale populației se confruntă cu diverse forme de excluziune socială sau sunt expuse unui risc ridicat de excluziune din motive care uneori, dar nu întotdeauna, sunt asociate cu sărăcia. Cum grupurile vulnerabile întâmpină probleme specifice pentru care politicile generale nu pot oferi o soluție viabilă, acestea au adesea nevoie de servicii integrate şi adaptate, menite să le sporească participarea socială sau economică. Identificarea şi răspunsul adecvat la nevoile specifice ale categoriilor sărace şi vulnerabile sunt esențiale pentru elaborarea şi implementarea unor politici de incluziune socială eficiente.

Tuturor categoriilor vulnerabile, indiferent de dimensiunea lor, trebuie să li se ofere şanse egale de a-şi atinge potențialul şi de a juca un rol activ în societate. Tabel 10 prezintă pe scurt principalele grupuri vulnerabile din România.[20] Unele sunt extrem de mari, în timp ce altele numără mult mai puțini membri (nedepăşind câteva sute de persoane la nivelul întregii țări). De exemplu, în 2012-2013, în categoria persoanelor vulnerabile era inclus un număr estimat de 1,85 milioane de romi,[21] aproximativ 1,4 milioane de copii săraci (cu vârste cuprinse între 0 şi 17 ani), peste 725.000 de persoane cu vârsta peste 80 de ani, 687.000 de copii şi adulți cu dizabilități care trăiesc în familie şi alți 16.800 care trăiesc în instituții, peste 62.000 de copii cuprinşi în sistemul de protecție specială (fie în centre de plasament, fie în servicii de tip familial) şi aproximativ 1.500 de copii abandonați în unitățile medicale.

TABEL 10: Principalele grupuri vulnerabile din România

Grupul principal[a/]	(Sub)grupuri
1 Persoane sărace	Copii săraci, mai ales cei din familii cu mulți copii sau din familii monoparentale Persoane active sărace, mai ales muncitori subcalificați (în principal din mediul rural); lucrători pe cont propriu atât în agricultură, cât şi în alte domenii Tineri şomeri şi NEET[(b)] Persoane cu vârste între 50 şi 64 de ani care nu sunt încadrate profesional şi care sunt excluse din programele de asistență Persoane vârstnice sărace, mai ales cele cu membri de familie în întreținere şi persoane vârstnice singure
2. Copii şi tineri lipsiți de îngrijire şi sprijin parental	Copii abandonați în unitățile medicale Copii care trăiesc în centre de plasament de mari dimensiuni sau de slabă calitate Tineri care părăsesc instituțiile de tip rezidențial Copii şi tineri ai străzii Copii cu părinți plecați la muncă în străinătate, mai ales cei cu ambii părinți în străinătate şi cei care se confruntă cu separarea pe termen lung de părinții lor Copii privați de libertate Mame minore
3. Persoane vârstnice singure sau dependente	Persoane vârstnice care locuiesc singure şi/sau cu dependențe complexe
4. Romi	Copii şi adulți de etnie romă din gospodării fără un venit sustenabil și la risc de excluziune socială
5. Persoane cu dizabilități	Copii şi adulți cu dizabilități, inclusiv persoane invalide, în special cei cu dependențe complexe
6. Alte grupuri vulnerabile	Persoane dependente de alcool, droguri şi alte substanțe nocive Persoane private de libertate sau în supravegherea serviciilor de probațiune Persoane fără domiciliu Victime ale violenței domestice Victime ale traficului de persoane Refugiați şi imigranți
7. Persoane care trăiesc în comunități marginalizate	Comunități rurale sărace și/sau marginalizate Comunități urbane marginalizate Comunități rome sărace şi marginalizate

Notă: Fiecare dintre grupurile vulnerabile se confruntă cu probleme specifice şi trebuie să beneficieze de şanse egale. De aceea, ordinea în care sunt enumerate acestea nu reflectă un clasament anume al categoriilor vulnerabile. (a) Unele grupuri se pot suprapune. De exemplu, un copil care trăieşte într-o familie monoparentală poate fi afectat şi de sărăcie şi/sau de lipsuri multiple; (b) NEET înseamnă persoane care „nu sunt nici angajate, nici cuprinse într-o formă de învățământ sau instruire".

[20] În plus față de categoriile enumerate în Tabelul 11:, o altă categorie vulnerabilă este cea a militarilor răniți sau care au suferit invaliditați şi a urmaşilor celor decedați. Această categorie vulnerabilă cuprinde mai puțin de 200 de persoane. Pe lângă măsurile de protecție socială existente, militarii răniți şi invalizi sunt tineri şi necesită asistență medicală, cum ar fi orteze, proteze şi alte dispozitive medicale, în timp ce urmaşii celor decedați au nevoie de măsuri de asistență psihologică şi materială. Totuşi, în cazul acestei categorii, considerăm că alocarea unui buget dedicat Ministerului Apărării Naționale ar fi mai eficientă în ceea ce priveşte dezvoltarea unui sistem special de asistență medicală la domiciliu şi de servicii sociale adresat celor imobilizați şi fără familie.

[21] Având în vedere probabilitatea ca mulți dintre respondenții romi să nu declare etnia din care fac parte cu ocazia recensămintelor naționale, de obicei se utilizează un set alternativ de estimări ale unor experți în domeniu. Conform Strategiei Guvernului României de incluziune a cetățenilor români aparținând minorității romilor pentru perioada 2012–2020, estimările variază de la 535.140 (recensământul din 2002) la 730.000-970.000 (Sandu, 2005) la 619.000 (recensământul din 2011) şi la 1,85 milioane (Comisia Europeană,2011a).

Aceast studiu de fundamentare nu analizează fiecare categorie separat,[22] ci se axează pe definirea unor intervenții zonale și sectoriale care să răspundă nevoilor aceastora, prezentând aspectele specifice fiecărui grup vulnerabil ori de câte ori este necesar. De exemplu, în capitolul dedicat educației, pe lângă aspectele generale privind incluziunea socială, se acordă o atenție deosebită copiilor săraci (care nu au mijloacele necesare pentru a merge la şcoală), copiilor romi (în principal din cauza problemelor lor de segregare/ discriminare) şi copiilor cu dizabilități (din cauza lipsei de servicii educaționale adaptate nevoilor lor). Tabel 11 oferă o privire de ansamblu asupra capitolelor în care sunt abordate problemele specifice ale fiecăruia dintre grupurile vulnerabile.

TABEL 11: Analizele specifice din fiecare capitol pentru fiecare grup vulnerabil

	Persoane sărace	Copii şi tineri lipsiți de îngrijire şi sprijin parental	Persoane vârstnice singure sau dependente	Romi	Persoane cu dizabilități	Alte grupuri vulnerabile	Persoane care trăiesc în comunități rurale şi urbane marginalizate
Ocuparea forței de muncă	■			■	■	■	■
Protecție socială	■				■		
Servicii sociale	■	■	■	■	■	■	■
Educație	■			■	■		■
Sănătate	■		■	■		■	■
Locuire	■			■		■	■
Participare socială	■			■			
Servicii integrate				■			■
Politici zonale				■			■

[22] O analiză a acestor categorii a fost inclusă în analiza socio-economică pentru programarea fondurilor europene din perioada 2014-2020, realizată în noiembrie 2012 de către Grupul de Lucru Tehnic privind Afacerile Sociale şi Incluziunea Socială, coordonat de MMFPSPV.

Această pagină a fost lăsată goală în mod intenționat

2. POLITICI ADRESATE POPULAŢIEI

2.1. Ocuparea forţei de muncă

Pentru abordarea sărăciei şi excluziunii sociale pe piața muncii, recomandăm ca guvernul să creeze oportunități de angajare şi să promoveze egalitatea de şanse prin: (i) creşterea nivelului calificărilor, educației şi experienței pe piața muncii a persoanelor afectate de sărăcie monetară şi a celor din alte grupuri vulnerabile, (ii) creşterea ratei de ocupare a acestui segment de populație şi (iii) implementarea unor măsuri care să determine creşterea ratei de salarizare a grupurilor țintă (precum măsuri vizând reducerea discriminării). Totuşi, aceste măsuri vor fi doar parțial eficiente dacă nu sunt însoțite de politici economice care să influențeze cererea, prin crearea de locuri de muncă bine plătite şi durabile.

Principala prioritate în acest domeniu trebuie să fie creşterea ocupării forței de muncă în rândul populației sărace şi vulnerabile, prin extinderea programelor de activare a forței de muncă.

Obiective principale

2.1. Ocuparea forței de muncă 56

2.1.1. Activarea persoanelor afectate de sărăcie, care nu sunt nici angajate, nici cuprinse într-o formă de învățământ sau instruire 57

2.1.2. Reducerea ocupării informale a forței de muncă şi creşterea productivității exploatațiilor agricole mici şi mijlocii 68

2.1.3. Reducerea ratei ridicate a sărăciei în rândul populației ocupate 69

2.1.4. Dezvoltarea capacității instituționale şi a resurselor serviciului public de ocupare 69

2.1.5. Creşterea ratei de ocupare a grupurilor vulnerabile 73

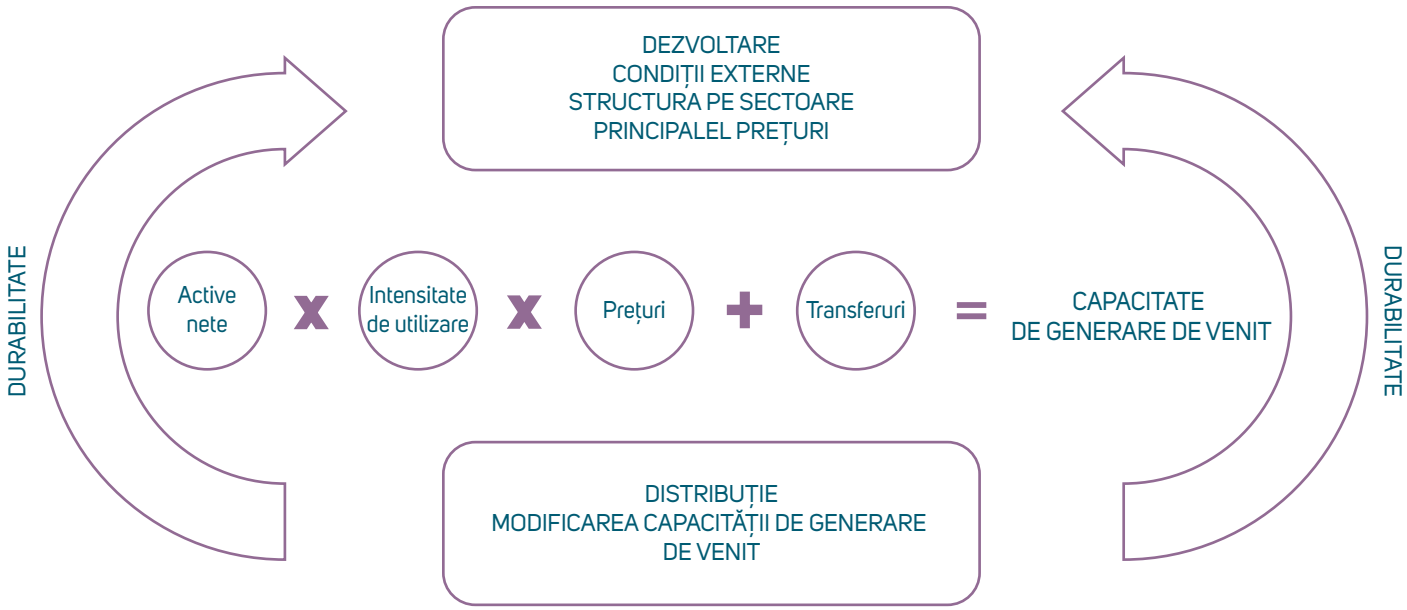
2.1.6. Dezvoltarea economiei sociale în scopul creşterii şanselor de angajare ale grupurilor vulnerabile 82

2.1. Ocuparea forţei de muncă

Pentru a ajuta 580.000 de persoane să iasă din sărăcie monetară în perioada 2008-2020, avem în vedere măsuri menite să dezvolte capacitatea de generare a veniturilor a celor mai săraci 4,8 milioane de români, astfel încât veniturile acestora să crească într-un ritm mai alert decât venitul mediu. Venitul total al populației reprezintă suma veniturilor gospodăriilor plus transferurile sociale şi private. Veniturile gospodăriilor, la rândul lor, depind de bunurile de producție pe care le dețin acestea (forța de muncă, bunuri de capital, animale sau terenuri), intensitatea utilizării lor şi valoarea de piață efectivă a acestora (Schema 4: Cadru conceptual pentru reducerea sărăciei monetare relative). Pentru a reduce sărăcia monetară relativă, este necesară creşterea capacității de generare a veniturilor a celui mai sărac segment al populației în cursul perioadei de programare. În termeni practici, aceasta înseamnă: (i) creşterea nivelului calificărilor, al educației şi al experienței pe piața muncii a persoanelor afectate de sărăcie monetară (active nete), (ii) creşterea ratei de ocupare a acestui segment de populație (intensitatea utilizării) şi (iii) implementarea unor măsuri care să determine creşterea ratei de salarizare a grupului țintă (precum măsuri vizând reducerea discriminării). Folosind aceeaşi abordare, pot creşte şi celelalte active ale gospodăriilor sărace, precum terenuri (mici suprafețe) şi stocul de animale.

Ceilalți factori care determină venitul total al gospodăriilor sărace sunt transferurile, fie private, fie ca parte a programelor de protecție socială. Aceste subiecte vor fi abordate în Secțiunea 2.2 privind Transferurile sociale.

SCHEMA 4: Cadru conceptual pentru reducerea sărăciei monetare relative



Sursa: Banca Mondială (Bussolo and Lopez-Calva, 2014).

2.1.1. Activarea persoanelor afectate de sărăcie, care nu sunt nici angajate, nici cuprinse într-o formă de învăţământ sau instruire

Schimbările demografice ce vor afecta România în perioada 2014-2020 vor modifica dramatic piața muncii. Potrivit prognozelor, până în 2020, numărul persoanelor în vârstă de muncă va scădea cu 4,5%, în timp ce numărul vârstnicilor va creşte probabil cu 13%. România va trebui să-şi mobilizeze toți cetățenii ce pot deveni activi din punct de vedere economic şi să investească în educația şi competențele acestora pentru a-i face mai productivi. În acest scop, este esențială mobilizarea tuturor adulților în vârstă de muncă din cea mai săracă chintilă care în prezent nu lucrează, deşi sunt apți de muncă. Acest grup reprezintă 26% din numărul total al adulților din chintilă (aproximativ 730.000 de persoane). O treime din aceşti adulți care nu sunt nici angajați, nici cuprinşi într-o formă de învățământ sau instruire şi nu au o dizabilitate (NEETD) sau nu sunt pensionați anticipat ar putea reintra în câmpul muncii relativ repede, în timp ce o altă treime ar avea nevoie de politici active pe piața muncii şi de servicii sociale pentru a accede la piața muncii, iar ultima treime este foarte puțin probabil să se angajeze. Studiile internaționale estimează că între 10% şi 23% dintre aceşti adulți inactivi, aparținând celei mai sărace chintile, ar putea intra pe piața muncii până în anul 2020 dacă beneficiază de sprijin prin intermediul măsurilor active pe piața muncii şi al serviciilor sociale şi dacă li se permite să combine veniturile din muncă cu beneficiile de asistență socială.[23]

Pentru a vedea măsură în care intensificarea măsurilor active pe piața muncii ar reuşi să reducă sărăcia, am simulat efectele unui asemenea program asupra beneficiarilor noului program consolidat bazat pe testarea mijloacelor care urmează a fi implementat în România, şi anume programul privind Venitul Minim de Inserție Socială (VMI), descris în secțiunea următoare. Conform evidențelor internaționale, stimulentele pentru angajare adresate beneficiarilor VMI printr-o nouă formulă a prestațiilor, plus serviciile personalizate de intermediere a locurilor de muncă şi măsurile active pe piața muncii ar putea ajuta între 10% şi 23% dintre persoanele care nu lucrează în prezent să combine activitatea remunerată cu prestațiile de asistență socială. Acest efect se datorează, în proporție de două treimi, noii formule a prestațiilor, mai precis VMI, şi, în proporție de o treime, serviciilor personalizate de intermediere a locurilor de muncă şi măsurilor active pe piața muncii. În cazul scenariului optimist, potrivit căruia 23% dintre beneficiarii VMI care nu sunt nici angajați, nici cuprinşi într-o formă de învățământ sau instruire şi nu au o dizabilitate (NEETD) îşi găsesc locuri de muncă, sărăcia relativă ar scădea cu 3 puncte procentuale în 2016, în timp ce în cazul scenariului pesimist (care presupune că doar 10% dintre NEETD îşi găsesc un loc de muncă), sărăcia relativă ar scădea cu 1,4 procente.

Angajarea pe salarii decente reprezintă cea mai sigură cale de a ieşi din sărăcie. Acest studiu de fundamentare prezintă o serie de politici vizând creşterea participării pe piața muncii a persoanelor sărace, reducerea angajărilor sezoniere în cazul acestora şi mărirea venitului lor fie prin creşterea câştigurilor, fie prin posibilitatea de a combina veniturile relativ reduse cu beneficiile sociale bănești.

Totuşi, măsurile active dedicate pieței muncii pot doar să contribuie la înlesnirea accesului pe piața muncii, făcând astfel protecția socială mai eficace. Dar aceste programe nu pot constitui principala forță pentru crearea de locuri de muncă şi nu pot combate absența cererii de mână de lucru într-o economie fragilă.[24] Pentru a fi eficiente, măsurile active pe piața muncii trebuie să fie însoțite de politici economice care să influențeze cererea, cu alte cuvinte, care să creeze locuri de muncă.[25]

Profilul populaţiei în vârstă de muncă din chintila cea mai săracă

În 2016, guvernul îşi propune implementarea unui nou program de asistență socială adresat populației sărace, programul privind Venitul Minim de Inserție (VMI), cu scopul de a oferi sprijin chintilei inferioare a populației României, îmbunătățind totodată stimulentele pentru angajare

[23] Asumpțiile care stau la baza acestei prognoze sunt detaliate în Bachas (2013) şi Gerard (2013).
[24] OCDE (2013a: 40).
[25] Astfel de politici pot varia de la politici macroeconomice şi fiscale la politici care afectează climatul de investiții, politici sectoriale, politici privind mobilitatea şi migrarea forței de muncă şi politici de dezvoltare a afacerilor (Biroul Internațional al Muncii şi Cosiliul Europei, 2007).

dedicate adulților apți de muncă.[26] Pentru a îndeplini acest obiectiv, noul program va reuni cele trei programe existente, bazate pe testarea mijloacelor de trai, într-unul singur, va reduce rata de impozitare marginală (RIM) implicită a veniturilor pentru a da posibilitatea beneficiarilor programului să combine asistența socială cu activitatea remunerată şi va mări disponibilitatea şi relevanța măsurilor active pe piața muncii pentru acest grup țintă. Important este faptul că programul VMI va servi de asemenea drept instrument pentru identificarea populației sărace. Această subsecțiune identifică caracteristicile populației vizate, în timp ce următoarea subsecțiune sugerează unele măsuri individualizate de activare a acestor categorii.

Populația expusă riscului de sărăcie (AROP) este aproximată în acest capitol în baza distribuției veniturilor, reprezentând chintila inferioară sau, altfel spus, cele mai sărace 20% dintre persoane, clasificate în funcție de venitul pe adult echivalent (care include şi transferurile de protecție socială). La nivelul distribuției veniturilor din România, în cadrul chintilei inferioare se pune un accent deosebit pe persoanele din categoria NEETD. Acestea sunt persoane apte de muncă, în cazul cărora politicile trebuie să acorde prioritate stimulentelor pentru angajare şi creşterii accesului pe piața muncii. În acest scop, este crucială înțelegerea caracteristicilor populației NEETD şi a obstacolelor cu care se confruntă aceasta în încercarea de a accede la piața muncii.

Există o strânsă corelare între lipsa oportunităților de angajare şi veniturile mici din muncă, pe de-o parte, şi traiul în sărăcie, pe de alta. Există un decalaj pronunțat şi persistent în ceea ce priveşte ocuparea forței de muncă, între populația aptă de muncă din cea mai săracă chintilă şi cea din primele trei chintile[27] (Figura 8). În rândul bărbaților aflați în intervalul de vârstă cel mai productiv (între 35 şi 44 de ani), rata de ocupare a forței de muncă este cu 16% mai mică printre cei din chintila inferioară decât printre cei din primele trei chintile. Acest decalaj este chiar mai mare în cazul femeilor – în jur de 30 de puncte procentuale. Dintre cei 2,8 milioane de adulți în vârstă de muncă din cea mai săracă chintilă (Figura 9), doar 50% sunt persoane ocupate, circa 20% sunt cuprinşi în sistemul de învățământ, au o dizabilitate sau sunt pensionați anticipat, iar alți 26% sunt fie persoane inactive, fie şomeri. În jur de 70% dintre persoanele şomere sau inactive se bazează pe beneficiile de asistență socială ca să-şi suplimenteze veniturile. Dintre cei care lucrează, trei sferturi sunt lucrători pe cont propriu, mulți având slujbe sezoniere în agricultură sau în construcții, ceea ce le reduce câştigurile anuale.

Pe lângă discrepanțele majore în ceea ce priveşte ocuparea totală a forței de muncă, tipul de ocupare variază mult între chintile. Tabel 12 prezintă statutul ocupațional în cazul chintilei inferioare, al celei de-a doua chintile şi al primelor trei chintile. Aşa cum s-a văzut anterior, ponderea populației inactive – suma şomerilor şi a casnicelor – este mult mai mare în chintila inferioară. O altă caracteristică importantă a chintilei inferioare este ponderea foarte mare a activităților pe cont propriu, şi anume 35%, şi ponderea mică a activităților salariale, 15% (procentul angajatorilor este minor). Pentru a face o comparație, în primele trei chintile, activitățile independente reprezintă 10% şi activitățile salariale 54%.

CASETA 3

Date şi metodologie pentru analiza NEETD

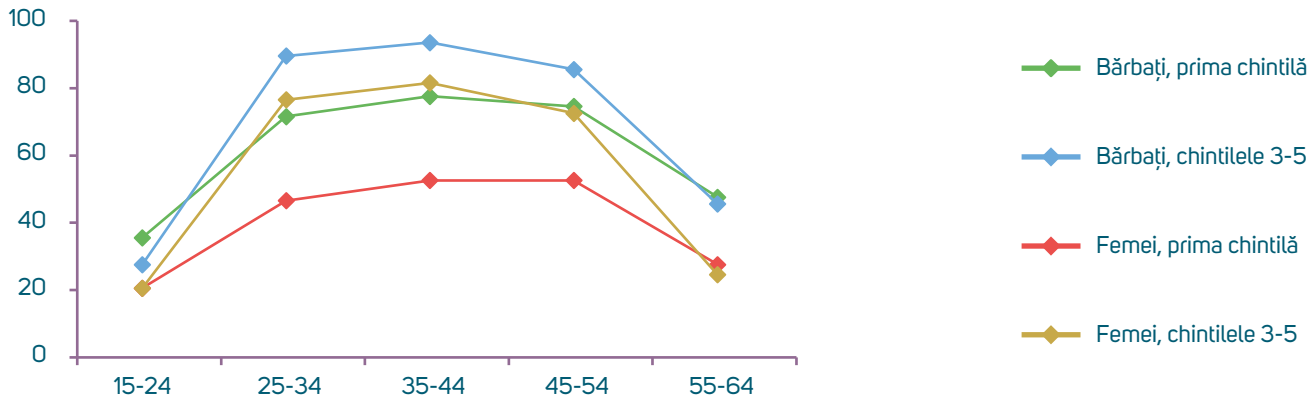
Analiza datelor din acest capitol se bazează pe valurile din 2011-2013 ale Anchetei bugetelor de familie (ABF) realizate în România. A fost utilizat acest studiu, şi nu EU-SILC, deoarece chestionarul este mult mai bogat şi permite o analiză mai detaliată. ABF este o anchetă întreprinsă la nivel de gospodărie, reprezentativă pentru populația României, care culege informații detaliate cu privire la caracteristicile individuale, cheltuielile şi sursele de venit. Pentru optimizarea maximă a eşantionului, am reunit în aceeaşi analiză diferite secțiuni ale ABF şi, în funcție de consumul pe adult echivalent, am împărțit populația României în cinci chintile.

Analiza este efectuată la nivel individual deoarece politicile de activare țintesc persoanele. Chiar dacă unele probleme de pe piața muncii se manifestă şi la nivelul gospodăriilor (cum ar fi localizarea în mediul rural cu cerere mică de forță de muncă), capitalul uman şi căutarea unui loc de muncă implică, în principal, investiții şi eforturi individuale.

Setul complet de date cuprinde 85.242 de persoane. La nivelul acestora, 55.952 sunt în vârstă de muncă (definite drept persoane între 15 şi 64 de ani). Dintre acestea, 7.527 de persoane aparțin grupului NEETD - nu sunt nici angajate, nici cuprinse într-o formă de învățământ sau instruire şi nu au o dizabilitate, sunt persoane pensionate anticipat sau mame cu copii sub vârsta de 2 ani.

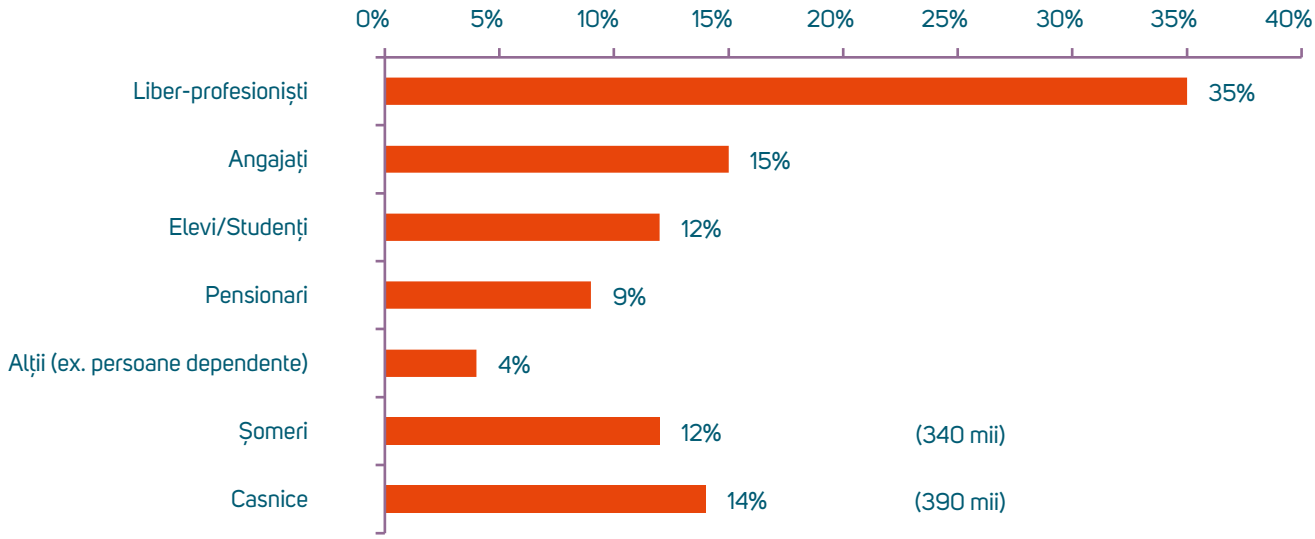
[26] Această secțiune se bazează pe Bachas (2013).
[27] Definiția chintilelor utilizată în aceste estimări este uşor diferită de cea întrebuințată în datele EU-SILC. Indiferent de definiția adoptată, rezultatele sunt foarte similare.

FIGURA 8: Ocuparea forţei de muncă şi decalajul între sexe, în funcţie de nivelul venitului, 2011-2012



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind ABF 2012-2013.
Notă: Chintile de consum pe adult echivalent.

FIGURA 9: Populaţia în vârstă de muncă din cea mai săracă chintilă, în funcţie de statutul ocupaţional, 2011-2012 (total = 2,8 milioane)



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind ABF 2012-2013.
Notă: Chintile de consum pe adult echivalent.

TABEL 12: Statutul ocupațional al persoanelor cu vârste de 15 - 64 de ani, pe chintile*, 2012-2013

	Prima chintilă	A 2-a chintilă	Chintilele 3-5	Total
Salariat/ angajator	15	30	54	41
Lucrător pe cont propriu în activități neagricole	9	5	3	5
Lucrător pe cont propriu în agricultură	26	19	7	13
Şomer	12	9	5	7
Pensionar	8	12	14	13
Elev/ Student	12	12	10	11
Casnică	14	10	6	8
Altele	4	2	1	2
Total	100	100	100	100

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind ABF 2012-2013.

Notă: Chintile de consum pe adult echivalent.

Ratele mici de ocupare a forței de muncă înregistrate la nivelul adulților din chintila cea mai săracă, aflați în intervalul de vârstă cel mai productiv, antrenează rate mai mari ale NEETD în rândul populației sărace. Tabel 13, de mai jos, prezintă distribuția persoanelor NEETD, pe chintile de consum.

Persoanele NEETD reprezintă 13% din populația în vârstă de muncă şi sunt concentrate în chintilele inferioare ale populației. Ponderea persoanelor NEETD scade constant la nivelul chintilelor, de la 26% în chintila inferioară până la 20%, 15%, 10% şi 5% în chintila a patra, a treia, a doua şi respectiv prima.

TABEL 13: Ponderea NEETD în totalul populaţiei şi pe chintile, România 2011-2012

	În prima chintilă	În a 2-a chintilă	În a 3-a chintilă	În a 4-a chintilă	În a 5-a chintilă	Total, din care ...
Persoane neîncadrate în categoria NEETD, în totalul populației în vârstă de muncă	10.2	13.7	16	20.7	25.9	86.6
Persoane încadrate în categoria NEETD, în totalul populației în vârstă de muncă	3.5	3.4	2.8	2.3	1.4	13.5
Ponderea NEETD în totalul populației în vârstă de muncă din fiecare chintilă	25.8	19.7	15.1	10	5.2	13.5

Sursa: Bachas (2013), folosind datele ABF 2011-2012.

Notă: Chintile de consum pe adult echivalent.

Deoarece numeroase persoane NEETD fac parte din chintila inferioară, pentru a fi eficient, un program de asistență socială adresat acestei chintile ar trebui să vizeze obstacolele specifice care le împiedică să acceseze locurile de muncă, pe lângă îmbunătățirea stimulentelor pentru angajare. În acelaşi timp, ponderea mare de activități independente şi ponderea mică de activități salariale în chintila inferioară indică nevoia unor strategii care să încurajeze antreprenoriatul şi acumularea de capital, în special în relație cu exploatațiile agricole mici și mijlocii.

Grupuri omogene de adulţi NEETD în chintila cea mai săracă

Dată fiind eterogenitatea persoanelor NEETD şi nevoia de politici individualizate menite să mărească şansele acestora

[28] Avantajul ACL față de alte tehnici de grupare este acela că un caz nu este atribuit în mod absolut unei clase, ci există probabilitatea de a aparține fiecărei clase într-o anumită pondere. În plus, poate folosi atât date continue, cât şi date categoriale. Numărul optim de clase poate fi identificat prin utilizarea criteriilor AIC (Akaike Information Criterion) sau BIC (Bayesinan Information Criterion) pentru măsurarea adecvării modelului.

de a deveni active, am utilizat metoda statistică de analiză a claselor latente (ACL)[28] pentru a separa populația NEETD din chintila inferioară în grupuri omogene. ACL este una dintre metodele de analiză cluster care distribuie cazurile analizate în submulțimi (numite clustere sau grupări), conform caracteristicilor comune ale fiecărei grupări. ACL utilizează algoritmi de grupare în analiza datelor şi metodologia statistică pentru construirea grupărilor. Se bazează pe ideea că toate cazurile reunite în cadrul unui grup au valori similare ale unei variabile latente (neobservate), care este dedusă din caracteristicile observate. ACL estimează probabilitatea ca un caz/ individ cu caracteristici specifice (variabile observate) să aparțină uneia dintre grupările definite. Aceasta estimează parametrii pentru profilurile de clasă (descrierea fiecărei clase) şi mărimea clasei.

În realizarea profilului persoanelor NEETD, variabila latentă poate fi definită din perspectiva obstacolelor ce împiedică accesul pe piața muncii. Folosind caracteristici observate, cum ar fi sexul, mediul de rezidență, educația, numărul de copii şi etnia, algoritmul ACL a generat opt grupări care pot fi descrise după cum urmează:[29]

- Bărbații educați, fără ocupație, din mediul urban reprezintă cel mai mare grup NEETD din chintila cea mai săracă, reprezentând 24% din eşantion. Optzeci şi şase la sută dintre bărbații din acest grup caută activ un loc de muncă, 15% sunt inactivi de mai puțin de şase luni, în timp ce 33% afirmă că ar accepta un loc de muncă plătit cu până la 1.000 RON pe lună şi 63% ar accepta un loc de muncă plătit cu până la 1.500 de RON pe lună. Prin urmare, acest grup încearcă activ să intre pe piața formală a muncii şi deține deja un anumit capital uman deoarece 65% dintre persoane au cel puțin diplomă de bacalaureat.

- Femeile căsătorite, de vârstă mijlocie, din mediul rural reprezintă 18% din eşantion. Şaizeci şi doi la sută sunt absolvente de liceu sau de învățământ superior şi cele mai multe dintre aceste femei au un copil sub vârsta de 15 ani. Cu toate că se confruntă cu puține constrângeri în ceea ce priveşte accesul pe piața muncii, acest grup nu caută activ de lucru, deşi 62% ar accepta un loc de muncă dacă ar fi recompensat cu un salariu suficient de atractiv.

- Grupul care constă în tineri inactivi fără educație (17%) cuprinde în majoritate femei care, în ciuda faptului că nu au copii în îngrijire, au un nivel redus de educație. O mare parte dintre aceste persoane nu caută activ de lucru, deşi 30% dintre membrii grupului afirmă că sunt pregătiți să muncească. Treizeci la sută dintre persoanele din acest grup sunt de etnie romă.

- Femeile tinere, cu familie, din mediul rural (11% din eşantion) au, în medie, doi până la trei copii, dintre care unul are, în general, între 2 şi 6 ani. Nouăzeci la sută au absolvit doar nivelul gimnazial, după care au abandonat şcoala. Femeile din acest grup sunt, de obicei, căsătorite cu un bărbat care este lucrător pe cont propriu şi care beneficiază, în prezent, de prestații sociale.

- Grupul de tineri necăsătoriți de etnie romă (10% din eşantion) este compus, în întregime, din adulți tineri sub vârsta de 25 de ani, care au părăsit timpuriu școala. Cei mai mulți au cel puțin un copil şi beneficiază, în prezent, de asistență socială. Numai 10% caută un loc de muncă, dar jumătate spun că sunt gata să înceapă să lucreze dacă li se oferă şansa.

- Grupul persoanelor educate, fără ocupație, din mediul rural reprezintă 8% din eşantion. Nouăzeci şi unu la sută dintre acestea au absolvit liceul şi 64% au o pregătire profesională sau tehnică. Majoritatea sunt bărbați necăsătoriți. Acest grup se confruntă cu mai puține constrângeri în găsirea unui loc de muncă decât alte grupuri datorită mobilității şi a capitalului uman existent. Întregul grup caută activ de lucru, dar are aşteptări destul de mari deoarece afirmă, în proporție de 89%, că ar accepta numai salarii peste 1.000 RON.

- Femeile de etnie romă, cu familie, din mediul urban (7% din eşantion) sunt femei tinere, adesea cu trei copii, doi dintre aceştia de vârstă mică (între 2 şi 6 ani). Toate au nivel scăzut de educație (cel mult ciclul gimnazial), iar soții lor sunt liber-profesionişti. Acestea nu caută de lucru şi sunt inactive de cel puțin doi ani.

- Grupul de cupluri tinere din mediul urban (5% din eşantion) este alcătuit din persoane cu doi copii, dintre care unul sub vârsta de 6 ani, care au devenit recent inactive. Majoritatea persoanelor din acest grup încearcă activ să se reintegreze pe piața muncii. Totuşi, numai jumătate dintre acestea au terminat învățământul liceal.

[29] Mai multe detalii privind caracteristicile cheie ale grupurilor NEETD din chintila inferioară se regăsesc în Anexă Tabel 3.1. Vezi, de asemenea, Sundaram et al (2014).

Această clasificare oferă un tablou mai clar al subgrupurilor care compun populația inactivă din chintila inferioară. Segmentarea realizată subliniază eterogenitatea situațiilor şi a constrângerilor privind accesul pe piața muncii. Împreună, grupările 1, 6 şi 8, care reprezintă 37% din populația chintilei inferioare, sunt persoane care încearcă activ să se întoarcă pe piața muncii şi pentru care politicile de sprijin în vederea obținerii unui loc de muncă s-ar putea dovedi eficiente. Totuşi, este posibil ca cel puțin o parte dintre aceste persoane să îşi caute un loc de muncă în străinătate sau chiar să lucreze câteva luni pe an în afara țării. O altă categorie, care include grupările 3 şi 5, reprezintă 27% din populație, dar duce o lipsă gravă de capital uman, necesar integrării cu succes pe piața muncii. Acest grup nu caută de lucru în mod activ, dar majoritatea ar accepta o ofertă de lucru. În final, restul de 36% din grupurile 2, 4 şi 7 reprezintă, în principal, femei care sunt inactive în mod voluntar şi au copii în întreținere. Pentru a creşte participarea acestora pe piața muncii, ar fi necesare stimulente fiscale şi servicii de îngrijire a copilului.

TABEL 14: Descrierea grupurilor NEETD din chintila inferioară

G1: Şomeri educați din mediul urban (dimensiunea: 24% sau 151.000 persoane)	**G2: Femei căsătorite, de vârstă mijlocie, din mediul rural** (dimensiunea: 18% sau 114.000 persoane)
❒ 75% bărbați ❒ De vârstă mijlocie, dar cu puțini copii ❒ 61% au absolvit liceul sau învățământul profesional ❒ Jumătate sunt şomeri de mai puțin de doi ani, jumătate sunt şomeri de lungă durată. ❒ 34% ar accepta un loc de muncă pentru un salariu de până la 1.000 RON	❒ 46% au absolvit liceul sau învățământul profesional ❒ 1 copil de vârstă şcolară ❒ 10% au în îngrijire persoane cu dizabilități ❒ Nu caută de lucru, dar 1/3 ar lucra pentru un salariu de până la 1.000 RON
G3: Tineri inactivi fără educație (dimensiunea: 17% sau 110.000 persoane)	**G4: Femei tinere, cu familie, din mediul rural** (dimensiunea: 11% sau 70.000 persoane)
❒ 71% femei ❒ 75% au cel mult studii gimnaziale ❒ 67% din mediul urban ❒ 73% necăsătoriți, fără copii ❒ Nu caută de lucru, dar 30% sunt dispuşi să lucreze ❒ 30% de etnie romă	❒ 2 sau 3 copii sub vârsta de 15 ani ❒ Adesea 1 copil între 2 şi 6 ani ❒ 90% au cel mult studii gimnaziale ❒ Soți lucrători pe cont propriu ❒ Beneficiază de asistență socială
G5: Tineri de etnie romă (dimensiunea: 10% sau 63.000 persoane)	**G6: Şomeri educați din mediul rural** (dimensiunea: 8% sau 50.000 persoane)
❒ Jumătate sub 25 de ani, 70% necăsătoriți ❒ 62% femei ❒ 100% au cel mult studii gimnaziale ❒ 1 copil ❒ Numai 10% caută de lucru, dar jumătate sunt dispuşi să lucreze ❒ În prezent, beneficiază de asistență socială	❒ 67% bărbați ❒ 64% au pregătire profesională/ tehnică, toți au absolvit liceul ❒ Necăsătoriți, fără copii ❒ Caută de lucru, dar acceptă numai salarii mai mari
G7: Femei cu familie, de etnie romă, din mediul urban (dimensiunea: 7% sau 44.000 persoane)	**G8: Cupluri tinere din mediul urban** (dimensiunea: 5% sau 32.000 persoane)
❒ 3 copii, doi cu vârsta între 2 şi 6 ani ❒ 100% au cel mult studii gimnaziale ❒ Soți lucrători pe cont propriu ❒ Inactive de cel puțin doi ani, nu caută de lucru	❒ 2 copii, unul cu vârsta între 2 şi 6 ani ❒ 11% au în îngrijire persoane cu dizabilități ❒ Jumătate au absolvit liceul, jumătate ciclul gimnazial ❒ Recent inactive ❒ 2/3 caută de lucru, dar nu prin ANOFM

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind ABF 2012-2013.

Notă: Chintile de consum pe adult echivalent.

Politici de activare a persoanelor NEETD din chintila cea mai săracă

Înțelegerea componenței chintilei inferioare, în special a grupului persoanelor inactive apte de muncă, va permite guvernului român să formuleze politici coerente privind piața muncii, individualizate pentru anumite subgrupuri de persoane NEETD. Toate politicile care vizează o mai bună identificare a omului potrivit pentru locul de muncă potrivit sunt numite politici de „activare". Politicile de activare pot lua diferite forme, variind de la programe de educație şi pregătire profesională până la consiliere şi subvenții în domeniul muncii.[30] Secțiunea de față analizează o serie de evidențe privind eficiența politicilor de activare într-o varietate de contexte, la nivel național şi global, şi sugerează o gamă de politici individualizate pentru subgrupurile identificate anterior în cadrul populației vizate.

Una dintre prioritățile cheie ale guvernului este creşterea accesului la locurile de muncă pentru toți cei care caută de lucru, inclusiv cei săraci şi vulnerabili. Asemenea politici sunt numite politici de activare şi de ieşire din sistemul de asistență socială. Mai exact, politicile de activare sunt politici din domeniul protecției sociale şi al muncii, care ajută persoanele inactive să îşi găsească un loc de muncă şi care cresc veniturile persoanelor active. „Politicile de ieşire din sistemul de asistență socială" se referă la politicile adresate persoanelor care beneficiază de asistență socială cu scopul de a le creşte veniturile până la un nivel la care nu mai au nevoie de asistență socială. Politicile de activare şi de ieşire din sistemul de asistență socială trebuie să vină în completarea implementării de succes a programelor de asistență socială, împreună cu „parametrii" corespunzători ai acestor programe (nivel al beneficiilor sociale, rata de impozitare marginală, restricții şi responsabilități comune).

Potrivit literaturii internaționale,[31] per ansamblu, programele de activare prezintă beneficii modeste, dar semnificative şi tind să fie cost-eficiente. Este important de reținut că aceste programe sunt cel mai puțin eficace atunci când sectorul informal este vast,[32] populația vizată este situată în mediul rural şi nu prezintă mobilitate, iar cererea de forță de muncă este redusă din cauza condițiilor macroeconomice. Aceste observații sunt relevante în special pentru chintila inferioară a populației României. Acest lucru confirmă nevoia unei reforme atent concepute şi cuprinzătoare a pieței muncii şi a politicilor de asistență socială din România care să includă o componentă puternică de politici de activare.

Politicile de activare vizează o mai bună corelare între cererea şi oferta de forță de muncă. Scopul lor este de a remedia deficitele specifice pieței muncii şi de a ajuta persoanele să depăşească constrângerile privind accesul lor la capitalul uman şi fizic. Problemele legate de piața muncii se împart adesea în următoarele categorii:

- **Constrângeri privind capitalul uman:** Competențe insuficiente şi necorelarea între calificările celor aflați în căutarea unui loc de muncă şi necesitățile angajatorilor.
- **Divergențe privind informațiile:** În ceea ce priveşte oferta, acestea apar dintr-o lipsă de cunoştințe legate de oportunitățile de angajare, iar în ceea ce priveşte cererea din modul în care sunt promovate locurile de muncă şi din selecția negativă.
- **Constrângeri privind capitalul fizic:** Constrângerile privind creditarea şi slaba susținere a antreprenoriatului.

Fiecare constrângere necesită răspunsuri prin politici de activare diferite.

Tabel 15, de mai jos, ilustrează varietatea programelor de activare care există în întreaga lume şi dă exemple din mai multe țări. În plus, Caseta 4 prezintă unele studii experimentale care au fost citate frecvent în literatura economică, împreună cu lecții desprinse din studiul de documentare.

[30] Kuddo (2012).
[31] Almeida et al (2012) reprezintă o analiză extensivă a politicilor de activare din țările în curs de dezvoltare, care foloseşte mai multe studii de țară şi exemple de programe aflate în curs. Meta-analiza realizată de Card et al (2010) examinează 97 de studii, care conțin 199 de evaluări ale programelor de politici de activare din Europa şi America de Nord, şi trage concluzii despre eficiența acestora.
[32] Parlevliet şi Xenogiani (2008).

TABEL 15: Programe şi obstacole în calea accesului la piaţa muncii

Tip de program	Programe selectate	Constrângeri/ Obstacole în calea muncii
Subvenții salariale separate		
	❒ Experiment privind subvenționarea salariilor tinerilor (Africa de Sud) ❒ Bonificacion a la Contratacion de Mano de Obra-Chile Solidario (Chile) ❒ Jovenes con Mas y Mejor trabajo (Argentina) ❒ Idmaj (Maroc) ❒ Stage d'initiation a la vie professionnelle (Tunisia)	Lipsa competențelor/ experienței şi lipsa informațiilor
Dezvoltarea/ semnalarea competențelor		
Programe cuprinzătoare de pregătire pentru tineri	❒ Programul de autoafirmare a tinerilor din Kenya (Kenya) ❒ Programul de subproiecte pentru tineri stagiari (Argentina) ❒ Juventud y Empleo (Republica Dominicană) ❒ Taehil (Maroc)	Lipsa competențelor/ experienței şi lipsa informațiilor
Pregătire tehnică generală şi profesională	❒ ProbeCat (Mexic) ❒ Cursurile de pregătire profesională ale Agenției pentru Ocuparea Forței de Muncă ISKUR (Turcia)	
A doua şansă	❒ Programul de studii primare din Afganistan – APEP (Afganistan)	
Certificare	❒ Chilecalifica (Chile) ❒ Proiectul de învățare şi formare pe tot parcursul vieții (Argentina)	
Servicii de ocupare a forței de muncă		
	❒ Red CIL Pro Empleo (Peru) ❒ Servicii de orientare profesională (Slovenia, Lituania) ❒ Cluburi de locuri de muncă (Lituania) ❒ Târguri de posturi vacante şi de locuri de muncă (Azerbaidjan)	Lipsa informațiilor şi lipsa capitalului circulant
Programe de susținere a antreprenoriatului		
Educație	❒ Fomento del Espiritu Empresarial (Columbia) ❒ Concours de Plans d'affaires Entreprendre et Gagner (Tunisia) ❒ Programul de educație în afaceri (Siria)	Lipsa competențelor/ experienței; lipsa capitalului circulant; lipsa competențelor antreprenoriale; lipsa informațiilor
Susținerea IMM-urilor	❒ Programul de stagii de ucenicie şi de susținere antreprenorială pentru tinerii vulnerabili (Malawi) ❒ Fondul de Acțiune Socială pentru Uganda de Nord (NUSAF) (Uganda) ❒ Autoafirmarea economică a adolescentelor (EPAG) (Liberia)	
Microfranciză	❒ Servicii comunitare Vodacom: Acces la servicii telefonice în mediul rural (Africa de Sud)	

Sursa: Almeida et al, 2012.

CASETA 4

Lecţii desprinse din studiile experimentale privind politicile de activare

Capital uman: formarea profesională şi educația de tipul „A doua şansă"

În ciuda creşterii şomajului în rândul tinerilor, atât în Europa, cât şi în multe țări aflate în curs de dezvoltare, puține studii au utilizat un model experimental de evaluare a programelor de pregătire profesională. Aceste programe pregătesc, de obicei, tineri adulți inactivi într-o anumită meserie sau practică. Acestea tind să dureze de la câteva luni până la un an şi sunt adesea cuplate cu scurte perioade de stagiu. Două experimente desfăşurate în America Latină au avut rezultate diferite. Pe de-o parte, un studiu al programului de pregătire profesională **Juventud y Empleo** din Republica Dominicană (Card et al, 2009) a relevat faptul că programul generase creşteri moderate ale veniturilor participanților (10%), deşi acest rezultat global a mascat o mare eterogenitate a rezultatelor. Au beneficiat de programul respectiv numai tinerii de la oraş, cu un nivel inițial de educație mai ridicat. De asemenea, nu este clar dacă pregătirea subvenționată, furnizată în cadrul programului, a fost sau nu eficientă din punctul de vedere al costurilor. Pe de altă parte, un studiu al **Jovenes en Accion**, un program similar din Columbia (Attanasio et al, 2009), a identificat beneficii mai mari ale pregătirii profesionale furnizate de acest program - 12% per total şi 18% în cazul femeilor. În plus, s-a constatat că programul a fost cost eficient. Faptul că programul din Republica Dominicană a fost implementat numai în oraşe ar putea ajuta la reconcilierea rezultatelor celor două studii.

Aceste rezultate pozitive, deşi de nivel redus, sunt susținute de meta-analiza din studiul Card et al (2010). Autorii au descoperit că cele mai multe programe de pregătire desfăşurate în sala de clasă sau la locul de muncă au un impact pozitiv, dar nesemnificativ asupra veniturilor şi şanselor de angajare pe termen scurt, dar un impact semnificativ şi mai mare pe termen mediu. În orice caz, succesul acestor programe depinde mult de conținutul furnizat şi de măsura în care nevoile de calificare de pe piața locală a muncii sunt integrate în planul de curs. În plus, programele de succes furnizează cursanților informații legate de angajare înainte ca aceştia să termine cursul şi sunt cuplate cu programe care-i ajută pe absolvenți să îşi caute un loc de muncă la sfârşitul perioadei de pregătire.

Servicii de ocupare a forței de muncă şi programe de informare

Două exemple de servicii de consiliere de succes au fost evaluate de către cercetători - programul Restart, din Marea Britanie (Dolton şi O'Neil, 2002), şi Programul „Târgul de locuri de muncă", din Filipine (Beam, 2013).

Programul Restart a fost lansat în 1987, în Marea Britanie, cu scopul de a reduce dependența de ajutoarele sociale. Programul a oferit consiliere şi sprijin celor care se află în căutarea unui loc de muncă, aplicând totodată mai strict criteriile de eligibilitate pentru ajutorul de şomaj. Programul Restart a inclus un interviu cu durata de aproximativ 20 de minute, care servea drept etapă intermediară pentru accesul la alte servicii, precum cursuri, pregătire şi cluburi de locuri de muncă. În plus, deoarece interviul era obligatoriu, persoanele care nu se prezentau riscau să nu mai beneficieze de prestații. Autorii au comparat un grup experimental care a parcurs interviul cu un grup de control introdus în program şase luni mai târziu. Este important de menționat faptul că grupul „de control" a beneficiat de acelaşi tratament, dar i s-a acordat asistență socială încă şase luni. De aceea, efectul pe termen lung a reflectat impactul unei perioade suplimentare de inactivitate, de şase luni, asupra viitoarei angajări. Autorii au utilizat date administrative timp de cinci ani, începând cu primele înrolări în program. Interesant este faptul că programul a avut un efect puternic pe termen scurt, dar şi un efect semnificativ pe termen mediu. Impactul pe termen scurt al programului Restart l-a constituit un risc de şomaj cu 10% mai mic în cazul grupului experimental în comparație cu grupul de control. Când a fost introdus în program grupul de control, efectul s-a redus, dar a crescut din nou doi ani mai târziu, iar grupul experimental a continuat să prezinte un risc de şomaj cu 6% mai mic. Acest rezultat sugerează că, pe termen lung, costul inactivității şi al dependenței de asistență socială este ridicat.

Programul Restart a fost implementat în economia dezvoltată şi preponderent urbană a Marii Britanii. Prin contrast, experimentul descris de Beam (2013) a avut loc în mediul rural din Filipine. În experimentul său, autoarea a acordat cupoane valorice, în baza cărora posesorii puteau participa la un târg de locuri de muncă, unde personalul responsabil de recrutare le oferea informații despre locurile de muncă şi realiza scurte

CASETA 4 (continuare)

interviuri preliminare. Deşi informațiile furnizate au mărit gradul de cunoaştere a nevoilor şi a condițiilor de pe piața muncii în rândul participanților, aceasta nu a dus la creşterea eforturilor de căutare a unui loc de muncă sau a şanselor de angajare. Totuşi, cupoanele valorice oferite pentru participarea la târgul de locuri de muncă au avut un mare impact asupra eforturilor de căutare a unui loc de muncă, precum și a şanselor de angajare. Persoanele aflate în căutare de locuri de muncă şi-au reorientat atenția de la provincia lor către capitala Manila, unde numărul solicitărilor de locuri de muncă s-a dublat. Chiar şi mai izbitor, la 10 luni după programul de cupoane valorice, şansele de angajare formală ale celor din grupul experimental au crescut cu 4,7%, reprezentând o creştere de 38% față de momentul inițial. Prin urmare, studiul a arătat că informarea şi târgurile de locuri de muncă pot genera o schimbare semnificativă în comportamentul persoanelor din mediul rural aflate în căutarea unui loc de muncă, ce beneficiază inițial de oportunități reduse.

Rezultatele pozitive ale acestor studii experimentale privind programele de asistență pentru obținerea unui loc de muncă sunt susținute de studiile neexperimentale analizate în Card et al (2010) şi Almeida et al (2012), care au susținut că astfel de programe sunt, în general, cost eficiente şi generează beneficii pe termen scurt pentru persoanele aflate în căutarea unui loc de muncă.

Subvenții salariale

Programele de subvenții salariale şi angajare în sectorul public au avut, în general, mult mai puțin succes în ceea ce priveşte obținerea de rezultate pozitive pe piața muncii pentru beneficiari. Evaluarea realizată de Card şi Hyslop (2005) cu privire la Proiectul Canadian de Autosuficiență (SSP) oferă un exemplu ilustrativ în acest sens. Proiectul SSP a oferit beneficiarilor de asistență socială o subvenție consistentă timp de trei ani în schimbul începerii unei activități cu normă întreagă într-un interval de 12 luni. Un număr total de 5.600 de părinți singuri au fost împărțiți, în mod egal, în două grupuri: un grup experimental şi un grup de control. Din figura de mai jos reiese faptul că programul a produs o creştere semnificativă, pe termen scurt, a ieşirilor din sistemul de asistență socială. Totuşi, odată cu stoparea subvențiilor, decalajul dintre cele două grupuri în ceea ce priveşte ocuparea forței de muncă a revenit la zero. Beneficiarii de ajutor social cărora nu li s-au acordat stimulente au avut nevoie de mai mult timp pentru a obține un loc de muncă, fiind mai puțin stimulați să îşi găsească repede un loc de muncă. Rezultatele au mai arătat că locurile de muncă suplimentare obținute în cadrul grupului SSP erau plătite la o valoare apropiată de salariul minim şi că nu a existat nicio creştere salarială semnificativă în timp. Acest rezultat contrazice teoria acumulării de capital la locul de muncă, conform căreia, atunci când lucrătorii capătă experiență şi competențe, progresează pe piața muncii şi obțin salarii mai mari pe termen lung. Prin urmare, cheltuielile publice semnificative cu stimulentele pentru angajare din cadrul SSP au avut efect numai pe termen scurt, disipându-se în întregime până la sfârşitul programului.

Proiectul Canadian de Autosuficiență (SSP) este unul dintre numeroasele programe de subvenționare şi instruire care au avut numai efecte limitate. Card et al (2010) au concluzionat că subvențiile publice şi private acordate în vederea angajării au îmbunătățit rareori, în mod durabil şi consistent, rezultatele de pe piața muncii la nivelul eşantionului folosit în meta-analiza lor.

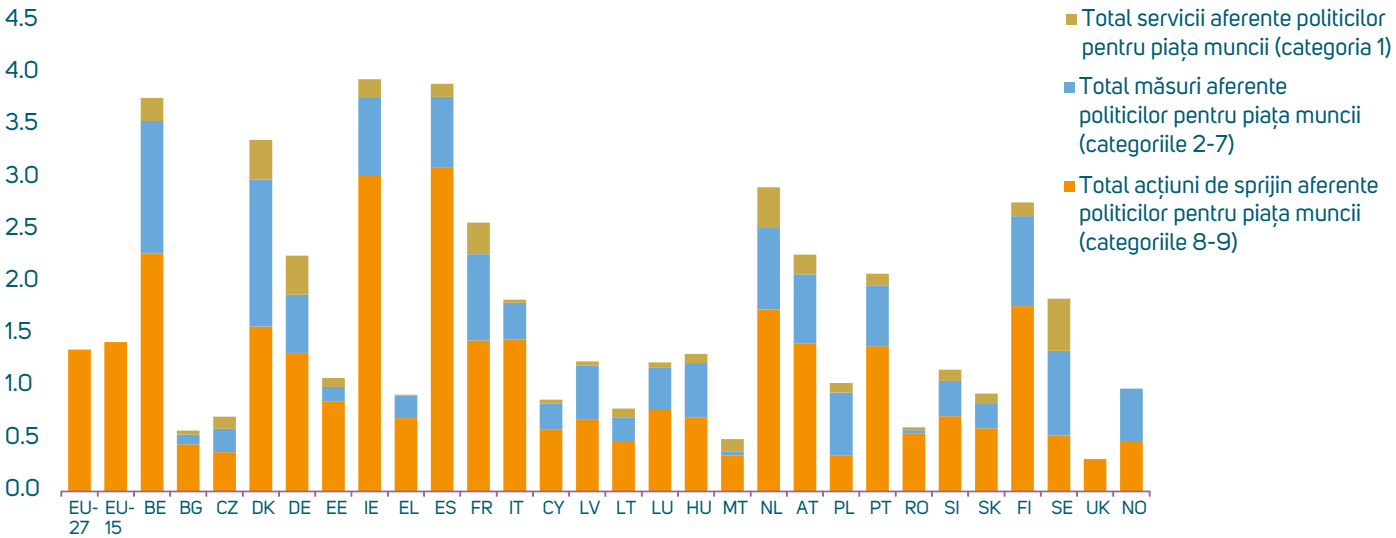
Almeida et al (2012) au concluzionat că certificarea calificărilor, organizarea de târguri de locuri de muncă şi orientarea profesională reprezintă politici necostisitoare cu rezultate potențiale foarte bune. Această opinie este sprijinită atât de Card et al (2010), cât şi de o serie de studii experimentale care au constatat că serviciile de ocupare a forței de muncă sunt preferabile angajării în sectorul public şi subvențiilor salariale, care au puține efecte pe termen foarte lung şi sunt mult mai costisitoare. Oferirea unor oportunități persoanelor inactive în vederea acumulării de capital uman reprezintă un instrument de politică util şi eficient economic care are rezultate scăzute pe termen scurt, dar produce adesea rezultate mult mai bune pe termen mediu. Programele de acumulare de capital fizic şi sprijin antreprenorial au de asemenea succes, în special cele care cuprind în mod integrat granturi, oportunități de microfinanțare şi componente ce vizează îmbunătățirea mijloacelor de trai. (Dieckmann, 2008; Helmut et al, 2013). Aceste programe ajută antreprenorul să inițieze activități şi să obțină o creştere sustenabilă a câştigurilor. Un alt program care poate atrage mari beneficii în România constă în furnizarea unor facilități de îngrijire a copilului pentru a permite mamelor să intre pe piața muncii.

Studiile au constatat că diferitele inițiative de activare aduc adesea profituri modeste, însă semnificative. Deoarece furnizarea acestor programe implică, de obicei, costuri mici, este suficientă obținerea unor rezultate pozitive reduse pentru ca ele să fie eficiente din punctul de vedere al costurilor. Această concluzie este importantă ținând cont că, în prezent, România dedică o parte foarte mică din PIB pentru politicile de activare. Figura 10 arată că nivelul cheltuielilor aferente politicilor de pe piața muncii în România este printre cele mai mici din UE. Mai mult, diferența dintre România şi celelalte țări membre ale UE se adânceşte în cazul serviciilor aferente pieței muncii (cu galben) şi al măsurilor privind piața muncii (albastru). Aceste categorii sunt definite ca sprijin pentru angajare, instruire şi stimulente şi, prin urmare, pot fi incluse în definiția politicilor de activare.

Prin urmare, creşterea cheltuielilor aferente politicilor de activare ar putea juca un rol important în oferirea unor oportunități de angajare persoanelor sărace şi categoriilor vulnerabile. Tabel 16 sugerează o serie de politici de activare pentru fiecare subgrup al populației NEETD din chintila inferioară, aşa cum au fost acestea identificate în secțiunile anterioare. Implementarea unor programe de formare profesională şi de ucenicie adresate acestor grupuri este crucială pentru creşterea capitalului lor uman. Totuşi, aceste grupuri se confruntă, adesea, cu bariere suplimentare care le împiedică accesul pe piața muncii, ce țin de statutul lor minoritar şi de numărul mare de copii per gospodărie. Coloana 1 din Tabel 16 include descrierea grupului, iar coloana 2 dimensiunea grupului în raport cu populația României. Coloana 3 prezintă şansele de angajare (fie ca lucrători pe cont propriu, fie ca salariați) ale persoanelor din fiecare dintre grupurile desemnate, folosind o specificație Probit. Aceasta oferă un indicator al distanței la care se află o persoană față de piața muncii şi şansele sale de angajare. Coloana 4 sugerează politici de activare pentru fiecare grup. Cele mai mari două grupuri – bărbați educați, fără ocupație, din mediul urban şi femei căsătorite, de vârstă mijlocie, din mediul rural – dețin adesea educație şi experiență profesională anterioară şi se află în apropierea pieței muncii. Acordarea de asistență pentru căutarea unui loc de muncă şi cursurile de formare pe termen scurt ar putea fi deosebit de eficiente în cazul lor. Totuşi, grupurile formate din tineri inactivi se află adesea la o distanță mult mai mare de piața muncii, ceea ce înseamnă că au nevoie de ajutor să îşi să îşi dezvolte capitalul uman şi să intre pe piața muncii.

Recomandarea noastră pentru perioada de programare 2015-2020 este includerea treptată a acestor tehnici în practica Agenției Naționale pentru Ocuparea Forței de Muncă. Mai întâi, trebuie oferite servicii de intermediere a locurilor de muncă şi măsuri active privind piața muncii pentru beneficiarii apți de muncă ai programului VMI. În paralel, trebuie introduse co-responsabilități pentru primirea ajutoarelor în cazul acestui grup țintă. În alt doilea rând, beneficiarii pot fi grupați în funcție de caracteristicile similare, aşa cum am prezentat în aceste secțiuni, iar ANOFM trebuie să dezvolte şi să ofere pachete adaptate de servicii acestor grupuri.

FIGURA 10: Cheltuielile cu politicile pentru piața muncii ca procent din PIB, 2010



Sursa: Eurostat (2012b: 14).

TABEL 16: Subgrupurile NEETD din chintila inferioară şi politicile de activare relevante

Grup	Şanse de angajare		Dimensiunea grupului	Tipul de politică de activare
Şomeri educaţi din mediul rural	76%	Ridicate	50,000	Asistență pentru căutarea unui loc de muncă
Femei căsătorite, de vârstă mijlocie, din mediul rural	68%	Ridicate	114,000	Servicii de îngrijire copii, recalificare şi muncă cu timp parțial
Tineri inactivi fără educație	67%	Ridicate	110,000	Capital uman
Număr de persoane cu șanse ridicate			274,000	
Bărbați educați, fără ocupație, din mediul urban	63%	Medii	151,000	Recalificare, consiliere pentru angajare
Femei tinere, cu familie, din mediul rural	60%	Medii	70,000	Servicii de îngrijire copii, muncă cu timp parțial
Număr de persoane cu șanse medii			221,000	
Tineri necăsătoriți de etnie romă	51%	Scăzute	63,000	Integrare, capital uman
Cupluri tinere din mediul urban	48%	Scăzute	32,000	Servicii pentru angajare, capital uman
Femei de etnie romă, cu familie, din mediul urban	33%	Scăzute	44,000	Integrarea, servicii de îngrijire copii
Număr de persoane cu șanse scăzute			139,000	

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind ABF 2012-2013.

2.1.2. Reducerea ocupării informale a forţei de muncă şi creşterea productivităţii exploatațiilor agricole mici şi mijlocii

În România, şomajul este relativ redus. La jumătatea anului 2014, rata şomajului era de 7,3%, înregistrând o uşoară creştere după criza economică din 2008-2009, când a fost de 5,8% în 2008 şi de 6,9% în 2009.

În schimb, ocuparea informală a forței de muncă este întâlnită la scară largă şi se concentrează în mediul rural. Aproximativ 70% dintre persoanele ocupate sunt lucrători pe cont propriu (Figura 9), marea majoritate în agricultura de subzistență sau în cea la scară mică. Agricultorii care desfăşoară activități pe cont propriu sunt expuşi unui risc de sărăcie mai mare decât şomerii, din cauza productivității reduse, a densității mici a întreprinderilor, a absenței pieţelor locale şi a susținerii limitate a veniturilor. Riscul crescut al acestora are legătură şi cu faptul că mulți dintre ei nu contribuie la sistemul de asigurări de sănătate sau la sistemul de pensii.

Pentru a reduce dezechilibrul dintre zonele urbane şi cele rurale, este esențială creşterea productivității în agricultură, creşterea densității întreprinderilor în zonele rurale, precum şi creşterea disponibilității serviciilor şi infrastructurii rurale. Guvernul s-a angajat prin diferite strategii (de la dezvoltarea rurală la competitivitate) să implementeze o serie de politici care ar îmbunătăți situația agricultorilor din mediul rural, inclusiv prin valoarea adăugată a unei mai bune prelucrări a produselor alimentare şi o producție agricolă mai performantă (incluzând silvicultura, piscicultura şi biomasa), sporirea cunoştințelor şi calificărilor agricultorilor prin colegii tehnice şi servicii asociate sectorului agricol şi consolidarea suplimentară a întreprinderilor agricole. Toate aceste inițiative vor avea un impact imediat la nivelul incluziunii sociale prin oferirea unor oportunități de angajare în mediul rural. Secțiunea 3.1 analizează măsurile necesare pentru reducerea dezechilibrelor dintre zonele rurale şi cele urbane, precum şi politicile de dezvoltare rurală necesare pentru reducerea sărăciei şi a excluziunii sociale.

În linie cu Strategia Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă 2014-2020, pentru reducerea ocupării informale a forței de muncă sunt recomandate două măsuri principale: (i) reducerea presiunii fiscale şi administrative exercitate asupra ocupării formale a forței de muncă (de exemplu, diminuarea sarcinii fiscale şi a birocrației implicate în angajarea cu forme legale) şi (ii) oferirea de stimulente fiscale care să atragă şomerii şi persoanele din alte categorii vulnerabile (în cazul cărora probabilitatea de a fi nevoiți să lucreze în sectorul informal este mai mare) pe piața formală a muncii. Introducerea programului VMI, al cărui prag nu va lua în calcul 25% din valoarea estimată a produselor agricole

sau 50% dintre câştigurile din muncă ale potenţialilor beneficiari, va permite micilor agricultori săraci să beneficieze de asistenţă socială şi să câştige în acelaşi timp un salariu din agricultură sau pe piaţa formală a muncii, ceea ce va conduce la creşterea veniturilor lor (vezi Secţiunea 2.2.).

Pentru a reduce dezechilibrul rural-urban în termeni de oportunităţi de angajare, în perioada 2014 - 2020, guvernul ar trebui să urmărească: (i) îmbunătăţirea procesului de formare a proprietarilor de exploataţii agricole mici şi mijlocii, prin reînfiinţarea, în variantă modernă, a serviciilor de sprijinire a agriculturii (inclusiv cele de consultanţă agricolă şi medicină veterinară) şi a centrelor de instruire pentru fermieri şi prin profesionalizarea operaţiunilor agricole, (ii) furnizarea unor facilităţi de investiţii (cum ar fi accesul la credite) pentru activităţile cu valoare adăugată din industria alimentară sau alte activităţi economice agricole, (iii) continuarea promovării consolidării exploataţiilor agricole de subzistenţă cu scopul de a creşte productivitatea şi sustenabilitatea acestora şi (iv) introducerea unui program naţional pentru tinerii specialişti în agricultură.

2.1.3. Reducerea ratei ridicate a sărăciei în rândul populaţiei ocupate

În pofida ratei relativ reduse a şomajului, România prezintă o rată foarte mare a sărăciei în rândul populaţiei ocupate, 18% dintre angajaţi trăind sub pragul sărăciei relative din 2010. Acest procent reprezintă dublul ratei UE-27 (9%). Sărăcia populaţiei ocupate afectează unul din doi adulţi în România (Tabel 6). Aceasta este o consecinţă directă a productivităţii scăzute, a nivelului redus al încadrării în muncă cu forme legale şi a cererii totale scăzute de forţă de muncă din economie. Acest tip de sărăcie este concentrat în mediul rural, în special în sectorul agricol. Astfel, în România, nu este suficient să ai un loc de muncă pentru a evita sau a ieşi din sărăcie.

În vederea combaterii parţiale a acestei probleme, guvernul a crescut gradual salariul minim. Salariul minim brut a crescut de la 800 RON la 1 iulie 2013 la 850 RON la 1 ianuarie 2014, apoi la 900 RON la 1 iulie 2014 şi 975 RON la 1 ianuarie 2015. Pe măsură ce a crescut salariul minim, s-a mărit şi numărul angajaţilor plătiţi la acest nivel: de la un procent estimat la 12% în iulie 2013 la 27% în ianuarie 2015. Creşterea propusă a salariului minim la 1.050 RON în luna iulie 2015 va creşte şi mai mult procentul angajaţilor care câştigă salariul minim, respectiv o treime din total. La acest nivel, o nouă creştere a salariului minim ar putea reduce ocuparea forţei de muncă în sectorul privat în cazul funcţiilor cu o productivitate marginală a muncii sub nivelul salariului minim (majorat). Impactul acestei măsuri în reducerea sărăciei ar putea fi diminuat de scăderea ocupării forţei de muncă în rândul lucrătorilor cu productivitate scăzută şi salarii mici.

Pentru a restrânge amploarea acestei probleme, guvernul ar trebui să urmărească: (i) o reformă a ajutoarelor bazate pe testarea mijloacelor pentru a creşte stimulentele dedicate angajării formale şi extinderea acoperirii acestor ajutoare către gospodăriile cu o intensitate scăzută a muncii prin intermediul programului VMI; (ii) realizarea de investiţii în educaţia şi competenţele lucrătorilor cu venituri mici, fie prin formare la locul de muncă, fie prin învăţare pe tot parcursul vieţii; şi (iii) crearea unor reglementări privind piaţa muncii şi a unui dialog social cu scopul de a sprijini capacitatea lucrătorilor de a negocia salarii proporţionale cu productivitatea lor şi de a diminua lipsa de control a numeroşi lucrători asupra propriilor câştiguri.

O măsură cheie pentru reducerea sărăciei în rândul populaţiei ocupate constă în prevederea de a excepta 50% din câştiguri de la calculul veniturilor disponibile în în cadrul formulei VMI (descrisă în următorul capitol). Această măsură va permite beneficiarilor de VMI să primească un beneficiu pro-muncă concomitent cu câştigarea unui salariu mic. În acest fel, programul VMI este aşteptat să acopere şi săracii care muncesc, crescând venitul total al acestora. Aceasta este o îmbunătăţire semnificativă adusă sistemul actual de programe bazate pe testarea mijloacelor de trai care, în cazul VMG, taxează implicit orice câştiguri suplimentare şi de aceea nu acoperă persoanele ocupate chiar dacă sunt în sărăcie. Cu timpul, beneficiarii VMI s-ar putea califica pentru a beneficia de măsurile active de pe piaţa muncii, cu atât mai mult cu cât VMI este proiectat astfel încât să contribuie şi la creşterea competenţelor şi salariilor săracilor care muncesc. Programul VMI este descris în Secţiunea 2.2.1.

2.1.4. Dezvoltarea capacităţii instituţionale şi a resurselor serviciului public de ocupare

Agenţia Naţională pentru Ocuparea Forţei de Muncă (ANOFM) şi instituţiile de formare profesională (cum ar fi centrele de formare profesională) nu deţin suficient personal

pentru a putea deservi toate persoanele aflate în căutarea unui loc de muncă, toți șomerii, persoanele care nu au găsit un loc de muncă după terminarea şcolii, persoanele care au un loc de muncă pe care doresc să-l schimbe, refugiații sau persoanele care sunt protejate în baza unor acorduri internaționale şi care îşi caută un loc de muncă, precum şi persoanele care nu îşi pot găsi un loc de muncă în urma repatrierii sau a eliberării din închisoare. Nivelul cheltuielilor aferente măsurilor active pe piața muncii din România este printre cele mai scăzute din UE (0,029% din PIB în 2011). Mai mult, există o legătură instituțională limitată între serviciile aferente pieței muncii, instituțiile de promovare a dezvoltării economice şi instituțiile de învățământ.

Primele două secțiuni ale acestui capitol au arătat că aproximativ jumătate din numărul total de adulți apți de muncă, în vârstă de muncă, se află în cea mai săracă chintilă. În prezent, puțini dintre aceştia sunt cuprinşi în programul VMG, primesc ajutoare cu condiția de a-şi căuta un loc de muncă şi/sau au acces la politicile active privind piața muncii. Odată cu debutul său în 2016, programul VMI va extinde ajutoarele însoțite de condiția căutării unui loc de muncă şi de acces la politici active pe piața muncii pentru aproape toți adulții săraci în vârstă de muncă. Acest lucru ar putea avea ca rezultat o creştere de 7% până la 17% a ratei de ocupare a forței de muncă în rândul populației sărace, până în 2020. Pentru a asigura realizarea acestui obiectiv, resursele ANOFM – atât umane, cât şi operaționale trebui să crească, precum şi alocările bugetare pentru politicile de activare a forței de muncă.

Capacitatea administrativă a ANOFM ar putea fi consolidată dacă aceasta ar crea parteneriate la nivel local în scopul implementării măsurilor active, în special în comunitățile urbane marginalizate, şi dacă ar externaliza unele dintre serviciile sale către ONG-uri. Aceste măsuri, precum şi altele, sunt incluse în Strategia ANOFM şi în Programul Operațional Capital Uman 2014-2020 (POCU) al Guvernului. Date fiind resursele limitate alocate ANOFM de la bugetul de stat, toate aceste intervenții vor trebui susținute de Fondul Social European (FSE) prin POCU 2014-2020, axa prioritară 3.

Nevoile şomerilor de lungă durată şi ale viitorilor beneficiari ai programului VMI ar putea fi acoperite mai bine prin dezvoltarea unor birouri locale specializate pentru ocuparea forței de muncă (ALOFM) în zonele urbane marginalizate. Aceste ALOFM ar fi concepute în aşa fel încât să se concentreze pe client, prin servicii dezvoltate pentru persoanele marginalizate aflate în căutarea unui loc de muncă ce îşi doresc să muncească însă nu mai au nicio speranță că vor obține un loc de muncă real în economia formală. Prin urmare, deşi beneficiarii VMI ar trebui să se prezinte la cel mai apropiat birou local (ALOFM) pentru a obține beneficiul, s-ar putea ca ei să considere această prevedere mai degrabă o oportunitate decât o condiționalitate negativă.

Crearea unor agenții locale pentru ocuparea forței de muncă în interiorul sau în apropierea comunităților dezavantajate ar necesita eforturi manageriale majore din partea ANOFM. Aceste eforturi (inclusiv de creştere a capacității manageriale şi a personalului operațional) ar trebui făcute atât la nivel județean, cât şi central. ANOFM ar trebui să formuleze linii directoare operaționale privind modul în care clienții trebuie tratați în cadrul procesului de îndrumare şi consiliere. ANOFM ar trebui să creeze sau să-şi dezvolte abilitățile de contractare şi capacitatea de a construi parteneriate la nivel local. Nu ar fi numai o chestiune de subcontractare către un ONG local (deşi ONG-urile ar constitui o componentă importantă a modelului). Pentru realizarea acestui lucru, ar fi necesare o structură şi o viziune la nivel național dacă guvernul decide pilotarea implementării unor agenții locale de acest tip.

În mediul rural, în special în comunitățile marginalizate cu un procent ridicat al adulților care nu lucrează, va trebui ca serviciile publice de asistență socială (SPAS) să ofere persoanelor aflate în căutarea unui loc de muncă informații legate de intermedierea locurilor de muncă şi să le îndrume spre măsurile active privind piața muncii. Deoarece acest lucru va conduce la un volum de muncă mai mare, SPAS vor necesita o creştere a personalului, care va trebui să beneficieze de instruire privind modul de accesare a serviciilor electronice (de exemplu, pentru realizarea intermedierii locurilor de muncă) oferite de ANOFM.

O alternativă, care implică costuri reduse, la crearea unor servicii locale pentru ocuparea forței de muncă ar fi sprijinirea incluziunii sociale prin dezvoltarea TIC. Sistemele TIC moderne, orientate către client, şi sistemele „servicii publice de ocupare virtuale" pot permite personalului serviciilor de ocupare să acorde mai mult timp clienților lor mai solicitanți care au nevoie de mai mult ajutor. Sistemele TIC ale ANOFM dețin toate elementele necesare, însă trebuie armonizate şi coordonate. De exemplu, ar fi utilă dezvoltarea la scară națională a inițiativelor actuale bazate pe proiecte, cum ar fi call center-ul şi ghişeele electronice care au fost introduse în Cluj (Caseta 5) şi în câteva alte județe. Potrivit analizelor internaționale, multe persoane preferă să utilizeze instrumentele electronice de tip autoservire pentru a avea acces la informații de calitate şi ghiduri pentru realizarea auto-evaluărilor şi identificarea posturilor vacante în loc să se deplaseze la oficiul serviciului public de ocupare. Cel puțin o astfel de opțiune de tip autoservire este disponibilă majorității clienților deoarece aceştia dețin un telefon mobil sau pot accesa Internetul în biblioteci, cafenele, acasă sau la şcoală. Creşterea accelerată a utilizării telefoanelor mobile în România oferă noi posibilități de incluziune socială având în vedere că, în prezent, majoritatea şomerilor au acces la telefoane mobile în ciuda veniturilor mici.

CASETA 5

Proiectele pilot asistate de TIC ale Agenţiei Judeţene pentru Ocuparea Forţei de Muncă Cluj

Criza financiară şi economică din anul 2008 a condus la o creştere bruscă a ratei şomajului în România, rezultând o cerere mai mare de ajutoare de şomaj şi servicii de ocupare a forței de muncă. A fost necesară dezvoltarea unor soluții TIC pentru a permite Agenției Naționale pentru Ocuparea Forței de Muncă (ANOFM) să facă față crizei. În plus, sistemul administrativ al Agenției - care s-a bazat în mare parte pe contact față în față şi pe procese scriptice - era ineficient şi susceptibil de manipulare şi abuz.

A fost dezvoltat un nou sistem strategic TIC, care integrează măsurile pasive (cum ar fi plata ajutoarelor şi afişarea listelor cu locuri de muncă) cu măsurile active (cum ar fi identificarea locurilor de muncă, consiliere pentru angajare şi formare), cu sprijin în valoare de 4 milioane EUR de la UE. Acest nou sistem utilizează extensiv tehnologii precum ghişeele automate şi un call center desemnat care ajută clienții în sensul identificării locurilor de muncă, al interviurilor şi formării. În plus, au fost înăsprite condițiile de primire a ajutoarelor financiare, care includ în prezent prevederea ca primăria locală să verifice dacă beneficiarii au respectat condiția de a lucra în cadrul schemelor locale de ocupare a forței de muncă. În principal, majoritatea contactelor față în față cu clienții au încetat în favoarea unei relații automate.

Baza de date cu locurile de muncă

În centrul noului sistem TIC, se află o bază de date online cu locurile de muncă disponibile, anunțate de către angajatori în teritoriul deservit de filiala județeană a ANOFM din Cluj şi alte 10 județe (sso.ajofmcj.ro). Este obligatoriu ca angajatorii să posteze toate locurile de muncă vacante pe pagina de Internet a agenției județene pentru ocuparea forței de muncă, în termen de 24 de ore, deşi sunt liberi să apeleze şi la firmele de recrutare din sectorul privat. Angajatorii se înregistrează la ANOFM şi obțin un nume de utilizator şi o parolă, iar apoi postează detaliile posturilor vacante. Sistemul include aplicații pentru utilizatori (atât angajatori, cât şi persoane care caută un loc de muncă), care pot fi descărcate şi facilitează căutarea unui loc de muncă. Angajatorii fără facilități IT se pot prezenta la oficiul ANOFM şi pot publica locurile de muncă vacante prin intermediul ghişeelor automate. Toate persoanele aflate în căutarea unui loc de muncă (inclusiv cele care nu primesc ajutor de şomaj) pot folosi pagina de Internet a agenției pentru a găsi un loc de muncă.

Ghişeele

Agenția pentru Ocuparea Forței de Muncă Cluj a integrat sistemul de ghişee electronice în şase oficii din întreg județul. Persoanele aflate în căutarea unui loc de muncă pot utiliza ghişeele sau pagina de Internet pentru a consulta lista cu locurile de muncă vacante. Persoanele care primesc ajutor de şomaj trebuie să se conecteze la un astfel de ghişeu la o anumită dată în fiecare lună. Procedura de autentificare implică utilizarea amprentei şi a unui CD care efectuează o verificare încrucişată a identității persoanei. Mini CD-ul conține amprenta, iar un cititor ataşat la ghişeu citeşte amprenta şi o verifică cu cea existentă pe mini CD. Amprenta şi mini CD-ul sunt înregistrate şi setate când persoana aflată în căutarea unui loc de muncă se înregistrează pentru prima dată ca şomer.

Proiectul pilot privind ghişeele electronice din județul Cluj

Call center

După ce persoanele care îşi caută un loc de muncă se autentifică la ghişeele electronice, acestea primesc automat o listă imprimată de date conținând detaliile

CASETA 5 (continuare)

locurilor de muncă vacante şi ale angajatorilor pentru care îndeplinesc condiţiile. Call center-ul agenţiei pentru ocuparea forţei de muncă continuă acest demers stabilind interviurile. Call center-ul urmăreşte, de asemenea, cazurile în care sistemul identifică orice formare profesională care ar putea fi potrivită pentru persoana respectivă aflată în căutarea unui loc de muncă. Baza de date a call center-ului înregistrează şi urmăreşte toate activităţile de consiliere profesională efectuate în legătură cu persoana înregistrată aflată în căutarea unui loc de muncă. Operatorii call center-ului deţin calificările necesare pentru a furniza consiliere profesională. Este interesant faptul că acest call center nu acceptă apeluri de la persoanele aflate în căutarea unui loc de muncă sau de la angajatori. Acesta acţionează ca un mediator şi foloseşte bazele de date cu locurile de muncă vacante şi registrul şomerilor pentru a face legătura între persoanele aflate în căutarea unui loc de muncă şi angajatori şi viceversa. Sistemul call center-ului trimite automat un SMS (inclusiv în formatul text to speech) persoanei aflate în căutarea unui loc de muncă, după fiecare apel telefonic.

Extinderea sistemului

Sistemul actual nu este conceput în aşa fel încât să cuprindă locurile de muncă sezoniere sau lucrătorii pe cont propriu. În plus, din cauza unor ambiguităţi legislative, unele locuri de muncă vacante dedicate anumitor categorii profesionale, de exemplu, profesorilor, nu trebuie raportate în baza de date. Există planuri de extindere a serviciului de ghişee electronice în toate primăriile din judeţ, probabil în contextul noului proiect privind Centrul Electronic de Mediere a Muncii – 2014-2020, ce va fi finanţat de UE.

Dezvoltare durabilă

Sistemul actual de management al informaţiilor (SMI) folosit de Agenţia pentru Ocuparea Forţei de Muncă Cluj este destul de complex şi impresionant. Acesta include o combinaţie de intervenţii relativ sofisticate automatizate şi intervenţii manuale ale personalului calificat. Funcţia de identificare a locurilor de muncă se concentrează pe client şi pare să funcţioneze eficient. Funcţia de call center foloseşte un software specializat şi este susţinută de personal calificat care operează sistemul. În timp ce oficiul judeţean Cluj al ANOFM are 50 de angajaţi în total, majoritatea personalului implicat în administrarea tehnologiei ghişeelor electronice şi a call center-ului aparţine contractanţilor din sectorul privat, iar costurile aferente sunt finanţate de proiectul UE.

Sursa: Notele vizitei realizate de echipa Băncii Mondiale la Agenţia Judeţeană pentru Ocuparea Forţei de Muncă Cluj.

Folosirea TIC pentru a oferi servicii de căutare a unui loc de muncă conduce la extinderea oportunităţilor de angajare disponibile persoanelor aflate în căutarea unui loc de muncă şi creşte eficienţa serviciilor de ocupare a forţei de muncă. În Europa, oficiile publice pentru ocuparea forţei de muncă prezintă, în general, numai o mică parte din posturile vacante la nivel naţional într-o anumită zi (cu anumite excepţii, cum ar fi Suedia şi Germania). În prezent, este posibil din punct de vedere tehnic să te conectezi şi să accesezi paginile de Internet ale agenţiilor private de recrutare (în timp real) atât din ţară, cât şi din străinătate. Pe de altă parte, acest lucru poate conduce la creşterea radicală a numărului de locuri de muncă vacante disponibile în sistemul ANOFM prin extinderea parteneriatelor agenţiei publice cu agenţiile private şi cu ziarele. În prezent, dacă o persoană doreşte să se înregistreze la ANOFM pentru a beneficia de ajutoare, trebuie să se prezinte la un oficiu ANOFM unde completează un formular de înregistrare, care reprezintă un curriculum vitae ce include în plus câteva întrebări referitoare la interviul de îndrumare ANOFM. Dacă toate persoanele aflate în căutarea unui loc de muncă ar putea să se înregistreze direct online, atunci s-ar face economii atât financiare, cât şi în privinţa timpului personalului. Mediatorii pentru ocuparea forţei de muncă din call center pot oferi, de asemenea, recomandări directe clienţilor prin Internet folosind sistemul voice-over IP. Apoi, în momentul în care clienţii se prezintă la oficiul ANOFM pentru întrevederea cu un funcţionar, înscrierea lor electronică s-ar afla deja în sistem, ceea ce ar face interviul mai eficient atât în privinţa resurselor, cât şi a timpului. Această abordare este folosită în Suedia şi Belgia şi a fost implementată în call center-ul din Cluj. Abordarea ar putea fi dezvoltată pe viitor pentru a permite persoanelor aflate în căutarea unui loc de muncă să completeze online un instrument de „stabilire a profilului", după cum se prezintă în Anexa 3. Ocuparea forţei de muncă, Secţiunea II. Stabilirea profilului persoanelor aflate în căutarea unui loc de muncă.

ANOFM nu a efectuat evaluări sistematice ale rezultatelor şi impactului politicilor active privind piaţa muncii, însă există foarte multe date în sistemul TIC al ANOFM, precum şi date care pot fi accesate prin legăturile sale cu alte baze

de date naționale. Este esențială efectuarea unor asemenea evaluări pentru a maximiza eficiența investițiilor în politicile active privind piața muncii şi pentru a asigura faptul că acestea cresc gradul de incluziune socială. În prezent, este posibilă calcularea ratei de plasare a forței de muncă realizată prin politicile active privind piața muncii folosind sistemele TIC existente. Dacă s-ar adăuga şi baza de date cu impozitele pe salarii, ar putea fi efectuată o analiză cost-beneficiu longitudinală. Din moment ce sunt disponibile atât de multe date de calitate, se recomandă guvernului să analizeze posibilitatea introducerii modului de calcul al plasării forței de muncă prezentat în Anexa 3. Ocuparea forței de muncă, Secțiunea III. Evaluarea rezultatelor programelor de activare pe piața muncii. Abordarea mai des folosită în multe țări europene constă în evaluarea eficienței politicilor active privind piața muncii prin desfăşurarea unor studii de monitorizare, realizate pe un eşantion reprezentativ al persoanelor a căror participare s-a încheiat cu câteva luni în urmă. Aceste studii strâng, de asemenea, date pentru o gamă largă de indicatori, cum ar fi percepția participanților cu privire la calitatea politicilor active pentru piața muncii, măsura în care şi-au folosit abilitățile dobândite prin participarea la măsurile active privind piața muncii la locurile de muncă ulterioare şi percepția măsurii în care politicile active privind piața muncii i-au ajutat să-şi găsească un loc de muncă. ANOFM ar putea adopta treptat această abordare analitică bazată pe anchete.

În concluzie, factorii de decizie trebuie să facă din activarea persoanelor inactive sau şomere o prioritate de prim rang în procesul de proiectare şi furnizare a serviciilor adresate persoanelor excluse din punct de vedere social. Dat fiind nivelul scăzut al resurselor ANOFM, este dificil să se implementeze programe efective de activare. În ciuda cererii scăzute de forță de muncă pe piața muncii din România la momentul actual, factorii de decizie trebuie să-şi propună ocuparea persoanelor inactive, a şomerilor, a persoanelor active sărace şi a şomerilor înregistrați aflați în căutarea unui loc de muncă. Acest lucru este important mai ales datorită riscului mare de sărăcie la care sunt expuse multe persoane inactive şi care nu mai au un loc de muncă, cum ar fi femeile din mediul rural care nu sunt angajate, şomerii de lungă durată, precum şi beneficiarii Programului Venitul Minim Garantat.[33]

Este necesar să crească alocarea resurselor şi să se eficientizeze modul de administrare a instituțiilor de pe piața muncii şi a programelor de activare adresate categoriilor vulnerabile din punct de vedere social şi persoanelor ocupate sărace. Îmbunătățirea funcționării Serviciului Public de Ocupare şi a instituțiilor aferente, cum ar fi instituțiile de învățământ liceal, instituțiile de învățământ profesional și tehnic, colegiile tehnice, precum şi serviciile de asistență socială, va necesita creşterea finanțării de la bugetul de stat, mai buna întrebuințare a resurselor din Fondurile structurale şi de investiții europene (prin mărirea ratei de absorbție concomitent cu folosirea mai strategică a acestora), lărgirea canalelor de acces şi serviciilor ANOFM (inclusiv prin intermediul TIC) şi dezvoltarea de dispozitive şi tehnologii de asistare, în special pentru persoanele cu dizabilități. Va fi, de asemenea, necesară dezvoltarea capacității administrative, manageriale şi informaționale a ANOFM în vederea elaborării, implementării şi monitorizării unor programe de integrare pe piața muncii destinate solicitaților de locuri de muncă şi grupurilor vulnerabile. Aceasta ar putea include înființarea unei echipe/ unități de implementare care să vină în sprijinul conducerii ANOFM, precum şi a unei unități de segmentare şi analiză a clienților.

2.1.5. Creşterea ratei de ocupare a grupurilor vulnerabile

Numeroase categorii marginalizate din România, în special romii, persoanele cu dizabilități, tinerii NEETD şi şomerii de lungă durată, înregistrează rate de ocupare mult mai reduse decât restul populației. Aceasta este şi situația femeilor, decalajul de ocupare a forței de muncă dintre sexe fiind cu 3,7% mai mare în România decât în UE-28.

Romii

Romii reprezintă o populație tânără, tot mai multe persoane nou intrate pe piața muncii provenind din familii rome. Copiii şi tinerii cu vârste între 0 şi 14 ani - următoarea generație ce va intra pe piața muncii - reprezintă aproape 40% din populația romă comparativ cu 15% la nivelul populației totale. În acelaşi timp, aproximativ 17% din populația totală a României are vârsta de 65 de ani şi peste, estimându-se că această proporție va creşte rapid în viitorul apropiat. Prin urmare, ponderea ridicată a tinerilor în populația romă se află în contrast evident cu profilul populației generale a României, ce prezintă o rată de îmbătrânire rapidă. În funcție

[33] Banca Mondială (2014: 5).

de diferitele estimări ale dimensiunii populației rome, între 6% şi 20% dintre persoanele nou intrate pe piața muncii din România sunt în prezent romi. Deoarece se preconizează că populația totală în vârstă de muncă a României va scădea cu 30% până în 2050, este de aşteptat ca procentul romilor să crească.

Bărbații şi femeile de etnie romă nu au, în general, acces la oportunitățile de pe piața muncii din România. Romii sunt angajați mult mai rar decât persoanele non-rome, chiar şi comparativ cu vecinii lor de altă etnie de pe aceleaşi piețe regionale ale muncii.[34] Acest lucru reflectă ataşamentul lor scăzut față de piața muncii, datorat la rândul lui descurajării cauzate de posibilitățile limitate de angajare. Ratele de ocupare a romilor în vârsta de muncă (57% în rândul bărbaților şi 34% în rândul femeilor) sunt mai mici decât cele ale vecinilor non-romi (67% în rândul bărbaților şi 42% în rândul femeilor). Romii din România înregistrează şi o rată mai mare a şomajului, ceea ce înseamnă că mulți dintre ei caută de lucru fără a găsi însă un loc de muncă. Mai mult, majoritatea romilor care sunt angajați au locuri de muncă instabile şi în sectorul informal. Datele din ancheta gospodăriilor indică faptul că numai aproximativ 35% dintre romii activi sunt angajați formal (în baza unui contract scris sau a unor documente comerciale juridice) şi beneficiază de asigurări de sănătate şi sociale, spre deosebire de 81% dintre vecinii de altă etnie. Multe dintre locurile de muncă deținute de romi presupun un nivel scăzut de calificare - probabil ca urmare a lipsei de calificări - şi sunt prost plătite. De exemplu, mulți romi care lucrează au locuri de muncă slab remunerate în agricultură.

O gospodărie romă tipică obține lunar venituri din muncă în valoare de numai 101 euro, în comparație cu 218 euro în cazul gospodăriilor vecine de altă etnie. De obicei, în gospodăriile rome procentul veniturilor din muncă este mai mic decât în gospodăriile vecine de altă etnie. Sursele alternative de venit sunt şi ele foarte limitate. De exemplu, romii dețin mai puține bunuri care ar putea fi folosite pentru a trăi din agricultură. Cei mai mulți romi au loturi de teren arabil mai mici de jumătate de hectar. În plus, romii reclamă faptul că, din cauza procedurii discriminatorii de retrocedare, au primit teren necultivabil, de o calitate inferioară, situat în zone nefavorabile. Meşteşugurile tradiționale au fost puternic descurajate de fostul regim socialist şi, prin urmare, aproape au dispărut. Mulți romi apelează la alte activități, cum ar fi colectarea de sticle goale, hârtie sau fier vechi pe care le predau centrelor de colectare în schimbul unei sume de bani sau vând haine uzate, acestea constituind mijloace de subzistență cronofage, prost plătite şi extrem de vulnerabile.

Romii se căsătoresc tineri, fac copii de tineri, iar tinerele rome se confruntă adesea cu sarcini timpurii. Circa 28% dintre romii cu vârste cuprinse între 15 şi 19 ani sunt căsătoriți, spre deosebire de doar 2% din populația totală a României. Conform Studiului regional privind romii (SRR) din 2011, vârsta medie la care se doreşte primul copil este de 21 de ani în cazul femeilor rome, în comparație cu 26 de ani în rândul femeilor non-rome. Parțial datorită căsătoriei şi sarcinii timpurii, romii au o rată mai mare de dependență a populației decât la nivelul populației generale, ceea ce înseamnă că un număr mai mare de persoane care nu sunt pe piața muncii depind de membrii comunității sau ai familiei care desfăşoară o activitate aducătoare de venit. Acest lucru, în combinație cu rata scăzută a ocupării forței de muncă, exacerbează nivelul sărăciei.

Şomerii romi beneficiază de aceleaşi politici privind piața muncii ca orice altă categorie a populației. ANOFM nu dispune de o alocare bugetară separată pentru programele destinate romilor, asigurând astfel un acces nediscriminatoriu. Deşi această abordare nediscriminatorie se bazează pe principii corecte, are ca rezultat lipsa unui buget şi a capacității la nivel local de a trata aspecte care sunt specifice solicitanților de locuri de muncă săraci şi necalificați, incluzând mulți romi. Totuşi, este important de observat faptul că 72.222 de romi au beneficiat de mediere în 2013, conform evidențelor ANOFM, însă numai 4.655 au fost plasați în mod activ pe piața muncii. Deoarece mulți romi nu-şi declară originea etnică, este foarte probabil ca ANOFM să fi făcut mai multe plasări ale romilor, neînregistrate ca atare.

ANOFM oferă romilor, dar şi altor grupuri, unele politici active privind piața muncii. Acestea includ zilele porților deschise, târguri de locuri de muncă, caravana ocupării şi „Programul 140" pentru comunitățile cu populație romă numeroasă, care se concentrează pe diseminarea informațiilor, mediere şi consiliere, precum şi pe promovarea dialogului între ANOFM şi reprezentanții locali ai romilor. Deoarece aceste programe nu au un buget propriu, sunt implementate în mod inegal la nivel local. Fiecare agenție județeană pentru ocuparea forței de muncă poate decide să implementeze sau nu unul sau mai multe dintre aceste programe, în funcție de condițiile locale şi de necesități. În parteneriat cu organizațiile societății civile, agențiile

[34] de Laat et al (2012), pe baza studiului regional privind romii realizat de PNUD/ Banca Mondială/ CE (2011).

județene pentru ocuparea forței de muncă au oferit sprijin şi au desfăşurat programe cu scopul de a răspunde în special nevoilor femeilor rome aflate în căutarea unui loc de muncă.

Participarea romilor la formarea profesională a fost scăzută în comparație cu cea a altor grupuri etnice, reprezentând aproximativ 3% dintre şomerii înregistrați. În plus, numai 5% dintre romi reuşesc să găsească un loc de muncă (comparativ cu 33% în cadrul celorlalte grupuri etnice). Potrivit evidențelor, principalele cauze ale participării scăzute a romilor la formarea profesională sunt: (i) romii consideră problematică înscrierea la programe de formare profesională, în principal deoarece condiția este să fi absolvit 8 clase (totuşi, în centrele de formare profesională sunt disponibile unele cursuri pentru persoane cu un nivel scăzut al educației, cum ar fi cursurile de brutar, lucrător în industria textilă şi cofetar, spre exemplu în județul Călărași), (ii) nu este disponibil niciun sprijin financiar pentru aceste cursuri, (iii) există o neconcordanță între competențele dobândite la cursurile de formare profesională şi locurile de muncă disponibile pentru romi, (iv) mulți romi nu îşi permit costurile de transport legate de obținerea documentelor necesare înscrierii şi (v) nu s-a implementat un marketing suficient cu privire la potențialele beneficii ale formării profesionale şi ale unei certificări vandabile.

Dat fiind că discriminarea constituie un obstacol în calea perspectivelor de angajare a majorității romilor, ANOFM joacă un rol important de legătură între potențialii angajatori şi persoanele de etnie romă aflate în căutarea unui loc de muncă. Printre alți actori care pot stabili astfel de legături se numără autoritățile locale, bisericile, organizațiile din cadrul comunităților, ONG-urile, asistenții sociali, mediatorii comunitari şi mediatorii romi. Este importantă stabilirea unor obiective realiste, dar ambițioase, pentru incluziunea romilor pe piața muncii şi asigurarea resurselor umane şi financiare adecvate pentru ANOFM, în vederea atingerii respectivelor obiective.

Participarea redusă şi accesul limitat la locuri de muncă stabile şi avantajoase adâncesc precaritatea veniturilor, riscul ridicat de sărăcie şi excluziune socială în cadrul comunităților de romi din România şi limitează oportunitățile disponibile copiilor acestora. În anul 1992, s-a estimat că 63% dintre familiile rome trăiau în sărăcie absolută. Alte 18% aveau un venit total mai mare decât nivelul minim de subzistență, dar nu suficient pentru o viață decentă.[35] De atunci, atât incidența, cât şi gravitatea sărăciei au rămas disproporționat de ridicate în cadrul populației rome.

Ratele ridicate ale lipsei şi instabilității locului de muncă nu numai că limitează venitul şi perpetuează sărăcia în rândul adulților, dar afectează şi copiii, conducând la absenteism şi abandon şcolar, malnutriție şi boli cronice. La rândul lor, acestea perpetuează nivelul redus de oportunități pe piața muncii cu care se confruntă romii în prezent. Din cauza veniturilor mici şi neregulate pe care aceştia le obțin din muncă, multe gospodării de romi sfârşesc prin a depinde de alocațiile copiilor şi de veniturile informale instabile şi reduse. În unele cazuri, copiii de vârstă şcolară se aşteaptă să contribuie la venitul familiei lor, lucrând în gospodărie sau realizând munci informale.

Creşterea gradului de incluziune socială a romilor constituie nu doar o obligație morală, ci şi o decizie economică inteligentă pentru România. În contextul îmbătrânirii populației, costurile cu pensiile şi asistența medicală vor creşte în viitorul apropiat. Şansele egale de pe piața muncii ar putea înlesni creşterea mai rapidă a productivității şi ar putea genera beneficii fiscale prin creşterea veniturilor din taxe şi reducerea cheltuielilor cu asistența socială. Potrivit estimării realizate de Banca Mondială în baza datelor din 2008, presupunând ca există un număr egal de bărbați şi femei rome în vârstă de muncă şi că salariile medii din economie rămân neschimbate, egalizarea câştigurilor de pe piața muncii din România în cazul romilor ar putea avea ca rezultat potențiale beneficii economice variind între 887 milioane de euro şi 2,9 miliarde de euro anual şi beneficii fiscale variind între 202 milioane de euro şi 675 milioane de euro anual.[36] Cu toate că aceste cifre au la bază ipoteze mult prea simplificate privind ajustările din economie şi de pe piața muncii, acestea ilustrează potențialul economic al incluziunii romilor. Provocările impuse de disparitatea foarte mare a rezultatelor de pe piața muncii devin mai importante în lumina tendințelor demografice menționate anterior, conform cărora România se va confrunta cu o creştere semnificativă a numărului de persoane vârstnice în paralel cu diminuarea populației active. Incluziunea pe piața muncii a populației rome mai tinere ar putea contribui la eliminarea provocărilor fiscale şi economice generate de aceste tendințe demografice.

Persoanele cu dizabilităţi

În România, foarte puține persoane cu dizabilități sunt active pe piața muncii - doar 7,25% dintre persoanele cu dizabilități cu vârste cuprinse între 18 şi 64 de ani.

[35] Zamfir şi Zamfir (coord., 1993).
[36] Banca Mondială (Anan et al, 2014).

Principalele motive ale acestui fapt sunt: (i) metodologia de evaluare a dizabilității, (ii) rezultatul lipsit de predictibilitate al acestei evaluări de la un an la altul şi (iii) legătura dintre capacitatea de muncă a unei persoane şi statutul de persoană cu dizabilități. Astfel, indemnizația şi bugetul personal complementar acordate persoanelor cu handicap reprezintă principalele surse de venit pentru majoritatea românilor cu dizabilități.

Situația cel mai des întâlnită în familiile persoanelor cu dizabilități este cea în care unul dintre părinți (de obicei mama) renunță la locul de muncă şi devine asistentul personal al copilului sau al adultului cu dizabilități. Venitul minim plătit acestui asistent, împreună cu prestațiile financiare acordate în cazul dizabilităților, abia acoperă costurile suportate de aceste familii. Atunci când familiile respective au doi copii cu dizabilități, situația este şi mai critică.

Persoanele cu dizabilități au dreptul de a munci, la fel ca toți ceilalți cetățeni, însă au adesea nevoie de sprijin suplimentar pentru a se pregăti, a găsi, a accesa, a păstra sau a recăpăta un loc de muncă. La fel ca în domeniul educației şi al accesului la toate celelalte servicii comunitare, în ceea ce priveşte accesul la ocupare, persoanele cu dizabilități necesită adesea modificări ale mediului de lucru, care să le permită să îndeplinească funcțiile esențiale ale postului. Persoanele cu dizabilități pot avea nevoie, parțial sau în întregime, de următoarele tipuri de servicii de asistență pentru angajare: (i) asistență în căutarea unui loc de muncă; (ii) medierea procesului de angajare; (iii) un specialist în activitatea de coaching; (iv) sprijin şi supraveghere individualizate la locul de muncă; (v) interpretare în limbajul mimico-gestual; (vi) dispozitive şi tehnologii asistive; (vii) adaptarea locului de muncă în vederea creării unui mediu fără obstacole, cu transport, clădiri, spații publice şi informații accesibile.

În România, în timpul regimului anterior, serviciile de asistență în domeniul angajării şi al muncii destinate persoanelor cu dizabilități erau aproape inexistente. Adulții cu dizabilități lucrau în locuri de muncă protejate (organizate în instituții rezidențiale, şcoli speciale, cooperative pentru persoanele cu dizabilități sau secții speciale din spitalele de psihiatrie). Paleta profesiilor disponibile persoanelor cu dizabilități şi a programelor de formare profesională aferente organizate în şcolile speciale publice era foarte restrânsă, constând de obicei în pregătire culinară, vopsirea obiectelor din lemn şi meşteşuguri, fabricarea periilor, activități de telefonie, ambalare şi masaj (de obicei, în cazul persoanelor cu handicap fizic uşor). Aceste calificări se regăsesc încă în programa multor şcoli speciale profesionale din țară. Multe dintre persoanele cu dizabilități au fost evaluate ca fiind „inapte" de muncă sau li s-a comunicat că singura opțiune pe care o aveau la dispoziție era munca protejată. Întregul sistem de formare profesională era segregat în şcoli speciale, şcoli speciale profesionale şi ateliere protejate.

În prezent, în ciuda multor obstacole, persoanele cu dizabilități au acces la o piață a muncii deschisă (şi foarte competitivă). Un studiu din 2009, realizat de Fundația Motivation şi de Societatea Academică din România, a arătat că doar 1% dintre persoanele cu dizabilități angajate lucrau în unități protejate la vremea respectivă, majoritatea alegând să-şi găsească un loc de muncă pe piața deschisă a muncii. În România, există un sistem de cote, la fel ca în majoritatea statelor membre ale UE. Legea română prevede ca societățile cu peste 50 de angajați să se asigure că un procent de cel puțin 4% dintre angajații lor este alcătuit din persoane cu dizabilități. În caz contrar, acestea trebuie să plătească o sumă echivalentă cu jumătate din venitul minim pentru toate posturile care nu sunt ocupate de persoane cu dizabilități sau să cumpere produse din unitățile protejate. Acest sistem a fost conceput cu scopul de a crea un număr estimativ de 140.000 de posturi pentru persoanele cu dizabilități. Totuşi, numărul actual al persoanelor cu dizabilități angajate formal este doar de aproximativ 29.000. Penalitățile colectate ajung în bugetul general de stat şi nu într-un buget care ar putea fi folosit pentru stimularea creării de locuri de muncă sau pentru adaptarea locurilor de muncă ale persoanelor cu dizabilități.

Persoanele cu un grad mare de dependență, cu limitări funcționale problematice sau cu afecțiuni medicale grave au posibilitatea de a munci în unități protejate. Este important să se evite percepția conform căreia acest tip de angajare este asociat cu persoanele cu dizabilități. În toate țările europene, unitățile protejate sunt concepute ca o soluție pentru orice persoane cu o capacitate foarte redusă de funcționare pe piața competitivă a muncii.

Tinerii NEETD şi Programul „Garanţia pentru tineret"

Deşi în 2012 şomajul se situa la 7,3% şi nu înregistrase creşteri semnificative după criza economică din 2009, atât şomajul înregistrat în rândul tinerilor, cât şi procentul tinerilor care nu sunt nici angajați, nici cuprinşi într-o formă de învățământ sau instruire (NEET) au crescut din 2009 ca urmare a crizei economice (până la 22,7%, respectiv 16,8% în 2012). Recent, ambele cifre au început să descrească, însă rata NEET este în continuare mult peste media UE (13,2% în 2012).

„Garanția pentru tineret" este un program european de

combatere a şomajului în rândul tinerilor, prin asigurarea accesului individual la locuri de muncă, stagii de ucenicie, stagii profesionale sau educație continuă. România implementează în mod activ această măsură, iar ANOFM va juca un rol central, deşi nu o va gestiona în mod direct. „Garanția" este că toți tinerii sub 25 ani – fie că sunt sau nu înregistrați la serviciile de ocupare a forței de muncă – primesc o ofertă de angajare atractivă, concretă, în interval de patru luni de la finalizarea studiilor formale sau de la momentul în care au devenit şomeri. Oferta trebuie să fie pentru un loc de muncă, stagiu de ucenicie, stagiu profesional sau formare continuă şi trebuie adaptată la nevoile şi situația fiecărei persoane. În cadrul celor mai recente inițiative ale „Garanției pentru tineret", guvernul vizează asigurarea a 7.000 de locuri pentru ucenici în cursul anului 2014 şi al anului 2015.

Pentru ANOFM şi alte agenții de implementare, acest lucru are implicații importante la nivelul resurselor. ANOFM va fi principalul catalizator pentru implementarea inițiativelor „Garanției pentru tineret". Plecând de la abordările anterioare, noile Centre de Garanție pentru Tineret trebuie să fie gestionate în mod direct de către Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale şi Persoanelor Vârstnice împreună cu Ministerul Educației şi Cercetării Ştiințifice, baza de date aflându-se în proces de extindere pentru a prelua mai multe date de la instituțiile de învățământ şi de la alte servicii. Baza de date a „Garanției pentru tineret" va fi, în cele din urmă, integrată în sistemul TIC al ANOFM. Fiind o inițiativă comună, „Garanția pentru tineret" va necesita o structură de management eficient şi coordonat. Se aşteaptă ca SPO să fie principalul furnizor al garanției pentru tineret, însă şi autoritățile locale vor juca un rol esențial din punctul de vedere al furnizării serviciilor de educație şi formare profesională, la fel şi noile autorități regionale ce urmează a fi înființate conform reorganizării planificate a administrației teritoriale. În prezent, un număr important de autorități locale sunt implicate în implementarea de proiecte finanțate prin POSDRU 2007-2013.

Conform Comisiei Europene,[37] cele mai importante probleme care vor trebui depăşite în vederea furnizării „Garanției pentru tineret" în România sunt:

- Serviciile publice de ocupare nu au suficientă capacitate administrativă pentru a oferi servicii individualizate tuturor tinerilor şomeri şi tinerilor neînregistrați care fac parte din categoria NEET.

CASETA 6

Caracteristicile măsurilor active de succes privind piaţa muncii, adresate tinerilor

Raportul Perspective privind ocuparea forței de muncă (Employment Outlook) din 2006 al Organizației pentru Cooperare şi Dezvoltare Economică (OCDE) indică faptul că programele de succes par să aibă câteva caracteristici comune, pe care le enumeră după cum urmează:

- Programele de asistență pentru căutarea unui loc de muncă sunt adesea cele mai rentabile din perspectiva obținerii unor efecte pozitive, sub forma câştigurilor mai mari şi a angajării. Unele programe de subvenții salariale şi pentru angajare au dat randament, însă aceste măsuri tind să aibă rezultate slabe în ceea ce priveşte impactul lor net asupra perspectivelor viitoare de angajare ale participanților.
- Programele de formare profesională trebuie să fie concepute cu atenție, în funcție de nevoile de pe piața locală sau națională a muncii. În acest sens, este importantă mobilizarea şi implicarea sectorului privat şi a liderilor comunității în evaluarea cererii locale sau naționale în materie de calificări şi competențe.
- Direcționarea programelor este importantă. De exemplu, este necesar să se facă distincția între adolescenți şi tinerii adulți şi să se acorde o atenție specială persoanelor care renunță timpuriu la şcoală. Soluția cea mai dezirabilă pentru problemele de angajare ale adolescenților este de a-i ajuta să continue să frecventeze cursurile şcolare (sau să se întoarcă la şcoală), în timp ce în cazul tinerilor adulți care au în jur de douăzeci de ani, este mai important să fie ajutați să acumuleze experiență profesională.
- Este important ca participarea la programe să devină obligatorie pentru tinerii care au căutat un loc de muncă timp de maxim şase luni. Deşi aceasta poate duce la o creştere a costurilor şi la o diminuare a eficacității medii a programelor, impunerea obligativității participării pare să fie singura modalitate de a garanta că cei care beneficiază de aceste programe sunt adulții şi tinerii cei mai expuşi riscului de excluziune socială.

Sursa: OCDE (2006).

[37] Comisia Europeană (2014d).

- Există prea puțină flexibilitate şi diversitate în ceea ce priveşte serviciile de activare şi formarea profesională şi educația de care pot dispune tinerii.
- Nu există destule activități de informare pentru tinerii neînregistrați, care fac parte din categoria NEET, şi în special pentru tinerii romi.
- Există o lipsă de implicare efectivă a sectorului privat în furnizarea de programe de ucenicie, de inițiative de dublă formare, şi de stagii de practică pentru absolvenții facultăților.

Principala măsura ANOFM prin care se acordă asistență personalizată tinerilor dezavantajați şi marginalizați din punct de vedere social, inclusiv acelora care părăsesc instituțiile, este Programul privind contractele de solidaritate. Prin intermediul acestui program, ANOFM le furnizează tinerilor care se află în căutarea unui loc de muncă servicii de orientare şi mediere şi îi pun în legătură cu angajatori adecvați. În 2014, obiectivul ANOFM a fost acela de a ajuta 1.400 de tineri să îşi găsească un loc de muncă prin mediere, târguri de locuri de muncă, îndrumarea către furnizori specializați, asigurarea unei formării profesionale de bază şi acordarea de subvenții angajatorilor. În 2013, programul a ajutat 894 de tineri să îşi găsească un loc de muncă, iar în 2012 - un număr de 1.221. Societăților li se acordă, de asemenea, un bonus atunci când încheie un contract de muncă pe perioadă nedeterminată cu o persoană aflată în căutarea unui loc de muncă, după expirarea contractului de solidaritate.

În timpul elaborării acestui studiu de fundamentare, s-a folosit un set de simulări pentru a estima impactul introducerii acestui program asupra tinerilor absolvenți de liceu şi de facultate care se încadrează în categoria NEET. Simulările au arătat că implementarea integrală a „Garanției pentru tineret"[38] ar reduce rata totală a sărăciei cu 0,4 puncte procentuale în 2016. Impactul a fost mult mai semnificativ atunci când analiza s-a concentrat pe grupul țintă al tinerilor cu vârste cuprinse între 18 şi 25 de ani, în cazul cărora sărăcia ar descreşte cu 1,7 puncte procentuale, descreşterea fiind mult mai mare în rândul bărbaților decât la nivelul femeilor.

Beneficiarii VMG apţi de muncă

Disponibilitatea şi calitatea serviciilor de activare sunt foarte importante pentru beneficiarii actuali ai programului VMG şi vor continua să fie la fel de importante pentru beneficiarii programului VMI după 2016. Clienții VMG ai ANOFM nu constituie un grup omogen. În general, printre beneficiarii VMG se numără persoane vârstnice care locuiesc singure, şomeri, persoane fără adăpost, tineri care părăsesc instituțiile de tip rezidențial, precum și persoane care nu au avut niciodată acces la piața muncii. Intermedierea de locuri de muncă şi serviciile de activare trebuie să devină mai personalizate pentru a putea răspunde unor beneficiari atât de eterogeni.

Modul lipsit de coerență în care serviciile locale de asistență socială şi cele de ocupare îi tratează pe beneficiarii VMG este unul dintre motivele aparentei lipse de rezultate pozitive în domeniul ocupării pentru aceşti beneficiari. Serviciul public de asistență socială (SPAS) îi îndrumă pe beneficiarii VMG către Agențiile Județene pentru Ocuparea Forței de Muncă (AJOFM), unde li se cere să se înregistreze o dată la trei luni pentru a demonstra că sunt în căutarea unui loc de muncă. Atât pentru beneficiarii VMG, cât şi pentru destinatarii altor tipuri de asistență socială, SPAS ocoleşte ocazional AJOFM şi îi contactează direct pe angajatori pentru anumiți clienți. Lipsa unei abordări coordonate între cele două servicii se poate datora faptului că unii dintre angajații AJOFM presupun că beneficiarii VMG nu sunt motivați să caute un loc de muncă, înregistrându-se doar cu scopul a fi eligibili pentru transferul social şi pentru a avea acces la alte beneficii, cum ar fi serviciile de sănătate. Unii dintre angajații locali foarte presați ai AJOFM consideră că resursele pentru măsuri active, şi aşa insuficiente, ar putea fi cheltuite mai bine în cazurile în care, în opinia lor, există mai multe şanse de a obține rezultate. În acelaşi timp, unii asistenți sociali ai SPAS sunt foarte nemulțumiți de serviciile furnizate de unele dintre oficiile AJOFM. Reprezentații SPAS consideră că beneficiarii VMG s-ar bucura de un nivel mai ridicat de angajabilitate dacă ar fi disponibile mai multe resurse pentru a finanța pregătirea mai intensă a clienților înainte de angajare (cum ar fi formarea competențelor sociale şi tehnice de bază sau programele de educație remedială). Cu toate acestea, nu există niciun fel de stimulente care să permită ANOFM şi

[38] În cadrul acestei simulări, se pleacă de la premisa că tuturor absolvenților (de liceu sau facultate) li se oferă posibilitatea continuării studiilor, a formării profesionale sau locuri de muncă. Simulările pun accentul pe acele persoane care au terminat şcoala în anul anterior (grupa de vârstă 18-25) şi care sunt şomere sau nu fac parte din forța de muncă. Pentru absolvenții de liceu, am presupus că două treimi îşi vor continua studiile şi o treime îşi vor găsi locuri de muncă (am estimat nivelurile salariale pentru persoanele cu cele mai mari şanse de a-şi găsi un loc de muncă). Pentru absolvenții de facultate, s-a plecat de la ipoteza că 20% vor urma stagii de formare profesională şi 80% îşi vor găsi locuri de muncă (s-a folosit aceeaşi metodologie pentru a li se estima salariile).

SPAS să îi sprijine pe beneficiarii VMG, a căror integrare pe piața muncii implică costuri mai mari. Introducerea unei bugetări diferențiate a costurilor în funcție de fiecare plasare a forței de muncă, care să ia în considerare costurile mai mari de deservire a clienților VMG, ar putea face posibilă, din punct de vedere financiar, redirecționarea unora dintre serviciile AJOFM către acest grup.

Descentralizarea răspunderii pentru clienții VMG la nivel județean face ca abordarea adoptată să varieze substanțial la nivelul țării. O mai puternică coordonare la nivel național, eventual sub forma unui grup de lucru comun care să includă atât reprezentanți ai SPAS, cât şi ai AJOFM-urilor, ar putea duce la îmbunătățirea proceselor şi a rezultatelor, la fel ca şi interconectarea sistemelor TIC, care ar facilita monitorizarea şi gestionarea cazurilor clienților VMG. În plus, va fi necesară o abordare multi-instituțională holistică şi personalizată, eventual prin intermediul unui serviciu specializat de ocupare a forței de muncă, pentru a maximiza numărul clienților VMG (şi al viitorilor clienți VMI) care intră sau reintră pe piața muncii.

TABEL 17: Numărul beneficiarilor VMG aflaţi în evidenţa ANOFM, 2013-2014

	2013	Primul trimestru din 2013	Primul trimestru din 2014
Intrări înregistrate	826,142	180,189	214,265
Intrările de solicitanți VMG	117,484	29,947	41,993
Procentul solicitanților VMG	14.2	16.6	19.6

Sursa: Agenția Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă.

În prezent, monitorizarea rezultatelor privind ocuparea beneficiarilor VMG aflați în căutarea unui loc de muncă este precară, iar ANOFM nu furnizează astfel de date defalcate. Pentru a efectua o astfel de analiză, ar fi necesară accesarea bazelor de date ale Agenției Naționale pentru Plăți şi Inspecție Socială (ANPIS), care gestionează VMG, şi bazele de date ale Inspecției Muncii, care gestionează toate contractele de muncă semnate în România. Oricum, o astfel de analiză ar fi posibilă prin confruntarea acestor baze de date. Mai întâi, ar trebui verificată baza de date a ANPIS cu solicitanții de locuri de muncă ce au beneficiat de VMG în 2013, de exemplu, iar apoi vor compara această listă cu baza de date a Inspecției Muncii pentru anii 2013 şi 2014, pentru a verifica acei dintre clienții VMG care şi-au găsit dintre clienții VMG şi-au găsit un loc de muncă. Acest demers urmează abordarea OCDE potrivit căreia: „eficiența măsurilor de activare a beneficiarilor ajutorului de şomaj creşte adesea dacă există o mai bună coordonare - sau chiar integrare - între principala organizație - serviciul public de ocupare, serviciile de asistență socială şi cele responsabile de angajarea persoanelor cu dizabilități. Acolo unde există structuri administrative separate, este posibil ca acestea să nu îi comunice periodic clientului informații şi resurse, precum locurile de muncă disponibile, şi să aibă viziuni diferite cu privire la gestionarea anumitor aspecte, precum cerințele legate de disponibilitatea de a munci."[39]

Servicii de sprijin pentru ocuparea grupurilor vulnerabile

Sistemul serviciilor de sprijin pentru ocupare nu este clar reglementat şi dispune de fonduri publice limitate. Există standarde ocupaționale pentru specialiştii în activitatea de coaching, însă nu şi pentru mediatori şi consilieri. La nivel național, nu este disponibil niciun program de instruire pentru aceste profesii, doar programe furnizate de ONG-uri.

Există argumente în favoarea angajării în cadrul cadrul serviciului public de ocupare a unor specialişti pregătiți să răspundă nevoilor speciale ale romilor aflați în căutarea unui loc de muncă. Aceasta este practica adoptată de unele țări, de exemplu, în Republica Cehă. Externalizarea serviciilor de ocupare a romilor este, de asemenea, frecvent întâlnită în multe servicii publice de ocupare, existând câteva astfel de exemple şi în România, cum este cazul Fundației RUHAMA din județul Bihor.[40] Rolul principal al guvernului ar trebui să fie stabilirea unor obiective realiste, dar ambițioase, pentru incluziunea romilor pe piața muncii şi asigurarea unor bugete adecvate şi dedicate pentru măsurile active de ocupare. Serviciile actuale de căutare a unui loc de muncă, de îndrumare şi consiliere, serviciile pentru activități independente şi de formare profesională pot fi externalizate către o rețea de furnizori specializați.

[39] Carcillo şi Grubb (2006: 42).
[40] www.carierebihor.ro

În cazul persoanelor cu dizabilități, abordarea adoptată în multe țări europene vizează includerea acestora în serviciile generale de ocupare a forței de muncă. Dacă ar fi adoptată în România, această abordare ar necesita formarea profesională a tuturor mediatorilor şi consilierilor ANOFM pentru ca aceştia să se ocupe de persoanele cu dizabilități, ca parte a atribuțiilor lor. Centrele regionale specializate existente ar putea acorda asistență persoanelor cu dizabilități, putându-şi asuma şi un rol de mediere generală, în caz de nevoie şi dacă au timp la dispoziție. În unele județe, sunt disponibile Centre de Orientare şi Resurse (CRO) pentru solicitanții de locuri de muncă, iar unele dintre acestea ar putea, de asemenea, să se ocupe de persoanele cu dizabilități. Majoritatea acestor centre de resurse dispun de un număr foarte redus de consilieri în domeniul orientării profesionale, care sunt insuficient pregătiți. De exemplu, în Bucureşti, există doar un CRO, iar resursele acestuia sunt limitate atât în materie de personal, cât şi de spațiu. Actuala Strategie Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă 2014-2020 propune creşterea numărului şi a resurselor alocate acestor centre. Furnizarea serviciilor de orientare şi consiliere individuală persoanelor cu dizabilități pare a fi insuficientă, în principal ca urmare a deficitului de resurse umane şi fizice. Principalele servicii create cu scopul de a facilita accesul la locuri de muncă pentru persoanele cu dizabilități din România sunt următoarele:

- Servicii generale de formare profesională şi de ocupare a forței de muncă
  - Formare profesională
  - Agenții județene pentru ocuparea forței de muncă (AJOFM)
  - Târguri anuale de locuri de muncă
  - Stimulente fiscale pentru angajatorii care încadrează în muncă persoane cu dizabilități (conform ANOFM, 196 au fost finanțați în 2013)
  - Un sistem de cote (cerința ca toate instituțiile cu peste 50 de angajați să angajeze persoane cu dizabilități)
- Servicii specifice pentru persoanele cu dizabilități, care să includă:
  - Şcoli profesionale speciale
  - Centre ocupaționale publice (CITO/ DPPD)
  - Unități protejate
- Servicii de sprijinire a incluziunii:
  - Asistență pentru căutarea unui loc de muncă şi mediere pentru angajare
  - Angajare asistată
  - Asistență profesională în perioada de activitate în unitățile semi-protejate
  - Sprijin şi supervizare individualizate la locul de muncă
  - Interpreți în limbajul mimico-gestual
  - Informații uşor de citit
  - Transport adaptat
  - TIC şi dispozitive asistive pentru angajare.

În România, mai multe ONG-uri, precum şi un număr mic de DGASPC-uri, au inițiat proiecte de angajare asistată, menite să asigure angajarea pe termen lung a persoanelor cu dizabilități. Centrul de Resurse şi Informare pentru Profesiuni Sociale (CRIPS) a întreprins primii paşi pentru a garanta că „activitatea de coaching" este o profesie recunoscută în Clasificarea ocupațiilor din România (COR). Mai multe ONG-uri au creat întreprinderi sociale care încadrează în muncă persoane cu dizabilități, cum ar fi fabrici de jucării, brutării, precum şi unități care desfăşoară activități de tipărire, ambalare, croitorie sau artizanale, şi au obținut rezultate semnificative (spre exemplu, Pentru Voi în Timişoara, Alpha Transilvania în Târgu Mureş, Alături de Voi în Iaşi, Motivation în Clinceni şi Hans Spalinger în Simeria). Responsabilitatea socială corporativă a devenit treptat un instrument de incluziune a persoanelor cu dizabilități pe piața muncii sau de finanțare a proiectelor de angajare asistată.

România ar putea lua în considerare posibilitatea contractării serviciilor cu plăți eşalonate în funcție de performanță pentru a direcționa resursele către şomerii de lungă durată ori către alte categorii dezavantajate sau vulnerabile. Această abordare a fost testată în Germania, Olanda, SUA şi Australia, fiind în curs de adoptare în Irlanda. În Australia, guvernul externalizează plasarea pe piața muncii a clienților fie către organizațiile private, fie către ONG-uri, cărora le plăteşte comisioanele eşalonat, în funcție de numărul de clienți care îşi păstrează locul de muncă la care au fost plasați de către contractant. De exemplu, dacă un client îşi păstrează locul de muncă timp de şase luni, atunci guvernul îi plăteşte integral contractantului comisionul de plasare, iar în situația în care un client renunță la locul de muncă după doar trei luni, de exemplu, guvernul îi plăteşte contractantului numai 60% din comision. Comisioanele iau, de asemenea, în calcul şansele clientului de a fi încadrat în muncă. În cazul României, guvernul ar putea preciza că va plăti comisioane maxime pentru plasarea cu succes pe piața muncii a beneficiarilor VMG şi a romilor, de exemplu. Plățile intermediare ar putea fi, de asemenea, efectuate în baza îndeplinirii unui

obiectiv intermediar, cum ar fi finalizarea unui program de formare profesională menit să dezvolte capacitatea de inserție profesională a unui client. În Australia, guvernul îi plăteşte agenției contractate un comision de 80 de dolari pentru plasarea unei persoane care şi-a pierdut recent locul de muncă, pe când pentru plasarea unui şomer de lungă durată, guvernul plăteşte 1.200 de dolari. Aceste sume se recuperează de la sine în situația în care clientul îşi păstrează locul de muncă timp de 12 luni, de exemplu, deoarece guvernul va face economii cu plata beneficiilor şi va colecta atât impozitul pe venit, cât şi taxele pe achiziții (datorită creşterii puterii de cumpărare) de la persoana recent angajată. În unele țări în care serviciile publice de ocupare au adoptat această abordare, s-au înregistrat costuri mai reduse şi un număr mai mare de plasări.

Este necesară o politică incluzivă adresată pieței muncii care să urmărească creşterea ratei de ocupare a categoriilor vulnerabile şi a femeilor. Tinerii în general, locuitorii din mediul rural, femeile şi categoriile vulnerabile (inclusiv romii, lucrătorii cu dizabilități, tinerii care părăsesc instituțiile de tip rezidențial, foştii deținuți) se confruntă cu obstacole mai mari în ceea ce priveşte accesul pe piața muncii. Aceste categorii pot fi ajutate să intre pe piața muncii prin programe specifice şi politici solide de combatere a discriminării la nivelul întregii societăți şi a instituțiilor publice. România a introdus deja prevederi antidiscriminare în toate legile din domeniul ocupării forței de muncă şi al asistenței sociale. Sunt necesare eforturi suplimentare pentru creşterea gradului de conştientizare şi a impactului acestor prevederi.

Pentru a garanta accesul categoriilor vulnerabile la piața muncii, guvernul ar trebui să urmărească: (i) reducerea discriminării împotriva grupurilor vulnerabile, în special a romilor sau a persoanelor cu dizabilități şi a femeilor care îşi caută un loc de muncă; (ii) dezvoltarea unor servicii de

CASETA 7

Abordări UE de succes pentru integrarea pe piaţa muncii a şomerilor slab calificaţi şi a celor de lungă durată

Realizarea unor intervenții individualizate în vederea sprijinirii şomerilor de lungă durată în găsirea unui loc de muncă este una dintre principalele recomandări ale unui raport recent al OCDE. Raportul a evaluat mai multe abordări de succes centrate pe persoană şi a constatat că acestea aveau următoarele caracteristici comune:

- Au asigurat sprijinul potrivit la momentul potrivit şi continuitatea acestuia.
- Intervențiile erau mai degrabă holistice decât axate pe un singur aspect al capacității de inserție profesională.
- Au pus consilieri personali înalt calificați la dispoziția fiecărei persoane, pentru a răspunde nevoilor acesteia. Când consilierul şi mentorul sunt una şi aceeaşi persoană, acest lucru ajută la întărirea încrederii clientului şi la stabilirea unei bune relații.
- Au realizat o evaluare inițială a competențelor de bază ale fiecărui client şi au elaborat un plan de dezvoltare a acestora.
- Au asigurat continuitatea instruirii, chiar şi după ce clientul şi-a găsit un loc de muncă.
- Au sprijinit clienții în activitățile acestora de căutare a unui loc de muncă.
- Au avut o abordare pe termen lung şi au continuat să le furnizeze clienților asistență chiar şi după ce aceştia au fost încadrați în muncă.

Datele din alte țări UE confirmă faptul că cele mai de succes servicii oferă, de asemenea, consiliere centrată pe persoană pentru a-i remotiva pe şomerii de lungă durată să reia demersurile de căutare a unui loc de muncă, prin sesiuni frecvente cu acelaşi consilier. Sprijinul intensiv conduce la obținerea unor rezultate pozitive. Aceste tipuri de abordări integrate necesită colaborarea între sau chiar integrarea diferitelor agenții şi organizații în jurul unui sistem central de gestionare şi de urmărire a cazurilor.

Sursa: Comisia Europeană (2014c: 13-14) şi OCDE (2013c).

sprijin care să faciliteze angajarea categoriilor vulnerabile, în special a romilor sau a persoanelor cu dizabilități; (iii) creşterea accesului la locuințe şi mijloace de transport pentru şomeri, în special pentru cei care provin din mediul rural; (iv) dezvoltarea de facilități fiscale pentru antreprenorii care demarează afaceri în zonele rurale şi creează locuri de muncă pentru categoriile dezavantajate; (v) „scheme de garantare" pentru persoanele dezavantajate din mediul rural, precum şi pentru tineri; (vi) sprijinirea activităților antreprenoriale, în special în cazul tinerilor.[41]

2.1.6. Dezvoltarea economiei sociale în scopul creşterii şanselor de angajare ale grupurilor vulnerabile

În iunie 2014, a fost adoptată în România Legea privind economia socială, care include prevederi referitoare la înregistrarea, reglementarea şi extinderea preconizată a întreprinderilor sociale de inserție a categoriilor vulnerabile. În lumina faptului că, în 2011, mai mult de 4,1 milioane de români erau „fără loc de muncă" (şomeri şi inactivi), erau afectați de excluziune socială şi se confruntau cu multiple obstacole pe piața muncii, dezvoltarea unui sector diversificat al economiei sociale care să includă furnizori de servicii sociale comunitare ar putea juca un rol important în promovarea incluziunii acestor cetățeni în economia productivă.

În pofida fondurilor bugetare considerabile pe care guvernul le-a alocat finanțării proiectelor de economie socială, eficiența acestor intervenții este îndoielnică. Între 2007 şi 2013, guvernul a alocat peste 600 de milioane de euro pentru incluziunea socială. Dintre acestea, cea mai mare parte a fost atribuită demarării unor noi inițiative de economie socială (peste 350 de milioane de euro, din care aproximativ 150 de milioane pentru proiectele aprobate până în 2010). Deşi nu s-a efectuat nicio evaluare a impactului fondurilor UE asupra economiei sociale, principalele rapoarte de cercetare finanțate de UE au indicat rezultate nesatisfăcătoare în perioada de programare 2007-2013.[42] De exemplu, în respectiva perioadă, proiectele finanțate de UE în sectorul economiei sociale au creat doar 274 de locuri de muncă, adică 10% din ținta propusă.[43] Diversele entități care activează în domeniul economiei sociale sunt insuficient sau inadecvat sprijinite, iar majoritatea activităților de economie socială desfăşurate cu fonduri europene sunt mai degrabă experimentale. Principala activitate finanțată de UE a fost furnizarea de cursuri de formare fără a ține cont de nevoile efective de dezvoltare. Principala problemă este că prevederile care reglementează fondurile europene nu răspund nevoilor sectorului economiei sociale. Inițiativele actuale ale economiei sociale tind să se concentreze în zonele cele mai dezvoltate, fiind foarte puține în localitățile cele mai sărace.[44] Regulile de finanțare complexe şi în continuă schimbare care guvernează fondurile europene au lărgit aceste discrepanțe şi reduc posibilitatea furnizorilor mai puțin dezvoltați şi mai slab finanțați de a elabora propuneri şi de a asigura un management adecvat al proiectelor. Drept rezultat, alocarea de fonduri europene ține cont mai degrabă de competența furnizorilor decât de nevoile categoriilor sărace şi vulnerabile din România.

Deşi există un cadru legal în baza căruia ONG-urile pot strânge fonduri pentru a-şi finanța proiectele sociale, se remarcă unele probleme practice legate de implementarea acestuia. Actuala legislație permite unui ONG să desfăşoare o activitate economică fără obligația de a plăti impozit pe profit dacă profitul realizat nu depăşeşte 15.000 de euro sau 10%. Acest prag scăzut reprezintă un obstacol major pentru dezvoltarea oricărei activități economice, în special atunci când ONG-ul încearcă să acorde oportunități de angajare persoanelor vulnerabile din punct de vedere social şi să utilizeze profitul pentru finanțarea proiectelor sale sociale. În realitate, ONG-urilor nu pot exploata la maxim potențialul activităților economice respective în vederea asigurării unor resurse care să susțină proiectul (sau să îl co-finanțeze în cazul în care este disponibilă finanțare din surse externe). Prin urmare, guvernul trebuie să adopte reglementări care să le faciliteze ONG-urilor mobilizarea propriilor resurse pentru a-şi finanța activitățile de economie socială.

[41] Aceste măsuri strategice recomandate sunt conforme cu Strategia pentru Ocuparea Forței de Muncă 2014-2020 (HG 1071/2013) şi cu Strategia guvernamentală pentru dezvoltarea sectorului întreprinderilor mici şi mijlocii şi îmbunătățirea mediului de afaceri din România – Orizont 2020 (HG 859/2014).
[42] Arpinte et al (2010), ADV (2011), Stănescu, Cace and Alexandrescu (coord., 2011), Constantinescu (2012), Stănescu et al (2013), MMFPSPV (2013), and Barna (2014).
[43] MMFPSPV (2013).
[44] Constantinescu (2012).

Deşi unitățile protejate, unde persoanele vulnerabile lucrează într-un spațiu separat bine definit, pot reprezenta o modalitate de promovare a incluziunii categoriilor vulnerabile,[45] acestea nu sunt suficient încurajate. Punând accent în special pe integrarea pe piața muncii a persoanelor cu dizabilități, sectorul a cunoscut o creştere importantă începând cu 2006. Totuşi, deşi la nivel național funcționează aproximativ 500 de ateliere protejate, există posibilitatea dezvoltării acestui tip de ocupare. Atelierele protejate au nevoie de subvenții şi credite preferențiale pentru a rămâne competitive pe piață, precum şi de reglementări speciale care să susțină capacitatea acestora de a angaja persoane cu dizabilități.

Pentru a dezvolta rolul jucat de economia socială în furnizarea asistenței sociale, între 2014 şi 2020 guvernul va urmări: (i) identificarea intervențiilor Europene de finanțare pentru toate tipurile de entități ale economiei sociale și furnizarea de asistență tehnică în vederea scrierii şi depunerii propunerilor pentru finanțare europeană; (ii) elaborarea legislației secundare necesare dezvoltării durabile a economiei sociale; (iii) încurajarea implicării mai intense a ONG-urilor în astfel de activități.

[45] Acest tip de ocupare se află în contradicție cu „piața deschisă a muncii", în cadrul căreia persoanele cu vulnerabilități intră pe piața principală, competitivă, a muncii alături de persoanele fără vulnerabilități.

2.2. Transferuri sociale

Obiectivul protecției sociale este acela de a asigura un venit celor care nu sunt în măsură să lucreze (precum vârstnicii, persoanele cu dizabilități sau copiii lipsiți de ocrotire părintească), de a garanta un venit minim populației extrem de sărace şi de a acorda beneficii bănești persoanelor sărace, în schimbul îndeplinirii de către acestea a unor co-responsabilități. Principala co-responsabilitate a adulților apți de muncă este să-şi găsească un loc de muncă, pe cont propriu sau cu ajutorul serviciilor de ocupare a forței de muncă. Principalele inițiative de politică recomandate în domeniul protecției sociale sunt: (i) introducerea unui program unic destinat populației sărace, şi anume programul privind Venitul Minim de Inserție (VMI), de care urmează să beneficieze toate familiile sărace până în anul 2016 şi (ii) o creştere a bugetului general al asistenței sociale alocat populației sărace.

Obiective principale

2.2. Transferuri sociale 86

2.2.1. Îmbunătățirea performanței sistemului de asistență socială 86

2.2.2. Acordarea de sprijin financiar adecvat persoanelor cu dizabilități expuse riscului de sărăcie sau excluziune socială 97

2.2.3. Protecția persoanelor vârstnice expuse riscului de sărăcie sau excluziune socială 98

2.2.4. Protecția consumatorilor săraci şi vulnerabili împotriva creşterii tarifelor la electricitate 106

2.2. Transferuri sociale

Această secțiune prezintă principalele inițiative de politică recomandate în domeniul transferurilor sociale furnizate populației sărace şi vulnerabile, în special prin creşterea volumului resurselor destinate asistenței sociale acordate persoanelor sărace şi prin creşterea progresivității globale a cheltuielilor cu protecția socială. Secțiunea este structurată pe pilonii tradiționali ai sistemelor de protecție socială: (i) transferuri monetare necontributive acordate persoanelor sărace şi vulnerabile (transferuri de asistență socială); (ii) sprijin financiar acordat persoanelor cu dizabilități; (iii) programe financiare adresate populației vârstnice (constând în pensii, inclusiv pensii sociale); și (iv) programe financiare adresate populației vârstnice (constând în pensii, inclusiv pensii sociale). Serviciile sociale sunt prezentate în următoarea secțiune.

2.2.1. Îmbunătăţirea performanţei sistemului de asistenţă socială

Politica de asistență socială a României combină programele categoriale cu cele bazate pe testarea mijloacelor cu scopul de proteja venitul familiilor sărace şi vulnerabile. În funcție de obiective şi grupurile țintă, aceste programe se încadrează în patru categorii: (i) programe privind politica familială; (ii) programe bazate pe testarea mijloacelor adresate familiilor cu venituri mici; (iii) programe destinate persoanelor cu dizabilități; (iv) alte programe, în special pensia socială. Şapte programe stau la baza sistemului de asistență socială. Toate cele şapte programe sunt de mari dimensiuni atât în ceea ce priveşte numărul beneficiarilor deserviți, cât şi nivelul cheltuielilor, şi, împreună, reprezintă două treimi din totalul cheltuielilor de asistență socială. Datorită dimensiunii şi impactului acestora asupra beneficiarilor săraci, studiul de față se concentrează în principal asupra lor:

- Alocația de stat pentru copii (ASC) reprezintă un transfer monetar lunar către toți copiii cu vârsta între 0 şi 18 ani (sau mai mari, dacă sunt în continuare cuprinşi în învățământ). Nivelul beneficiului diferă în funcție de vârsta şi statutul beneficiarilor. Toți copiii cu vârsta între 0 şi 2 ani primesc 200 RON, iar cei cu vârsta între 2 şi 18 ani primesc 42 RON. În cazul copiilor cu dizabilități, cuantumul este de 200 RON pentru cei cu vârsta între 0 şi 3 ani şi de 84 RON pentru cei cu vârsta între 3 şi 18 ani. Programul utilizează direcționarea categorială (în funcție de vârstă) şi vizează toți copiii, indiferent de mijloacele de trai ale familiei.

- Indemnizația pentru creşterea copilului (ICC) reprezintă un transfer monetar lunar către părinții care stau acasă pentru a avea grijă de copii. Aceasta este egală cu 85% din venitul mediu obținut de respectiva persoană în ultimele 12 luni, cu un minimum de 600 RON şi cu o limită maximă care variază în funcție de durata beneficiului. ICC se acordă până când copilul împlineşte vârsta de 2 ani sau de 3 ani în cazul în care copilul are un handicap. Părinții care optează să beneficieze de acest beneficiu pentru o perioadă de doi ani primesc o indemnizație lunară de maximum 1.200 RON. Părinții care optează să beneficieze pentru o perioadă de un an primesc maximum 3.400 RON. Părinții care optează pentru programul cu o durată de un an şi revin la lucru înainte de sfârşitul programului, sunt eligibili pentru un stimulent de inserție în cuantum de 500 RON pe lună până la împlinirea vârstei de 2 ani a copilului. ICC reprezintă un alt tip de program categorial, care vizează mamele cu copii mici, indiferent de mijloacele de trai ale mamei sau ale familiei.

- Programul privind Venitul Minim Garantat (VMG) reprezintă un transfer monetar lunar care completează venitul familiei până la atingerea unui prag VMG. Membrilor adulți ai familiei, care sunt apți de muncă, li se impune obligația de a munci (aceştia trebuie să lucreze în folosul comunității în schimbul prestației) şi o condiție privind activarea pe piața muncii (aceştia sunt obligați să caute în mod activ un loc de muncă prin intermediul AJOFM-urilor). Prestația medie pe beneficiar este de aproximativ 80 RON pe lună. Programul este direcționat către cele mai sărace 5 procente ale populației şi este bazat pe testarea mijloacelor de trai.

- Alocația pentru susținerea familiei (ASF) este un transfer monetar lunar către familiile cu copii aparținând celor mai sărace trei decile. Pentru a primi acest beneficiu, copiii de vârstă şcolară din

familiile beneficiare trebuie să frecventeze cursurile şcolare. Prin programul ASF, se plăteşte o prestație de 82 RON pentru fiecare dintre primii patru copii ai familiilor cu un venit pe membru de familie mai mic de 200 RON şi 75 RON pentru fiecare dintre primii patru copii ai familiilor cu un venit pe membru de familie între 201 şi 530 RON, venit care face obiectul unei anchete sociale suplimentare. Cuantumul prestațiilor este mai mare în cazul familiilor monoparentale din fiecare categorie de venit (107 RON şi 102 RON).

- Ajutorul pentru încălzire este un transfer monetar sezonier care este direcționat, în urma testării mijloacelor de trai, către gospodăriile din cea mai săracă jumătate a populației. Programul se desfăşoară pe perioada iernii (noiembrie-martie). Acesta acoperă o parte din cheltuielile cu încălzirea locuinței, oferind subvenții mai mari familiilor cu venituri mai mici. Există patru canale de furnizare a serviciului, în funcție de tipul de combustibil utilizat pentru încălzire: (i) pentru locuințe conectate la rețeaua centralizată de termoficare; (ii) pentru cele încălzite cu gaze naturale; (iii) pentru locuințele încălzite cu energie electrică; (iv) pentru cei care îşi încălzesc locuința cu lemne, cărbuni sau combustibili petrolieri. Cuantumul subvenției se situează între 16 RON şi 262 RON.

- Indemnizația pentru persoanele cu handicap (IPH) şi bugetul complementar pentru persoanele cu handicap (BCPH) reprezintă plăți lunare către persoanele cu dizabilități, stabilite în funcție de gravitatea handicapului (grav, accentuat şi mediu). Prima componentă oferă sprijin financiar persoanelor cu dizabilități. A doua componentă (BCPH) acoperă costurile unui asistent pentru persoanele cu handicap grav sau accentuat. Programul este categorial.

- Pensia socială (PS) oferă o pensie minimă persoanelor vârstnice care nu au contribuit suficient la sistemul de pensii astfel încât să fie eligibile pentru pensia pentru limită de vârstă. Cuantumul prestației este de 350 RON. Programul se acordă pe baza testării veniturilor.

Acoperirea şi acurateţea direcţionării programelor de asistenţă socială

Sistemul de asistență socială obține rezultate bune în ceea ce priveşte acoperirea persoanelor sărace (64,8% din cea mai săracă chintilă a beneficiat de cel puțin un program de asistență socială în 2013) şi generozitatea (în acelaşi an, programele de asistență socială au reprezentat 23,2% din venitul celei mai sărace chintile) (vezi Tabel 18). Cinci dintre programe ating o pondere însemnată la nivelul venitului gospodăriilor din cea mai săracă decilă - indemnizația pentru creşterea copilului, VMG, ajutorul pentru încălzire, beneficiile pentru persoanele cu dizabilități şi pensia socială. Vasta acoperire a sistemului de asistență socială se datorează, în principal, programelor privind alocația de stat pentru copii şi ajutorul pentru încălzire, având în vedere că restul programelor acoperă mai puțin de 10% din populație.

Sistemul de asistență socială a obținut rezultate mixte în ceea ce priveşte protecția persoanelor sărace şi vulnerabile. Acuratețea direcționării diferă de la un program de asistență socială la altul, aşa cum rezultă din Ancheta bugetelor de familie (ABF) efectuată în 2013. Programele bazate pe testarea mijloacelor (VMG, ASF, AC şi PS) sunt destinate familiilor cu venituri mici și prezintă o foarte bună acuratețe a direcționării, aproximativ două treimi din volumul prestațiilor revenind celor mai sărace persoane. Acuratețea direcționării programelor bazate pe testarea mijloacelor se află la acelaşi nivel cu cea a programelor anti-sărăcie din Uniunea Europeană. Această performanță este mult mai bună decât în cazul programelor categoriale (programe privind politica familială sau cele adresate persoanelor cu dizabilități), care transferă doar aproximativ o treime din fondurile lor către persoanele aflate în cea mai săracă chintilă. Per total, acuratețea direcționării sistemului (33% în 2013) este destul de redusă, din cauza prevalenței programelor categoriale.

Modernizarea sistemului de asistenţă socială (2010-2014)

Sistemul de asistență socială din România are baze solide şi a trecut printr-o serie de îmbunătățiri treptate în ultimii patru ani, pe parcursul implementării Strategiei privind reforma sistemului de asistență socială, adoptată la 10 martie 2011.

TABEL 18: Acurateţea direcţionării, nivelul de acoperire şi generozitatea principalelor programe de asistenţă socială din România (2013)

	Acuratețea direcționării	Acoperire		Generozitate	
	Cele mai sărace 20%	Populație	Cele mai sărace 20%	Toți beneficiarii	Cele mai sărace 20%
Toate programele de asistență socială	33.0	55.6	64.8	7.4	23.2
Programe privind politica familială					
Alocații de stat pentru copii (ASC)	25.8	51.5	56.4	3.5	9.9
Indemnizația pentru creşterea copilului (ICC)	20.4	2.8	3.3	24.0	42.7
Programe pentru familiile cu venituri mici					
Venitul minim garantat (VMG)	86.7	2.9	12.2	22.7	27.5
Alocația pentru susținerea familiei (ASF)	55.7	3.8	10.5	4.2	6.4
Ajutorul pentru încălzire	40.7	13.7	34.8	7.1	10.4
Programe pentru persoane cu dizabilități					
Indemnizații pentru persoanele cu handicap	40.9	4.0	7.9	16.4	26.1
Alte programe de asistență socială					
Pensia socială (PS)	61.6	0.4	1.1	6.8	11.4
Burse, „Bani de liceu"	33.8	0.9	2.0	11.5	17.2
Indemnizații pentru veteranii de război, persoanele persecutate din motive politice	44.1	0.4	0.8	17.6	28.8
Alte beneficii de asistență socială	7.5	0.4	0.2	18.5	22.0

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele ABF din 2013.

Notă: Decilele stabilite pe baza venitului net pe adult echivalent obținut din toate transferurile de asistență socială (similar cu definiția UE). Acuratețea direcționării reprezintă suma transferată către grup ca procent din transferurile totale acordate populației. Acoperirea programului reprezintă proporția persoanelor din fiecare grup care beneficiază de transferuri. Generozitatea reprezintă raportul dintre suma transferată către toți beneficiarii dintr-un grup şi totalul resurselor (veniturilor, în acest caz) beneficiarilor. Prin beneficiari înțelegem toate persoanele care beneficiază direct şi indirect (alți membri ai gospodăriei) de un transfer. Acoperirea ajutorului pentru încălzire se referă doar la sezonul rece (estimare bazată pe primul trimestru al anului).

Principalele obiective ale acestei strategii, care au fost în mare parte îndeplinite, s-au concentrat pe: (i) îmbunătățirea echității sistemului de asistență socială; (ii) creşterea eficienței administrative prin reducerea costurilor administrative ale sistemului şi a costurilor private pentru solicitanți; (iii) reducerea erorilor şi fraudei; (iv) dezvoltarea unui sistem de monitorizare a performanței; (v) îmbunătățirea pregătirii profesionale a personalului angajat în sistemul de asistență socială şi a calității serviciilor pe care le oferă aceştia. Este foarte important să se valorifice rezultatele obținute până acum şi să se continue activitățile care contribuie la atingerea acestor obiective.

Un obiectiv principal al Strategiei din domeniul asistenței sociale a fost creşterea proporției fondurilor de asistență socială destinate celor mai sărace 20 de procente ale populației (acuratețea direcționării) concomitent cu reducerea costurilor totale ale sistemului de asistență socială. Acuratețea direcționării cheltuielilor cu asistența socială în ansamblu a crescut de la 35,8% în 2009 la 37,6% în 2012. Guvernul a făcut mai multe demersuri pentru a atinge acest obiectiv. În cadrul programelor categoriale cu o acuratețe redusă a direcționării, nivelul beneficiilor a fost menținut constant în termeni nominali. Durata indemnizației pentru creşterea copilului a fost redusă în cazul mamelor care aleg opțiunea cu grad ridicat de înlocuire a veniturilor salariale, crescând totodată stimulentul de inserție acordat părinților. Numărul neregulilor din cadrul celor mai mari programe de asistență

socială a fost redus în mod semnificativ datorită inspecțiilor tematice efectuate de către Agenția Națională pentru Plăți şi Inspecție Socială (ANPIS). În acelaşi timp, a scăzut numărul de beneficiari în programele țintite, bazate pe testarea mijloacelor (ajutorul pentru încălzire, ASF şi VMG). O cauză o reprezintă neindexarea pragurilor stabilite în programul privind alocația pentru susținerea familiei şi în cel privind venitul minim garantat. O altă cauză o reprezintă introducerea unui amplu set de filtre privind bunurile deținute, care exclude din programele bazate pe testarea mijloacelor o mare parte din populația cu adevărat săracă (o treime din decila cea mai săracă şi 38% din chintila cea mai săracă). După introducerea acestor filtre, acuratețea direcționării a scăzut. În urma evaluării datelor la nivel de gospodărie, Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale şi Persoanelor Vârstnice (MMFPSPV) a modificat filtrele în noiembrie 2013 pentru a creşte acuratețea direcționării.

Un alt obiectiv al Strategiei din domeniul asistenței sociale a României este reducerea erorilor şi fraudelor din sistemul beneficiilor de asistență socială. În ultimii ani, au fost realizate progrese semnificative în acest domeniu, plasând România pe primele poziții în Europa în ceea ce priveşte îmbunătățirea normelor privind respectarea condițiilor programului. În cadrul mai multor programe de asistență socială (ASF, ICC şi VMG), plățile sunt efectuate acum prin intermediul Agenției Naționale pentru Plăți şi Inspecție Socială, reducându-se astfel nivelul de discreționaritate în luarea deciziilor privind eligibilitatea la nivel local şi extinzându-se controalele la nivelul sistemului. Inspecția Socială a fost, de asemenea, întărită în termeni numerici, iar inspectorii au fost instruiți de către omologii lor din cadrul Serviciului de Investigare a Fraudelor din Marea Britanie. Din 2010, au fost efectuate anual inspecții tematice în cinci programe de asistență socială cu risc şi valoare ridicate (cele trei menționate mai sus plus ajutorul pentru încălzire şi indemnizațiile pentru persoanele cu dizabilități). Aceste inspecții au constatat niveluri ale neregulilor care variază între 2,5% şi 36%. Mai mult, din 2013, se realizează o acțiune de verificare încrucişată a datelor cu privire la patru mari categorii de prestații de asistență socială, ceea ce înseamnă că dosarele suspecte pot fi identificate într-un mod mai eficient din punctul de vedere al costurilor. Aceste dosare suspecte cu risc important au fost analizate de către echipa de inspecție socială şi au fost întreprinse acțiuni corective.

MMFPSPV s-a aflat în prima linie a activităților de reformare a programelor sale de asistență socială, pe baza unor analize aprofundate, atât economice cât şi sociale. Din 2011, guvernul s-a angajat să elimine subvențiile acordate producătorilor din sectorul energetic şi să reducă efectul tarifelor majorate asupra consumatorilor vulnerabili. În 2011, au fost eliminate subvențiile pentru încălzirea furnizată prin sistemul de termoficare, iar programul privind ajutorul pentru încălzire a fost ajustat în urma simulărilor ex-ante ale efectelor diferitelor opțiuni de reformă. Aceste simulări au ajutat guvernul să aleagă cele mai eficiente şi adecvate opțiuni de politică. În 2013 şi 2014, MMFPSPV a realizat o analiză similară împreună cu partenerii internaționali, în vederea identificării celor mai bune politici menite să protejeze consumatorii vulnerabili împotriva majorării graduale a prețurilor la energie electrică şi gaze în perioada 2013-2018. În sfârşit, MMFPSPV este în proces de pregătire a legislației pentru programul privind Venitul Minim de Inserție (VMI), programul anti-sărăcie emblematic al țării, bazat pe simulări microeconomice solide.

MMFPSPV a realizat progrese semnificative în procesul de monitorizare a rezultatelor politicilor naționale de asistență socială. Agenția Națională pentru Plăți şi Inspecție Socială elaborează periodic rapoarte cu privire la plățile acordate beneficiarilor utilizând SAFIR, sistemul său de management al informațiilor. În vederea identificării proporției fondurilor de asistență socială care ajung la cele mai sărace 20 de procente ale populației, Institutul Național de Statistică a beneficiat de asistență tehnică din partea Băncii Mondiale pentru a elabora un buletin de asistență socială. În primă fază, MMFPSPV a efectuat o estimare inițială a costurilor private, suportate de beneficiari pentru a li se permite accesul la programele bazate pe testarea mijloacelor, şi a elaborat un plan pentru identificarea costurilor private şi administrative ale furnizării programelor de asistență socială, prin utilizarea unui mecanism intern de monitorizare.

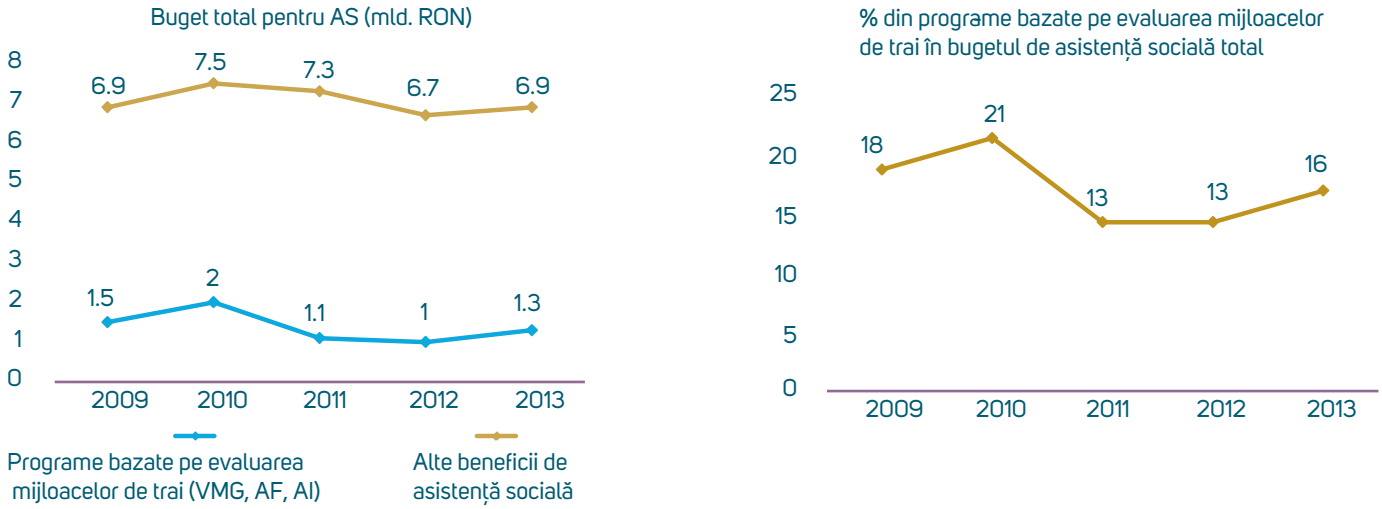
Un nivel al cheltuielilor prea ridicat pentru programele categoriale şi prea mic pentru programele bazate pe testarea mijloacelor

În pofida acestor îmbunătățiri, sistemul de asistență socială este în continuare dominat de programe universale şi categoriale, ceea ce reduce impactul cheltuielilor cu asistența socială asupra reducerii sărăciei. În 2011, bugetul dedicat programelor bazate pe testarea mijloacelor a scăzut disproporționat față de bugetul alocat programelor nedirecționate (de la 21% în 2010 la 13% în 2011), diferență care nu a fost încă recuperată (Figura 11). În 2014, bugetul destinat programelor focalizate reprezenta doar 16% din bugetul total al asistenței sociale. Aceasta a diminuat eficiența sistemului de asistență socială în reducerea

sărăciei, dat fiind faptul că programele bazate pe testarea mijloacelor canalizează circa 67% dintre fondurile lor către persoanele din cea mai săracă chintilă, în timp ce doar o treime din prestațiile furnizate de programele categoriale ajunge în chintila respectivă.

Pentru a mări contribuția bugetului de asistență socială la reducerea sărăciei, guvernul va trebui să crească bugetul programelor bazate pe testarea mijloacelor şi ponderea acestora în bugetul total al asistenței sociale. Acest proces a început în 2014, cu creşteri ale bugetelor şi nivelurilor prestațiilor programelor privind venitul minim garantat (VMG) şi alocația pentru susținerea familiei (ASF) (unul dintre motive fiind diminuarea impactului creşterii tarifelor la energie asupra persoanelor sărace) şi cu dublarea nivelului ASF în octombrie 2014.

FIGURA 11: Bugetul total al asistenţei sociale şi procentul alocat programelor bazate pe testarea mijloacelor de trai



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele referitoare la VMG, alocația pentru susținerea familiei, ajutorul pentru încălzire, ASC, indemnizația şi stimulentul pentru creşterea copilului, bursele şcolare şi indemnizațiile pentru persoanele cu dizabilități. Pentru celelalte prestații, bugetul a fost estimat utilizându-se ABF.
Notă: Bugetul este exprimat în prețuri nominale.

Un subsistem fragmentat şi costisitor de programe bazate pe testarea mijloacelor

Pe lângă faptul că li se alocă o mică parte din bugetul global al asistenței sociale, programele bazate pe testarea mijloacelor de trai sunt şi fragmentate. România are trei programe bazate pe testarea mijloacelor, care susțin veniturile celor mai sărace persoane - venitul minim garantat (VMG), alocația pentru susținerea familiei (ASF) şi ajutorul pentru încălzire. Toate aceste trei programe au bugete mici, o acoperire limitată şi niveluri reduse ale prestațiilor. Fiecare dintre ele instrumentează dosare separate pentru beneficiari şi sisteme de plată separate, ceea ce este ineficient şi duce la duplicarea inutilă a activităților administrative. VMG vizează cele mai sărace 5 procente ale populației, ASF este direcționată către familiile cu copii din cele mai sărace trei decile, iar ajutorul pentru încălzire către familiile cuprinse în cele mai sărace 60 de procente ale distribuției veniturilor. Deşi aceste programe sunt orientate către populația cu venituri mici, criteriile de eligibilitate variază de la un program la altul.[46] Această fragmentare măreşte atît costurile private suportate

[46] Înainte de noiembrie 2013, fiecare dintre cele trei programe folosea o procedură diferită de testare a mijloacelor. Însă, din noiembrie 2013, toate cele trei programe folosesc o singură metodologie pentru a evalua mijloacele de trai ale gospodăriilor (venitul oficial, venitul agricol net informal şi filtre privind bunurile deținute). Totuşi, rămân unele diferențe la nivelul criteriilor de eligibilitate, legate de unitatea asistată (gospodăria sau familia), scala de echivalență utilizată, durata perioadei de recertificare (trei luni în cazul VMG şi ASF şi sezonul rece în cazul ajutorului pentru încălzire) şi metoda de plată (direct către beneficiar sau transferată furnizorului serviciului în cazul utilizatorilor sistemului de termoficare).

TABEL 19: Costurile private lunare medii pentru accesarea programelor bazate pe testarea mijloacelor de trai (RON/ beneficiar/ lună)

	VMG	ASF	Ajutorul pentru încălzire: Lemne	Ajutorul pentru încălzire: Gaze	Ajutorul pentru încălzire: Sistemul de termoficare
Total costuri private, din care:	**31.5**	**16.7**	**9.2**	**6.5**	**5.2**
Costuri de depunere a cererii	5.1	4.0	4.8	6.5	5.2
Costuri de recertificare	14.8	11.6			
Costul certificatului privind ajutorul de şomaj	10.0				
Costul încasării în numerar a prestației	1.6	1.1	4.4		
Costurile private totale aferente tuturor programelor/ beneficiarilor			**15.5**		
Pro memoria:					
Numărul mediu al beneficiarilor	194,748	254,714	303,995	115,032	107,709
Cost total per program	6,125,220	4,261,179	2,796,841	744,279	560,576
Costurile totale aferente tuturor programelor (VMG+ASF+ajutorul pentru încălzire)			14,488,096		
Numărul de beneficiari pe lună			932,478		

Sursa: Grigoraş (2014), folosind datele din cercetarea Citizen's Score Card realizată de MMFPSPV şi Banca Mondială (2013).

Notă: Costurile ASF sunt estimate pentru persoanele care beneficiază exclusiv de acest program (nu şi pentru persoanele care primesc și VMG).

de solicitanți la accesarea programelor, cît şi costurile administrative ale sistemului. Mai mult, în situația actuală, fiecare program păstrează evidențe separate, pe suport de hârtie şi în format electronic, privind prelucrarea cererilor de prestații, recertificarea şi plățile.

Aceste diferențe între cele trei programe bazate pe testarea mijloacelor duc la apariția unei complexități administrative inutile care măreşte riscul de eroare şi fraudă şi implică costuri private mai mari pentru beneficiari (legate de cereri, recertificare şi plăți) şi costuri administrative pentru sistem. În 2013, costurile private ale beneficiarilor asociate cu depunerea cererilor, recertificarea şi primirea prestațiilor ajungeau în medie la 18% în cazul VMG, la 29% în cazul ASF şi la circa 10% în cazul ajutorului pentru încălzire. Acesta este echivalentul în costuri private a două plăți lunare VMG, a patru prestații lunare ASF şi a unei plăți lunare ca ajutor pentru încălzire. Tabel 19 prezintă costurile lunare medii estimative pe beneficiar. Costurile administrative ajungeau la circa 10% din bugetul fiecărui program în 2012.[47]

Fragmentarea prestațiilor bazate pe testarea mijloacelor reduce şi accesul populației eligibile la programe. Fiecare dintre programele bazate pe testarea mijloacelor acoperă doar între o pătrime şi o treime dintre persoanele sărace, dar combinate, ele acoperă 46% din populația săracă în perioada aprilie-noiembrie, respectiv 62% în perioada noiembrie-martie (Tabel 20). Motivele acoperirii reduse sunt: (i) costurile private ridicate generate de solicitarea acestor prestații, comparativ cu valoarea lor; (ii) faptul că unele evaluări ale bunurilor deținute, introduse pentru a nu le permite gospodăriilor dotate cu bunuri costisitoare să intre în program, exclud în continuare o mare parte a gospodăriilor cu adevărat sărace; (iii) nefamiliarizarea persoanelor potențial eligibile cu aceste prestații.

Ca răspuns la problema nivelului redus de acoperire, guvernul a simplificat accesul la aceste programe şi a majorat nivelurile prestațiilor. Noile măsuri au inclus unificarea criteriilor de testare a mijloacelor şi fluidizarea filtrelor privind bunurile deținute, în noiembrie 2013, pentru a reduce erorile legate de cuprinderea în program, creşterea generozității şi

[47] Teşliuc et al (2014).

TABEL 20: Proporţia populaţiei din chintila cea mai săracă care beneficiază de programe bazate pe testarea mijloacelor

Acoperirea celei mai sărace chintile	Sezonul rece	Restul anului
Venit minim garantat	24.7	24.7
Alocația pentru susținerea familiei	30.0	30.0
Ajutorul pentru încălzire	39.2	n.a.
Total	61.9	46.3

Sursa: Estimări realizate de Banca Mondială folosind datele din ABF 2012, primul trimestru.

Notă: Statisticile privind gradul de acoperire au fost corectate pentru a elimina subraportarea.

a acoperirii programelor bazate pe testarea mijloacelor, în iunie 2014, cu scopul de a oferi protecție împotriva majorării tarifelor la electricitate şi dublarea alocației pentru susținerea familiei în cazul familiilor sărace cu copii şi mărirea sprijinului acordat copiilor lipsiți de ocrotire părintească în decembrie 2014. Totuşi, aceste măsuri au determinat doar parțial depăşirea impedimentelor existente.

Pentru a mări impactul programelor bazate pe testarea mijloacelor asupra reducerii sărăciei, Guvernul României pregăteşte un cadru legislativ şi normativ menit să unifice cele trei programe actuale bazate pe testarea mijloacelor de trai (VMG, ASF şi ajutorul pentru încălzire) într-un singur program - programul privind Venitul Minim de Inserție (VMI). Această intenție a fost anunțată în Legea cadru a asistenței sociale (292/decembrie 2011). Noul program consolidat va deveni programul principal de combatere a sărăciei din România. Caracteristicile principale ale acestuia vor fi: (i) o creştere a bugetului VMI comparativ cu bugetele combinate ale programelor actuale, pentru a asigura că fondurile de asistență socială acoperă majoritatea persoanelor sărace şi (ii) introducerea unei formule a prestațiilor care oferă beneficiarilor un stimulent pentru angajare (căutarea unui loc de muncă devenind o co-responsabilitate sau condiție pentru primirea prestațiilor). Se preconizează că programul va deveni operațional la începutul anului 2016. Programul va fi crucial pentru atingerea obiectivului de reducere a sărăciei asumat de România în cadrul strategiei Europa 2020.

După introducerea programului VMI în 2016, bugetul programelor bazate pe testarea mijloacelor este așteptat să crească de la 1,2 miliarde RON în 2014 la 2,2 miliarde RON în 2016 (când se lansează VMI) şi apoi la 2,5 miliarde RON în 2017, urmând a fi apoi menținut la acest nivel în termeni reali. Pentru a crea spațiu fiscal în cadrul sistemului de asistență socială, guvernul trebuie să evalueze eficiența programelor universale şi categoriale în atingerea obiectivelor şi apoi să ia în considerare o serie de reforme parametrice, incluzând posibilitatea de a transforma programele categoriale în prestații acordate pe baza testării mijloacelor în 2015.

Motivaţia introducerii programului VMI

Se preconizează că implementarea programului VMI va asigura numeroase avantaje solicitanților şi administratorilor programului, comparativ cu situația actuală:

- Prin mărirea bugetului alocat acestui program la un nivel ce depăşeşte suma bugetelor programelor actuale, programul VMI va putea ajuta mai multe persoane sărace şi va oferi un sprijin mai generos beneficiarilor săi. Aceasta va reechilibra cheltuielile cu asistența socială la nivelul programelor direcționate (bazate pe testarea mijloacelor de trai) şi al celor categoriale. Mărirea bugetului absolut şi a celui relativ dedicat unui singur program bazat pe testarea mijloacelor va avea un impact mai puternic asupra reducerii sărăciei.

- Programul VMI va reuşi să acopere o parte mai mare a beneficiarilor săraci (aproximativ 20-22% din populație), datorită economiilor de scară obținute prin combinarea programelor bazate pe testarea mijloacelor de trai. Actualele programe bazate pe testarea mijloacelor acoperă numai aproximativ 10% din populație. Cu un buget de două ori mai mare, programul VMI ar trebui să acopere în totalitate cea mai săracă chintilă. Mărirea acoperirii programului va duce, de asemenea, la creşterea gradului de acceptare politică a reformei (deoarece vor fi mai mulți câştigători decât perdanți) şi va determina şi reducerea sărăciei.

- Programul VMI (care va scuti o parte din veniturile salariale actuale ale membrilor familiilor beneficiare) va acoperi o parte mai mare din săracii care muncesc prin comparație cu actualul program VMG. Acesta va oferi adulților apți de muncă care sunt în prezent inactivi şi trăiesc din ajutorul social un stimulent ca să îşi caute de lucru, permițându-le să beneficieze de asistență socială şi să muncească în acelaşi timp. Tehnic, noul program va înlocui prevederile programului privind venitul minim garantat, care stabileşte o rată de impozitare marginală de 100% a câştigurilor, cu o formulă a prestațiilor care va avea o rată de impozitare marginală de aproximativ 50%. Potrivit literaturii de specialitate,[48] între 7% şi 17% dintre adulții apți de apți de muncă ce nu sunt nu sunt nici angajați, nici cuprinşi într-o formă de învățământ sau instruire ar putea trece de la asistență la angajare sau s-ar putea angaja în timp ce încă mai primesc un nivel redus de asistență în baza acestei formule a prestațiilor.

- În determinarea beneficiului vor fi ajustate și pragurile de eligibilitate și nu doar formula de a veniturilor (care nu ia în calcul o parte din veniturile din muncă). Astfel, programul VMI se va deschide către un număr mai mare de săraci care muncesc, dat fiind faptul că gospodăriile cu membri adulți care lucrează vor avea praguri de eligibilitate mai ridicate decât gospodăriile ai căror adulți nu lucrează.

- Prin introducerea unor stimulente de activare şi de şcolarizare în locul condiționalităților din programele originale (VMG, ASF şi ajutorul pentru încălzire), programul VMI va creşte probabil gradul de frecventare a şcolii şi va îmbunătăți rezultatele şcolare ale copiilor din familiile beneficiare, mărind totodată rata de ocupare a adulților apți de muncă.

- Consolidarea a trei programe bazate pe testarea mijloacelor care sunt destul de restrânse într-un program unic va reduce cantitatea de informații necesare pentru procesarea cererilor. Aceasta, la rândul său, va reduce costurile administrative ale sistemului, costurile private suportate de beneficiari în cadrul programului şi volumul erorilor şi fraudelor.

- Prin introducerea unui sistem de management al performanței în programul VMI, cei care administrează programul vor putea urmări dacă acesta obține rezultatele de dezvoltare dorite - reducerea sărăciei monetare a beneficiarilor, creşterea gradului de frecventare a şcolii în cazul copiilor care participă la program şi mărirea ratei de ocupare a forței de muncă şi a câştigurilor în rândul beneficiarilor apți de muncă. Totodată, aceştia vor putea aprecia dacă sunt rezonabile costurile legate de furnizarea programului (prin urmărirea costurilor administrative şi private), dacă programul identifică în mod corect persoanele sărace şi menține rate reduse ale erorilor şi fraudelor.

- VMI face posibilă utilizarea fondurilor structurale le UE pentru a finanța măsuri privind capitalul uman din perspectiva ofertei, cum ar fi reducerea ratei de impozitare marginală a câştigurilor şi introducerea de bonusuri pentru mobilitatea profesională şi geografică, precum şi alte măsuri active privind piața muncii şi servicii de remediere care vor reduce obstacolele din calea angajării pentru persoanele cele mai sărace din România. Aceasta oferă României şansa de a stimula ocuparea forței de muncă în cazul familiilor cu venituri mici prin utilizarea fondurilor UE.

- Din perspectivă operațională, VMI va identifica persoanele sărace, folosind definiția UE a sărăciei monetare relative sau AROP, incluzând persoanele din zonele marginalizate. În acest mod, guvernul va putea utiliza acest instrument unic şi eficient pentru a orienta alte politici sectoriale către persoanele sărace.

Programul VMI va extinde în mod gradual meniul intervențiilor sale cu scopul de a oferi nu doar sume în numerar însoțite de co-responsabilități, și stimulente, ci şi servicii. Aceste diverse beneficii financiare şi servicii sunt furnizate în prezent separat, o abordare ineficientă care diminuează impactul potențial pozitiv. VMI este conceput în scopul valorificării complementarităților între prestațiile financiare şi alte servicii sociale (cum ar fi serviciile din domeniul ocupării forței de muncă, educației, sănătății şi locuirii). Mecanismul utilizat în programul VMI în vederea identificării potențialilor beneficiari va creşte probabil acoperirea populației sărace prin mărirea acurateței direcționării (vezi Tabel 21). Potrivit evidențelor internaționale, coordonarea transferurilor financiare cu furnizarea de servicii sociale îmbunătățeşte nivelul de trai al beneficiarilor şi îi ajută să iasă mai rapid din sărăcie.

[48] Gerard (2013) şi Bachas (2013).

TABEL 21: Trecerea de la furnizarea separată la furnizarea complementară a transferurilor financiare şi a serviciilor sociale în cadrul programului VMI

Corelare cu:	Mecanisme pentru furnizarea serviciilor
Servicii de ocupare a forţei de muncă	Programul VMI va cuprinde o importantă componentă de activare, cu următoarele elemente: (i) creşterea gradului de acoperire a populației ocupate sărace prin scutirea unei părți din veniturile salariale actuale ale membrilor familiilor beneficiare, obținute din activități agricole şi non-agricole; (ii) posibilitatea autorităților locale de a substitui munca în folosul comunității cu cursuri de formare şi de învățare continuă pentru a creşte capacitatea de integrare profesională a beneficiarilor; (iii) stabilirea unei limite pentru prestația totală aferentă unei familii la un plafon corelat cu salariul minim (de ex. 75% sau 80%), pentru a menține stimulentele pentru angajare şi a reduce stigmatizarea asociată cu actualul VMG.
Educația şi sănătatea copiilor	Programul VMI va include un beneficiu pentru copiii din familiile beneficiare care să stimuleze comportamentele pozitive de îngrijire și creștere a copilului: (i) participarea la programul național de vaccinare obligatorie a copiilor cu vârste între 0 şi 1 an; (ii) o rată de frecventare a grădiniței de 100% de către copiii cu vârste între 3 şi 5 ani, absențele fiind acceptate doar în baza unei adeverințe eliberate de medicul de familie; (iii) o rată de frecventare a cursurilor şcolare de 95% de către copiii cu vârste între 6 şi 16 ani, absențele fiind acceptate doar în baza unei adeverințe eliberate de medicul de familie. Beneficiul va fi suspendat în lunile în care nu este îndeplinită una dintre condiții. Totuşi, beneficiul se acordă fiecărui copil din familie. Astfel, nu va fi suspendat în cazul unui copil ai/ale cărui frați/surori nu respectă condițiile. Aceasta este o schimbare majoră față de actuala schemă a alocației pentru susținerea familiei (ASF) care este suspendată pentru întreaga familie dacă unul dintre copii nu respectă condiționalitatea. În logica actualului program ASF, condiția de şcolarizare este corelată cu obligația părinților de a trimite copiii la şcoală, conform celor prevăzute în Legea educației. În schimb, logica din spatele programului VMI este de a premia comportamentul pozitiv care are potențialul de a întrerupe cercul vicios intergenerațional al sărăciei şi excluziunii. Acest cerc vicios este perpetuat atunci când rezultatele slabe la învățătură şi starea precară de sănătate limitează semnificativ oportunitățile de pe piața muncii accesibile următoarei generații de copii. Astfel, programul VMI va avea şanse mai mari să întrerupă cercul vicios intergenerațional al sărăciei şi excluziunii prin transferuri monetare țintite, care să abordeze multiplii determinanți ai inegalității.
Servicii de locuire	Programul VMI va include un beneficiu pro-locuire, care vizează familiile ce ocupă locuințele sociale sau cu chirie subvenționată, pe lângă ajutorul pentru încălzire acordat familiilor cu venituri scăzute ce trăiesc în locuințe proprietate personală. Acest beneficiu pro-locuire va acoperi costul chiriei şi o parte din costurile cu încălzirea. În acest mod, programul VMI va combate rata ridicată a poverii cheltuielilor cu locuința şi va preveni fenomenul persoanelor fără adăpost prin reducerea numărului evacuărilor.
Servicii sociale adresate categoriilor vulnerabile	Programul VMI va acoperi populația săracă într-o proporție mai mare decât actualul program VMG şi, de asemenea, va aborda mai eficient problemele categoriilor vulnerabile. VMI va excepta din definiția mijloacelor de trai ale familiilor anumite prestații sociale, cum ar fi indemnizația pentru persoanele cu dizabilități sau indemnizația pentru copiii aflați în plasament.

Punerea în aplicare a programului VMI şi a sistemului său de management al performanței va oferi şansa de a coordona şi de a reduce costurile administrative ale programelor sociale existente, inclusiv ale celor finanțate din fonduri europene (vezi Caseta 8). De exemplu, toți copiii unei familii care beneficiază de VMI vor putea solicita înscrierea în programul național de acordare a rechizitelor şcolare, utilizând un simplu document eliberat de Serviciul Public de Asistență Socială (SPAS), spre deosebire de sistemul actual care este, de multe ori, prea complex şi costisitor pentru părinții săraci și cu un nivel redus de educație. În acest mod, accesul şi participarea copiilor săraci la programele naționale nu va mai depinde doar de cunoştințele şi interesul părinților.

Având în vedere componentele interdependente ale programului VMI, punerea în aplicare a programului va necesita o strânsă coordonare interministerială între MMFPSPV, Ministerul Educației Naționale, Ministerul Sănătății, Ministerul Dezvoltării Regionale şi Administrației Publice şi Ministerul Fondurilor Europene.

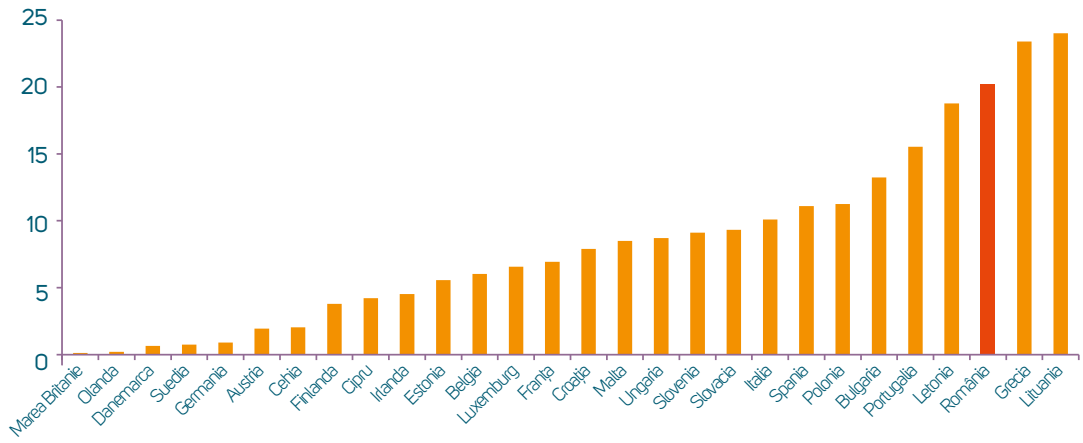
CASETA 8

Fondul de ajutor european pentru cele mai defavorizate persoane (FEAD)

Fondul de ajutor european pentru cele mai defavorizate persoane (FEAD) acoperă perioada de programare UE 2014-2020 şi sprijină acțiunile prin care se oferă asistență materială (alimente, îmbrăcăminte şi alte articole esențiale pentru uzul personal) „celor mai defavorizate persoane". Acest termen este definit ca „persoane fizice, care pot fi persoane individuale, familii, gospodării sau grupuri constituite din persoane, ale căror nevoi de asistență au fost stabilite în funcție de criterii obiective stabilite de către autoritățile naționale competente în consultare cu actorii din sector, evitând conflictele de interese, sau care sunt definite de organizațiile partenere şi aprobate de către autoritățile naționale competente respective şi care pot include elemente necesare pentru a ajunge la persoanele cele mai defavorizate din anumite zone geografice", potrivit definiției din art. 2 al Regulamentului (UE) nr. 223/2014 al Parlamentului European şi al Consiliului.

Aceste fonduri completează finanțarea acordată de Fondul Social European (FSE), în sensul că FEAD răspunde necesităților de bază ale celor mai defavorizate persoane pentru a le permite accesul la formare sau la ocupare, asemenea programelor sprijinite de FSE. Resursele disponibile totale ale FEAD la nivelul UE sunt de 3.395.684.880 euro (prețuri din 2011). Alocarea minimă pe stat membru este de 3.500.000 euro (pentru perioada 2014-2020), sumă alocată deja unor țări precum Cipru, Danemarca, Luxemburg, Malta, Olanda şi Marea Britanie. România beneficiază de o alocare totală de 391.300.000 euro, a treia la nivelul UE (prețuri pe cap de locuitor din 2011).

Alocarea FEAD pe stat membru, 2014-2020 (preţuri în EURO din 2011, pe cap de locuitor)



Sursa: Calcule realizate de autori folosind date din Anexa III a Regulamentului UE nr. 223/2014 şi date demografice (pentru 2014) din baza de date a Eurostat.

În România, FEAD finanțează Programul Operațional Ajutorarea Persoanelor Defavorizate, care sprijină distribuirea de alimente şi materiale de bază, cum ar fi ghiozdane şi rechizite şcolare, pentru a creşte nivelul de frecventare a şcolii de către copiii de toate vârstele. Materialele şcolare sunt destinate copiilor din familiile în care venitul net lunar pe membru de familie este mai mic sau egal cu 50% din salariul minim brut pe țară. Programul se adresează beneficiarilor VMG sau persoanelor al căror venit total este sub 45% din salariul minim brut pe țară. Categoriile detaliate ale beneficiarilor ajutorului alimentar acordat în cadrul programului sunt menționate în HG 779/2014 şi includ beneficiarii alocației pentru susținerea familiei, şomerii, pensionarii ale căror venituri sunt mai mici de 400 de lei pe lună sau beneficiarii pensiei sociale, persoanele cu handicap grav sau accentuat (adulți şi copii) şi veteranii de război.

Implementarea programului necesită o strânsă coordonare interministerială între Ministerul Fondurilor Europene, MMFPSPV şi Ministerul Educației Naționale (prin inspectoratele şcolare ale acestuia). Managementul programului este asigurat de către Autoritatea de Management a Programului Operațional Capital Uman. Programul a fost aprobat de Comisia Europeană în noiembrie 2014, iar implementarea acestuia a început în decembrie 2014 (componenta referitoare la ajutorul alimentar).

Impactul asupra reducerii sărăciei al creşterii bugetului VMI

Mărirea propusă a bugetului VMI este de aşteptat să aibă, un impact puternic asupra reducerii sărăciei şi va creşte semnificativ şansele ca România să-şi atingă obiectivul național privind sărăcia înainte de anul 2020. Această inițiativă politică (anunțată de guvern) va mări atât numărul beneficiarilor programelor bazate pe testarea mijloacelor, cât şi nivelurile prestațiilor de care beneficiază aceştia. Comparativ cu 2012, se preconizează mărirea treptată a bugetului, de la 1,1 miliarde RON în 2012 la 2,2 miliarde RON în 2016 şi apoi la 2,5 miliarde RON în 2017, urmând a fi apoi menținut la acest nivel în termeni reali. Se aşteaptă ca noul program să fie mai bine orientat către cea mai săracă chintilă decât actualele trei programe (conform experienței internaționale, se preconizează că acuratețea direcționării noului program va fi de circa 80%). Mai mult, dată fiind creşterea fondurilor bugetare, se preconizează că gradul de acoperire a familiilor din cea mai săracă chintilă va creşte de la nivelul actual de 60% (potrivit datelor ABF ale Institutului Național de Statistică, precum şi datelor administrative) la circa 80%, cu o acoperire progresivă şi un nivel al prestațiilor mai mare pentru persoanele cele mai sărace.

Simulările au demonstrat că mărirea bugetului programului, comparativ cu bugetele combinate ale programelor actuale, va avea un impact major asupra reducerii sărăciei, potrivit tuturor scenariilor economice (Tabel 22, rândul A). Presupunând o creştere economică moderată, sărăcia relativă va scădea cu aproximativ 4,4%, de la 22,84% în 2014 la 18,1% în 2016. Simulările arată că programul are un impact similar asupra sărăciei absolute (cu pragul de sărăcie ancorat în 2012 şi indexat cu rata inflației). Dată fiind finanțarea suplimentară preconizată pentru 2017 şi parametrii economici, este probabil ca reducerea sărăciei datorată programului să fie chiar mai mare în 2017, ajungând la 5,8% (în scădere de la 17,2% în absența programului la 11,4% după introducerea VMI). Aceasta va reduce nivelul sărăciei cu mult peste obiectivul de sărăcie asumat de 580.000 de persoane în 2020.

TABEL 22: Evoluţia prognozată a sărăciei relative după implementarea programului VMI

Politica implementată	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Status quo	22.6	23.1	22.8	22.5	22.4	22.6	22.5	22.8	22.8
A. Creşterea bugetului pentru VMI					18.1	17.8	17.9	18.7	18.7
A+B1. Creşterea bugetului și Scutirea veniturilor în calculul VMI care face ca 7% din NEETD să se încadreze în muncă					17.0	16.6	17.1	17.8	17.9
A+B2. Creşterea bugetului și Scutirea veniturilor în calculul VMI care face ca 17% din NEETD să se încadreze în muncă					15.7	15.3	16.1	16.4	16.6

Sursa: Estimări realizate de Banca Mondială folosind datele EU-SILC 2012.

Notă: NEETD - persoană care nu este nici angajată, nici cuprinsă într-o formă de învățământ sau instruire şi nu are o dizabilitate.

Impactul asupra reducerii sărăciei al introducerii în programul VMI a excluderii a 50% din venituri

VMI va utiliza o formulă de calcul a beneficiului care va nu va lua în considerare 50% din salariu şi alte venituri de natură salarială şi 25% din profitul agricol estimat. Aceasta înseamnă că, în cazul familiilor cu un venit formal, cu cât vor lucra mai mult, cu atât va fi mai ridicat pragul efectiv de eligibilitatei precum şi cuantumul prestațiilor. Mai mult, beneficiarii vor putea continua să primească anumite prestații de asistență socială pe perioada în care lucrează, mărindu-şi astfel venitul total. În baza literaturii internaționale, se aşteaptă ca modificarea criteriilor de eligibilitate pentru prestații să conducă la angajarea unui procent situat între 7% şi 17% dintre persoanele sărace în vârstă de muncă care în prezent nu sunt nici angajate, nici sunt cuprinse într-o formă de învățământ sau instruire şi nu au o dizabilitate (NEETD). Prin urmare, simulările din Tabel 22 presupun că beneficiarii care sunt activați şi intră pe piața muncii primesc un spor reprezentând jumătate din

venitul minim pe lună. Acestea presupun, de asemenea, că cele mai multe dintre persoanele care sunt activate provin din cea mai săracă chintilă (70%), în timp ce celelalte provin din alte chintile.

Am simulat o limită superioară şi una inferioară pentru procentul activat al NEETD care beneficiază de VMI - între 7% şi 17% (Tabel 22, rândurile A+B1, A+B2). Persoanele din prima chintilă au fost selectate utilizând metoda corelării scorului de propensiune prin care au fost identificați şi ulterior selectați cei cu cele mai mari şanse de a fi angajați, în timp ce persoanele din a doua până la a cincea chintilă au fost selectate aleatoriu. Aceste simulări demonstrează că sărăcia poate fi redusă în 2016 cu alte 1,1 până la 2,4 puncte procentuale.

2.2.2. Acordarea de sprijin financiar adecvat persoanelor cu dizabilităţi expuse riscului de sărăcie sau excluziune socială

România are un sistem robust ce oferă sprijin persoanelor cu dizabilități, existând trei surse principale de asistență. În primul rând, persoanele care şi-au pierdut capacitatea de muncă în timp ce erau angajate formal primesc o pensie de invaliditate şi servicii de reabilitare. Aceste servicii sunt finanțate prin contribuțiile la asigurările sociale şi sunt furnizate de Casa de Pensii, care sprijină aproximativ 700.000 de persoane cu un cost anual ce se ridică la aproximativ 1% din PIB. În al doilea rând, toate persoanele cu handicap grav, uşor sau moderat beneficiază de un transfer monetar, furnizarea gratuită sau subvenționată a echipamentelor menite să le asigure incluziunea socială şi servicii de reabilitare (inclusiv îngrijitori). Furnizarea acestor servicii este descentralizată către autoritățile locale şi vizează aproximativ 800.000 de persoane. Transferurile monetare plătite se ridică la numai 0,4% din PIB. Aceste prestații sunt finanțate atât din venituri publice naționale, cât şi din venituri publice locale. În al treilea rând, există un sistem de îngrijire instituționalizată care asistă aproximativ 17.000 de persoane. Acest sistem este finanțat atât din venituri publice naționale, cât şi din venituri publice locale.

Prima prioritate a guvernului în acest domeniu este unificarea cadrului instituțional adresat beneficiarilor de pensii de invaliditate şi de indemnizații de handicap, care sunt de multe ori aceleaşi persoane. Operarea a două surse separate de asistență pentru persoanele cu dizabilități neinstituționalizate atrage o serie de probleme. Cele două sisteme se adresează aceluiaşi grup de beneficiari, pe care însă îi tratează diferit (pensionarilor li se aplică criterii medicale şi funcționale diferite de cele ale beneficiarilor indemnizațiilor), au puncte de intrare diferite în sistem şi personal separat. Nivelul de suprapunere este ridicat şi în creştere. În anul 2012, aproximativ 30% din beneficiarii indemnizațiilor de handicap primeau şi pensie de invaliditate, iar la nivelul gospodăriilor, nivelul de suprapunere era şi mai mare. Peste jumătate dintre beneficiarii indemnizațiilor de handicap primesc şi un anumit tip de pensie.

În general, operarea a două sisteme separate în vederea certificării dizabilității unui solicitant este ineficientă atât pentru beneficiari, cât şi pentru contribuabili. Din cauza diferitelor criterii de eligibilitate, solicitanții se confruntă cu un acces inechitabil la serviciile de reabilitare şi cu un cost dublu dacă trebuie să solicite ambele tipuri de prestații. Din perspectiva contribuabililor, existența a două sisteme rezultă în folosirea ineficientă a puținelor resurse existente, costuri administrative mai mari, managementul necorespunzător al informațiilor (ceea ce se traduce în elaborarea de slabă calitate a politicilor) şi conformare şi mai redusă. În plus, nu se oferă acelaşi set de servicii de reabilitare tuturor persoanelor cu dizabilități.

Guvernul lucrează deja la corectarea acestor aspecte instituționale în vederea simplificării accesului la sistemul de asistență pentru persoanele cu dizabilități şi a folosirii cât mai eficiente a capacității administrative limitate. Ca parte a strategiei de reformă din domeniul asistenței sociale, guvernul doreşte: (i) să armonizeze criteriile medicale de evaluare a dizabilității pentru pensia de invaliditate şi indemnizația de handicap şi (ii) să unifice cadrul instituțional pentru a crea un singur canal de livrare care să servească toate persoanele cu dizabilități. Noul sistem va oferi o viață mai bună persoanelor cu dizabilități şi în multe alte moduri. Va include evaluări individuale ale ambelor tipuri de beneficiari (pensionari şi beneficiari ai indemnizațiilor) pentru a găsi metode de a îmbunătăți modul în care interacționează aceste persoane în mediul lor social. Va îmbunătăți, de asemenea, sistemul de referire a pacienților către serviciile de reabilitare. Va fi mai corect şi echitabil pentru a asigura că sunt incluse numai persoanele cu cele mai mari nevoi, ceea ce va creşte eficiența şi eficacitatea generale ale sistemului.

A doua prioritate a guvernului este de a menține puterea de cumpărare a prestațiilor financiare acordate persoanelor cu dizabilități. Cele mai multe persoane cu dizabilități trăiesc în familii care se confruntă cu dificultăți economice şi sociale majore. Mai mult decât atât, în familiile cu persoane cu handicap grav, practica uzuală este ca unul dintre părinți să îşi părăsească locul de muncă şi să devină asistentul personal al copilului cu dizabilități. Un studiu din anul 2010 legat de calitatea vieții copiilor şi a tinerilor cu dizabilități fizice a indicat faptul că 89% dintre asistenții personali ai acestor persoane sunt membri de familie.[49] În cadrul acestor familii, numai 20% dintre respondenți au afirmat că nivelul veniturilor este suficient pentru a asigura o calitate decentă a vieții. Familiile monoparentale sunt numeroase şi riscul de sărăcie al acestora este adesea unul ridicat, în special atunci când familiile au doi sau mai mulți copii cu dizabilități. În ultimii patru ani, neindexarea prestațiilor financiare destinate persoanelor cu dizabilități le-a agravat situația. Pentru a soluționa aceste probleme, guvernul a adoptat o hotărâre prin care creşte nivelul programelor ce vizează indemnizațiile de handicap (cu 15%). În perioada 2016-2020, guvernul doreşte să indexeze aceste prestații în funcție de inflație.

A treia prioritate a guvernului este de a îmbunătăți modul de evaluare a dizabilității şi serviciile de reabilitare sau asistență.[50] Guvernul se va implica în îmbunătățirea actualului sistem de evaluare a dizabilității astfel încât acesta să ia în considerare nevoile reale ale persoanelor cu dizabilități. Aceasta va presupune proiectarea unui sistem holistic care să țină seama atât de factorii personali şi de mediu, cât şi de obiceiurile de viață şi alegerile personale.

2.2.3. Protecţia persoanelor vârstnice expuse riscului de sărăcie sau excluziune socială

România se confruntă cu o îmbătrânire fără precedent a populației sale, generată de creşterea constantă a speranței de viață şi de scăderea ratei de fertilitate.[51] Aceste două tendințe demografice modifică în ritm alert structura de vârstă a societății românești. Acest proces este accelerat şi mai mult de rata ridicată a emigrării nete, în special în rândul populației mai tinere.

Privire de ansamblu asupra fenomenului de îmbătrânire a populaţiei din România

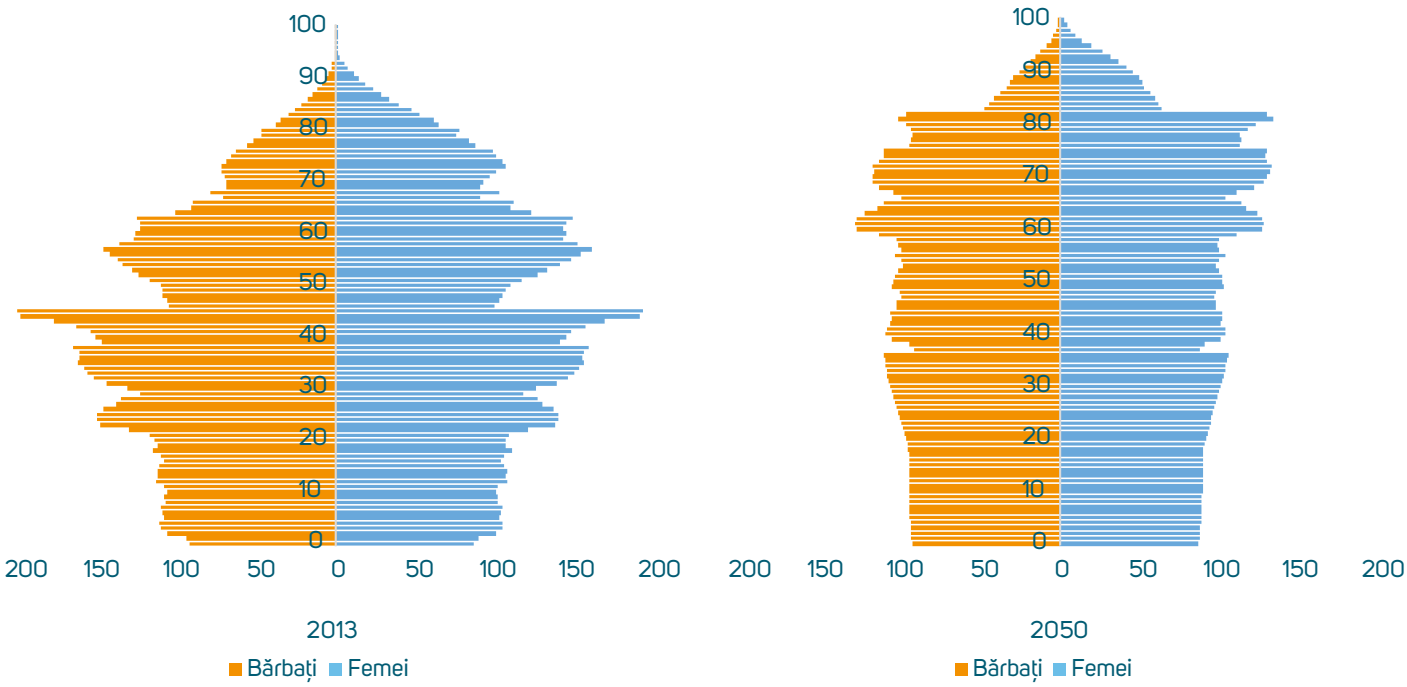
În următoarele patru decenii, România se va confrunta cu un fenomen fără precedent de îmbătrânire a populației. Scăderea ratei de fertilitate şi creşterea speranței de viață vor mări în mod semnificativ proporția persoanelor vârstnice în populația totală, precum şi procentul cheltuielilor generate de îmbătrânirea populației în PIB, în special al celor aferente pensiilor publice şi serviciilor de sănătate şi de îngrijire de lungă durată.

În România, durata medie a vieții a crescut semnificativ în ultimii 60 de ani, speranța de viață la naştere mărindu-se cu aproximativ 14 ani în cazul femeilor şi cu 10 ani în rândul bărbaților (Figura 13). În acelaşi timp, rata totală a fertilității a scăzut de la 2,9 copii per femeie la sfârşitul anilor 1960 la 1,3 la sfârşitul anilor 2000 (Figura 14) prezintă scăderea procentuală înregistrată pe grupe de vârstă între 2002 şi 2011, care subliniază tendința de emigrare a persoanelor cu vârste sub 30 de ani. De exemplu, numai 82% din populația care în 2002 avea vârste cuprinse între 10 şi 19 ani s-a regăsit în Recensământul din 2011.

Este de aşteptat ca, în România, până în 2030, numărul persoanelor în vârstă de peste 65 de ani să îl depăşească pe cel al persoanelor sub 20 de ani (Figura 15). Până în prezent, creşterea populației în vârstă de 65 de ani şi peste a fost rezultatul prelungirii speranței de viață şi al numărului mai mare de persoane care ating această vârstă. Rata de fertilitate în scădere se reflectă în numărul mic de copii înregistrat începând cu 1980 şi în restrângerea populației active începând cu 2010. Este important de remarcat faptul că previziunile demografice nu pot fi foarte precise, în special în cazul în care perioada de previzionare cuprinde mai multe decenii. De exemplu, migrația s-a dovedit a fi extrem de dificil de estimat. Ratele de fertilitate se pot schimba şi ele, deşi orice modificare influențează

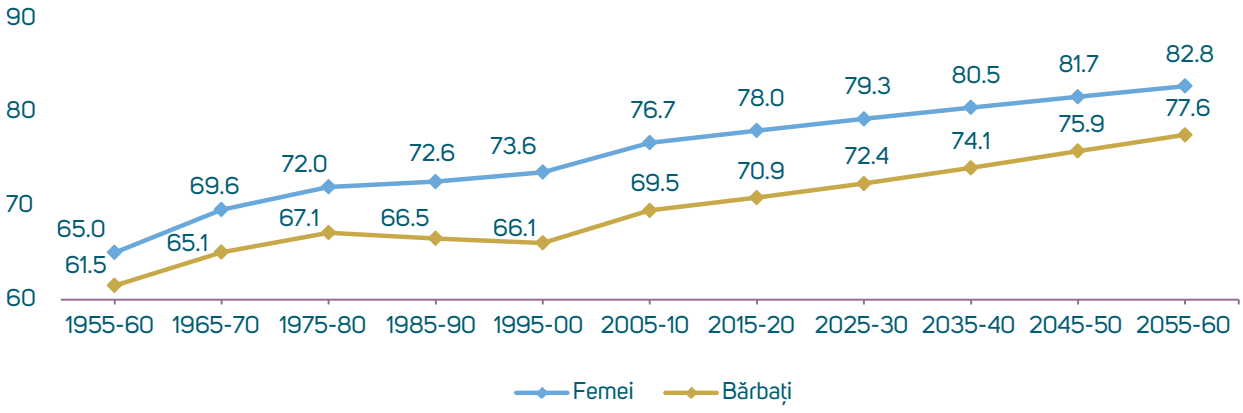
[49] ASCHF-România (2010).
[50] Acest subiect este discutat pe larg în capitolul privind serviciile sociale.
[51] Potrivit proiecțiilor demografice ale Eurostat, se estimează că populația în vârstă de muncă a României va înregistra o scădere de 40% până în 2060. Se aşteaptă ca rata de dependență a persoanelor în vârstă, adică raportul dintre numărul de persoane vârstnice (65 de ani şi peste) şi numărul de persoane în vârstă de muncă (15-64 de ani), să se dubleze în următoarele patru decenii.

FIGURA 12: Structura în funcţie de vârstă a populaţiei României în 2013 şi 2050



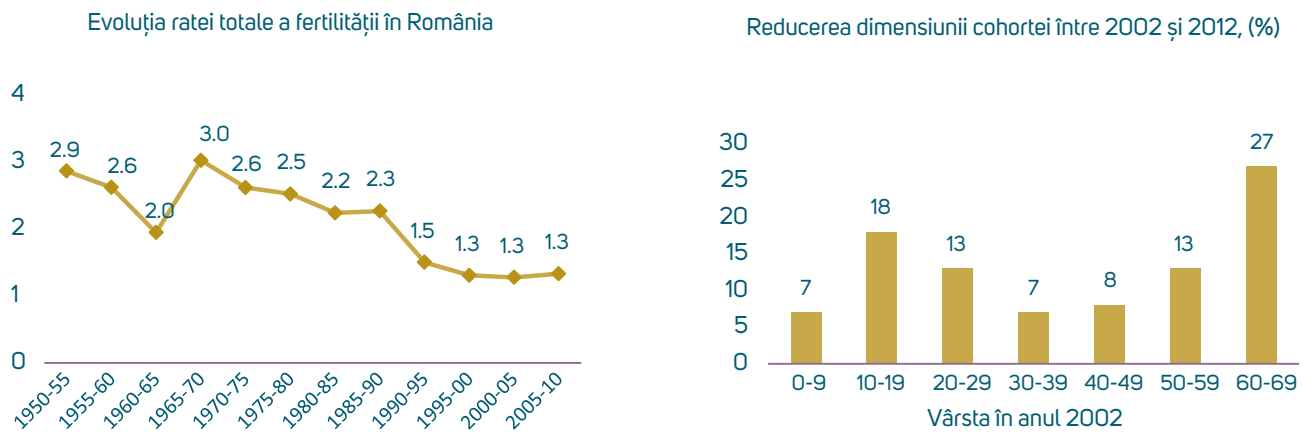
Sursa: Calcule ale Băncii Modiale folosind modelul PROST, pe baza datelor din 2013 furnizate de Ministerul Finanțelor Publice.

FIGURA 13: Evoluţia speranţei de viaţă în România



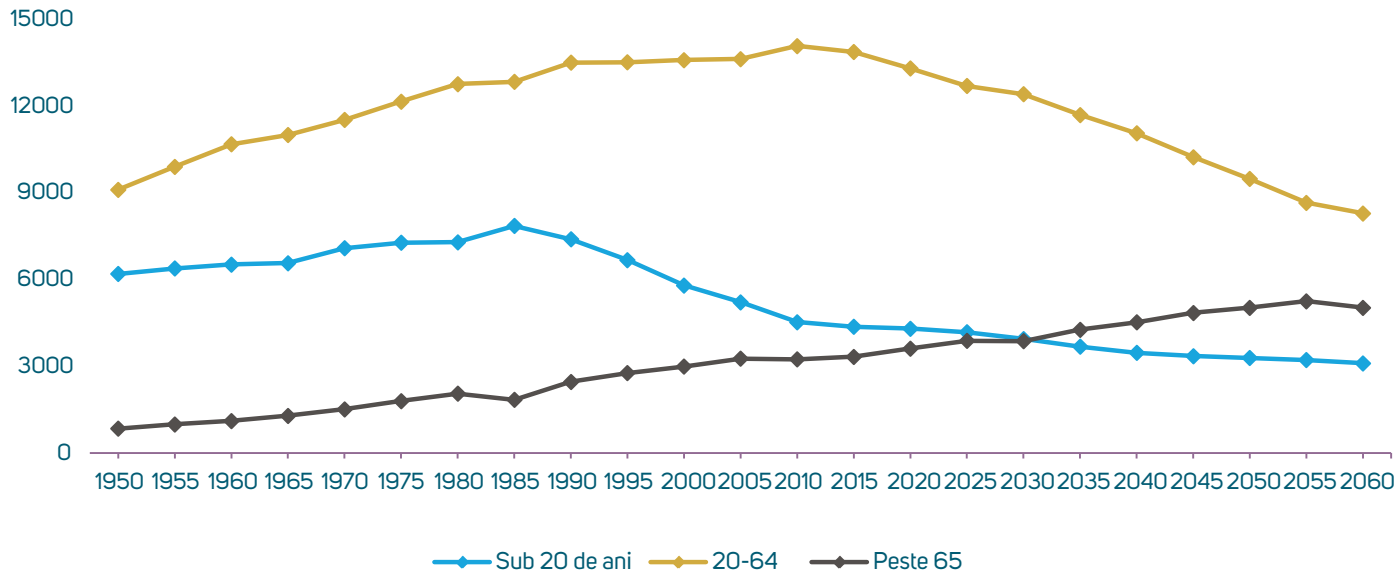
Sursa: Proiecțiile ONU privind populația.

FIGURA 14: Evoluţia ratei totale a fertilităţii în România şi efectul negativ asupra dimensiunii grupelor de vârstă, între 2002 şi 2011



Sursa: Calcule ale Băncii Mondiale folosind statisticile ONU privind populația (graficul din stânga), Eurostat (graficul din dreapta).

FIGURA 15: Numărul de persoane din diferite segmente de vârstă, din 1960 până în 2060 (mii)



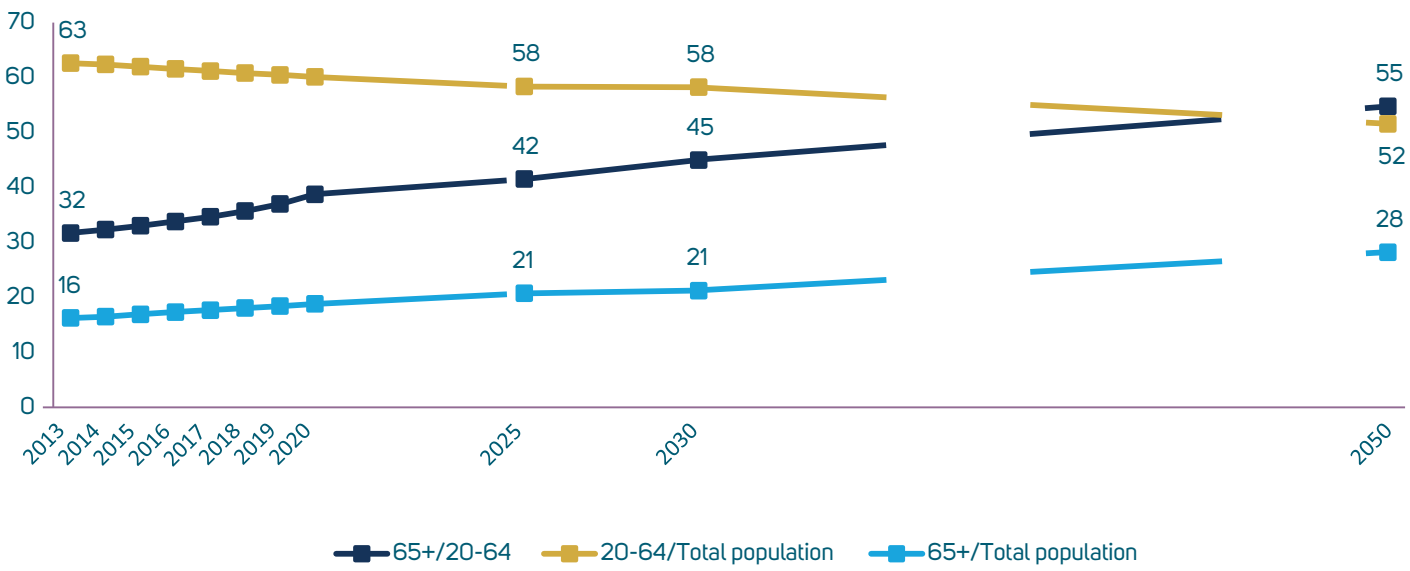
Sursa: Statisticile ONU privind populația. Proiecțiile demografice ale Uniunii Europene pentru perioada 2014-2050.

rezultatele abia peste câteva decenii. Tendința de prelungire a speranței de viață este deja bine înrădăcinată.

Conform previziunilor, România va cunoaşte una dintre cele mai accelerate scăderi ale populației în vârstă de muncă de la nivelul Uniunii Europene, iar această tendință va exercita, probabil, o mare presiune asupra economiei. Proiecțiile demografice ale Uniunii Europene estimează că, până în 2050, numărul persoanelor cu vârste peste 65 de ani va creşte dramatic şi va reprezenta aproape 30% din totalul populației în 2050. În acelaşi timp, populația în vârstă de muncă (între 20 şi 64 de ani) va scădea cu peste 10% ca şi procent din totalul populației (vezi Figura 16). Ca urmare, rata de dependență a persoanelor vârstnice - definită ca raportul dintre persoanele cu vârste peste 65 de ani şi populația în vârstă de muncă - se va dubla în următoarele patru decenii, ajungând la 55% în 2050. În următorii ani rata de dependență a persoanelor vârstnice va creşte de la aproximativ 22% în 2014 la 33% în 2020. Reducerea segmentului de populație care contribuie la producția economică ar putea avea ca rezultat o creştere mai mică a venitului pe cap de locuitor şi ar putea limita perspectivele de creştere economică.

Raportul de dependență demografică - definit ca raportul dintre persoanele sub 20 de ani şi peste 65 de ani şi persoanele în vârstă de muncă (cele cu vârsta cuprinsă între 20 şi 64 de ani) - este preconizat să crească, până în 2050, cu mai bine de 0,35, de la nivelul minim de 0,60 din 2013. Această creştere rapidă a ratei de dependență va fi parțial determinată de creşterea accentuată a numărului de persoane în vârstă de peste 65 de ani ca pondere în totalul populației, după cum arată Tabel 23. Tranziția demografică preconizată va creşte, probabil, presiunea fiscală asupra bugetelor publice, având în vedere că numărul mare al persoanelor vârstnice va atrage cheltuieli ridicate la nivelul pensiilor, al serviciilor de sănătate şi al celor de îngrijire de lungă durată. Odată cu încetinirea creşterii economice şi reducerea încasărilor din impozitul pe venit - rezultate probabile al scăderii populației în vârstă de muncă, România va trebui să găsească soluții cost eficiente pentru a satisface nevoile crescânde ale unei populații vârstnice tot mai numeroase. În absența unei reforme, tendința de îmbătrânire demografică poate să ducă la rate mai mari ale sărăciei, excluziunii sociale şi dependenței în rândul persoanelor vârstnice.

FIGURA 16: Modificări preconizate în componența pe vârste a societății românești (%)



Sursa: Proiecțiile demografice ale Uniunii Europene pentru perioada 2014-1050.

TABEL 23: Tendinţele raportului de dependenţă demografică şi ponderea persoanelor în vârstă de peste 65 de ani în totalul populaţiei

	2015	2020	2025	2030	2050
Raportul de dependență demografică	0,61	0,66	0, 71	0, 72	0, 94
Ponderea persoanelor cu vârsta de peste 65 de ani în totalul populației	17	19	21	21	28

Sursa: Proiecțiile demografice ale Uniunii Europene pentru 2014-2050.

Dimensiunile etnice ale fenomenului de îmbătrânire a populaţiei în România

Spre deosebire de tendințele demografice înregistrate la nivel național, una dintre cele mai numeroase minorități din România, populația romă, reprezintă un grup tânăr, cu o creştere dinamică.[52] Aproximativ 613.000 de români, respectiv 3,3% din populație, au declarat că sunt de etnie romă cu ocazia Recensământului din 2011, ceea ce înseamnă că romii sunt a doua minoritate etnică din punct de vedere al mărimii din. Experții estimează că numărul actual al romilor este mult mai mare. Potrivit Consiliului Europei, populația romă din România era cuprinsă, în 2010, între 1,2 milioane şi 2,5 milioane (adică între 6,5% şi 13,5% din populația totală). Copiii şi tinerii cu vârste între 0 şi 14 ani – următoarea generație ce va intra pe piața muncii – reprezintă aproape 40% din populația romă comparativ cu 15% la nivelul populației totale. Prin urmare, tendința demografică manifestată în rândul romilor se află în contrast evident cu profilul populației generale a României, ce prezintă o rată de îmbătrânire rapidă (Anexă Figura 4.1). Speranța de viață este mult mai scăzută în rândul minorității rome decât la nivelul populației totale a României. Unii estimează diferențe de până la 6 ani, în timp ce alții au atras atenția asupra unei diferențe de 16 ani între vârsta medie de deces a romilor şi cea a populației totale a României.[53]

Cum se preconizează o scădere a populației totale în vârstă de muncă a României, este de aşteptat ca procentul romilor să crească. În funcție de diferitele estimări ale dimensiunii populației rome, menționate anterior, între 6% şi 20% dintre tinerii de azi din România sunt romi. Acest grup minoritar este, în general, exclus de pe piața muncii şi, dacă situația rămâne neschimbată, populația ocupată va scădea şi mai rapid decât o sugerează proiecțiile demografice de la nivel național. De aceea, asigurarea incluziunii minorității rome este esențială pentru dezvoltarea României. Creşterea ratei de ocupare şi a veniturilor romilor poate aduce beneficii economice considerabile, variind între 887 de milioane euro şi 2,9 miliarde euro pe an, precum şi beneficii fiscale suplimentare cuprinse între 202 milioane euro şi 675 de milioane euro pe an.[54]

Dimensiunile regionale ale fenomenului de îmbătrânire a populaţiei în România

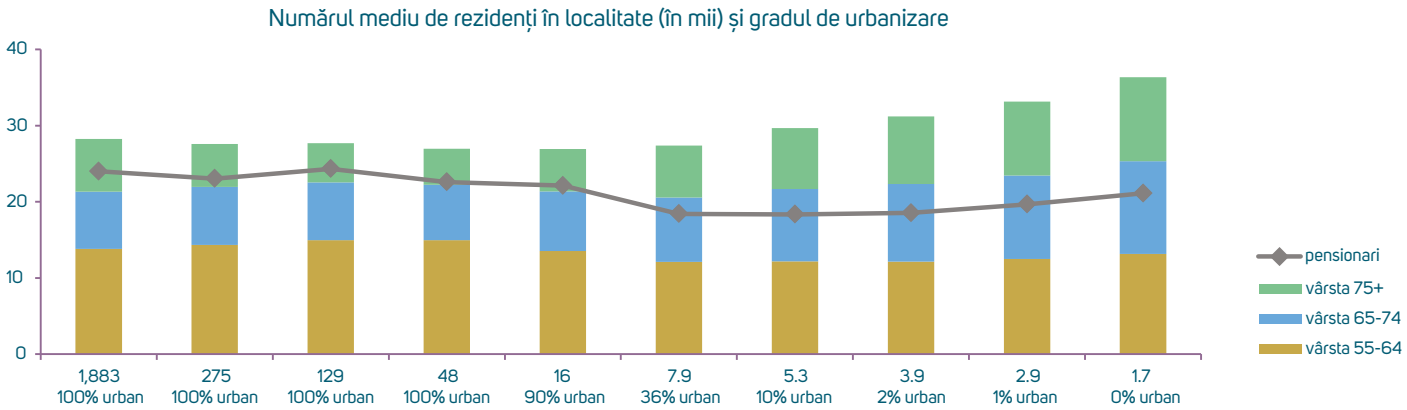
Fenomenul îmbătrânirii populației din România are un pronunțat caracter regional, aşa cum rezultă şi din distribuția inegală a populației vârstnice la nivelul țării (vezi partea stângă a Anexă Figura 4.2).[55] Acest proces inegal de îmbătrânire nu se traduce neapărat printr-o reducere regională proporțională a numărului de contribuabili sau prin creşterea proporțională a cheltuielilor generate de îmbătrânirea populației. De exemplu, zonele cu o „densitate mare de pensionari" prezentate în Anexă Figura 4.2 (partea dreaptă) nu sunt întotdeauna identice cu cele care înregistrează cea mai mare pondere a populației în vârstă de 65 de ani şi peste. Cele două hărți din Anexă Figura 4.2 prezintă o concentrare a persoanelor vârstnice şi a pensionarilor în regiunile sudice, în timp ce partea centrală şi de vest a României are în mod semnificativ mai mulți pensionari decât ar sugera numărul de persoane vârstnice, observându-se situația inversă în zona de nord-est.

O analiză mai aprofundată a distribuției geografice a populației vârstnice subliniază diferențe clare în ceea ce priveşte componența pe vârste a populației, în funcție de

[52] Această secțiune foloseşte informații din documentul Băncii Mondiale (2014a).
[53] Banca Mondială (2014a).
[54] Banca Mondială (2014a).
[55] Această secțiune foloseşte informații din Bănca Mondială (2014a).

gradul de urbanizare. Pentru aproximarea gradului de urbanizare, am grupat populația României în decile, în funcție de dimensiunea municipalității în care locuieşte (vezi Figura 17). Coloana din extrema stângă reprezintă populația Bucureştiului, iar cea din extrema dreaptă reprezintă populația care trăieşte în cele mai mici localități rurale, cu o medie de 1.700 de locuitori. Figura 17 arată că între 12% şi 15% din populația urbană are vârsta de peste 65 de ani, proporția fiind mai mare (23%) în cele mai mici comunități rurale. Totuşi, aproape 25% din populația urbană beneficiază de pensie, comparativ cu numai 18% până la 20% în mediul rural. Ultima statistică este scăzută artificial prin excluderea beneficiarilor pensiilor de agricultor, având în vedere că începând cu anul 2000 nu mai există noi beneficiari în această categorie, aceasta reprezentând tendința viitoare a sistemului de pensii în absența unei scheme de pensii de agricultor.

FIGURA 17: Proporţia populaţiei vârstnice pe decile de populație în funcție de gradul de urbanizare



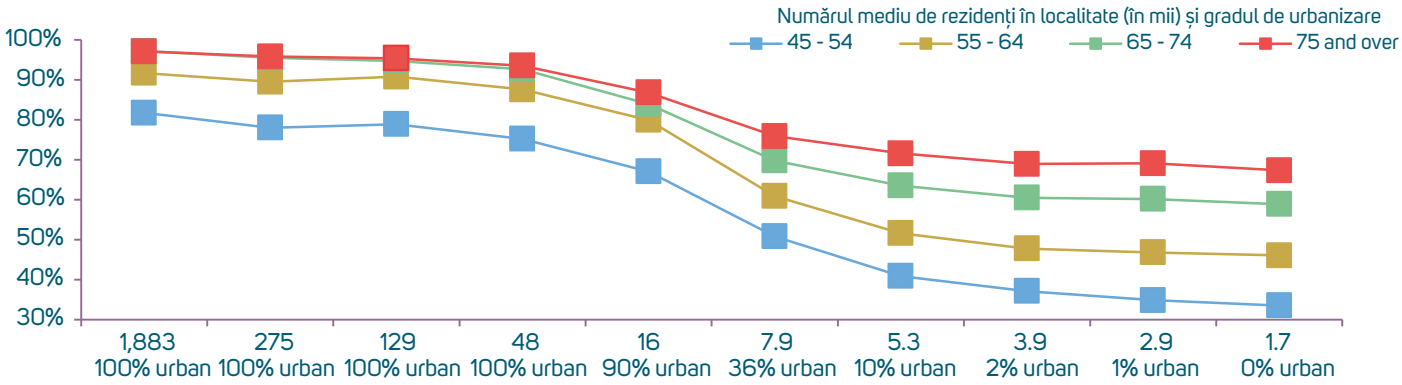
Sursa: Calcule ale Băncii Mondiale folosind Recensământul populației şi al locuințelor 2011.
Notă: Analiza exclude beneficiarii pensiei de agricultor, care nu se mai acordă din anul 2000, însă continuă să fie plătită dacă a fost acordată înainte de acel an.

Distribuția geografică inegală a fenomenului îmbătrânirii populației şi a gradului de acoperire al asigurărilor sociale va expune probabil, în viitor, multe persoane vârstnice din mediul rural unui risc crescut de sărăcie la vârste înaintate. După cum indică Figura 18, acoperirea asigurărilor sociale depăşeşte 95% la nivelul populației urbane de peste 65 de ani. Pe de altă parte, acoperirea pensiei scade în rândul populației rurale mai în vârstă. În timp ce multe persoane vârstnice din mediul rural care nu beneficiază de schema generală de asigurări sociale sunt eligibile pentru pensia de agricultor, acest lucru nu se aplică în cazul populației rurale mai tinere, deoarece nu se mai acceptă noi participanți în schema pensiilor de agricultor. Deşi populația de la sate poate şi trebuie să participe la sistemul public de pensii de tip redistributiv, alături de întreaga populație a României, un procent ridicat desfăşoară activități agricole de subzistență, situate de obicei în afara economiei bazate pe fluxuri monetare. Ca urmare, deseori, micii agricultori care desfăşoară activități independente nu pot plăti contribuțiile la sistemul de pensii, pierzându-şi astfel dreptul la pensia de tip contributiv, care i-ar putea asigura împotriva riscului de sărăcie la vârste înaintate.

Furnizarea de servicii medico-sociale populației vârstnice din mediul rural reprezintă o provocare şi mai mare dacă luăm în calcul distribuția geografică a persoanelor celor mai în vârstă. În ciuda speranței de viață mai scăzute înregistrate în zonele rurale mai sărace, cea mai mare pondere a persoanelor celor mai în vârstă – 75 de ani şi peste – trăiesc tot în mediul rural. Până la 11% din populația celor mai mici localități se află în acest interval de vârstă şi mai mult de o treime dintre aceşti cetățeni trăiesc singuri (Anexă Figura 4.3). Această populație este extrem de vulnerabilă la sărăcie, excluziune şi lipsa accesului la servicii de sănătate şi îngrijire de lungă durată.

Diferențele mari între comunitățile urbane şi cele rurale în ceea ce priveşte rata de dependență a persoanelor vârstnice (vezi Anexă Figura 4.4) se datorează în mare parte migrației,

FIGURA 18: Gradul de acoperire cu asigurări sociale la nivelul populaţiei vârstnice pe decile de populație în funcţie de gradul de urbanizare



Sursa: Calcule ale Băncii Mondiale folosind Recensământul populației şi al locuințelor 2011.
Notă: Analiza exclude beneficiarii pensiei de agricultor, care nu se mai acordă din anul 2000, însă continuă să fie plătită dacă a fost acordată înainte de acel an.

în special celei interne datorate urbanizării. Este important ca factorii de decizie să realizeze că migrația, cu precădere migrația internă către zonele urbane, este un produs natural al dezvoltării, de care beneficiază în principal mediul urban. Acest fenomen este adesea încurajat în numele productivității crescute şi al oportunităților de angajare oferite tinerilor, putând fi benefic şi din alte motive. Totuşi, o rată ridicată a dependenței persoanelor vârstnice din localitățile rurale reprezintă adesea costul acestei dezvoltări economice, iar povara acestuia ar trebui distribuită între comunitățile urbane şi rurale.

În România, sistemul de pensii joacă cel mai important rol în protecția populației împotriva sărăciei la vârste înaintate. Rata de incidență a sărăciei în rândul pensionarilor a fost relativ mare în perioada de tranziție a României din anii '90. Totuşi, aceasta a scăzut considerabil în perioada în care s-a înregistrat o puternică creştere economică, între 2000 şi 2008. Sărăcia absolută, calculată pe baza metodologiei Băncii Mondiale, care ia în considerare nevoile minime de bază ale unei gospodării, a scăzut de la 35,9% în 2000 la aproximativ 5% în 2008. În 2008, rata de incidență a sărăciei în cazul persoanelor cu vârsta de 65 de ani şi peste, înainte de primirea oricărui tip de transfer, a ajuns la 80,7%. Totuşi, transferurile realizate prin sistemul de pensii au ajutat 61,9% din populația vârstnică să iasă din sărăcie. Alte transferuri sociale au redus rata de incidență a sărăciei cu încă 2,6 puncte procentuale. În mod similar, în cazul persoanelor cu vârste cuprinse între 50 şi 64 de ani, transferurile de pensii au diminuat rata de incidență a sărăciei pre-transfer de 48,4% cu 32,8 puncte procentuale, în timp ce alte transferuri sociale au reuşit să o reducă cu 2,1 puncte procentuale. Această analiză indică în mod clar faptul că scăderea substanțială a ratelor de înlocuire şi/sau reducerea acoperirii sistemului de pensii ar putea creşte semnificativ rata de incidență a sărăciei la vârste înaintate în România.[56]

Pe viitor, nu se preconizează nicio creştere semnificativă a deficitului sistemului de pensii de tip redistributiv (Anexă Figura 4.5). Această situație se datorează, în principal, scăderii nivelului de acoperire a pensiei, în special în mediul rural unde schema pensiilor de agricultor nu mai acceptă noi participanți, şi reducerii ratelor de înlocuire. Se preconizează că valoarea pensiilor medii din Pilonul I şi Pilonul II combinate, ca procent din salariul mediu, va scădea cu mai mult de 15 puncte procentuale, reprezentând aproximativ 35% din salariul mediu la finalul perioadei de simulare. Această scădere este cauzată de o indexare mai puțin generoasă a pensiei, aşa cum este prevăzut în lege începând cu 2021, când valoarea punctului de pensie

[56] Organizația Internațională a Muncii (2010) și Banca Mondială (2015b).

trebuie să fie majorată anual cu 100% din rata inflației plus 45% din creşterea reală a salariului mediu brut, realizat în anul precedent. În următorii nouă ani, procentul creşterii salariale reale, luat în considerare la calcularea valorii pensiei, va fi redus gradual cu 5% pe an până în 2030, când valoarea punctului de pensie se va mări doar în funcție de creşterea ratei inflației.

Având în vedere scăderea preconizată a nivelului de acoperire a pensiei (vezi Tabel 24), în viitor, un număr mai mic de persoane vârstnice vor beneficia de pensia de tip contributiv pentru limită de vârstă, în special în zonele rurale ale țării. După cum s-a menționat anterior, sistemul de pensii a avut cel mai important efect asupra reducerii sărăciei populației vârstnice în România. Ca urmare, orice scădere a nivelului de acoperire ar putea periclita grav şansele României de a-şi atinge obiectivul de a scoate din sărăcie 580.000 de persoane până în 2020. Evoluția situației din mediul rural ridică şi întrebarea dacă riscul sărăciei la vârste înaintate va fi abordat de factorii de decizie pe termen mediu spre lung. Schimbările vor afecta în mod special femeile, 32% dintre ele depinzând în prezent de pensia de agricultor acordată după împlinirea vârstei de 65 de ani (numai 13% dintre bărbații din această grupă de vârstă primesc în prezent pensia de agricultor). Pensiile universale pentru limită de vârstă, pensiile de agricultor restabilite sau programele extinse de asistență socială adresate zonelor rurale par a fi singurele opțiuni viabile.

TABEL 24: Nivelul preconizat de acoperire a pensiei şi rata preconizată de înlocuire (Pilonii I şi II) (%)

		2015	2020	2025	2030	2040	2050	2060	2070	2080
Acoperirea estimată a sistemului de pensii	Femei cu vârsta de 65 de ani			85	82	78	73	68	67	67
	Bărbați cu vârsta de 65 de ani	86	85	83	81	77	73	68	67	67
Rata totală preconizată de înlocuire (Pilonii I şi II)		49	44	41	37	34	33	33	33	34

Sursa: Calcule ale Băncii Modiale folosind modelul PROST, pe baza datelor din 2013 furnizate de Ministerul FinanțelorPublice.

Pe viitor, este de aşteptat ca venitul mediu din pensii să crească în continuare, scăzând însă treptat comparativ cu salariile. Reforma pensiilor din anul 2000 a consolidat legătura dintre contribuțiile plătite şi pensiile primite, oferind lucrătorilor unele stimulente pentru a rămâne în câmpul muncii o perioadă mai îndelungată. Reforma a intenționat să elimine şi dezechilibrele fiscale provocate de creşterea rapidă a ratelor de dependență. Factorii de decizie trebuie apreciați pentru că au realizat din timp faptul că, având în vedere evoluțiile demografice, este necesară acumularea unui număr mai redus de drepturi de pensie. Aceasta înseamnă, desigur, că rata de înlocuire va scădea în cazul în care nu se prelungeşte semnificativ perioada de contribuție. Chiar şi în condițiile unei creşteri treptate a vârstelor de pensionare aşa cum este prevăzut, este de aşteptat ca rata de înlocuire să scadă în timp, după cum reiese şi din Tabel 24. Cei afectați de această schimbare vor prefera, probabil, să muncească mai mult pentru a atenua scăderea relativă a veniturilor din pensie.

Această schimbare demografică va exercita o presiune fiscală ridicată asupra sistemului public de pensii, a serviciilor de asistență medicală şi a îngrijirii de lungă durată, în timp ce impozitele pe veniturile salariale se vor mări. Se estimează că populația în vârstă va creşte atât în termeni absoluți, cât şi ca pondere în populația totală, rezultând astfel o cerere mai mare de servicii medicale şi de îngrijire de lungă durată. Această situație ridică multe semne de întrebare referitoare la modul în care se va reuşi acoperirea nevoilor crescânde ale vârstnicilor. Totodată, scăderea estimată a proporției populației ce contribuie la producția economică ar putea avea ca rezultat o creştere mai mică a venitului pe cap de locuitor şi încetinirea creşterii economice generale. În absența unei reforme, îmbătrânirea populației poate atrage astfel rate mai ridicate ale sărăciei, excluziunii sociale şi dependenței în rândul persoanelor vârstnice.

Pentru a diminua riscurile prezentate de îmbătrânirea populației, recomandăm ca guvernul să implementeze politici care:

- **Să asigure o viață mai lungă şi mai sănătoasă şi o carieră îndelungată populației vulnerabile în vârstă de muncă.** În viitor, presiunile fiscale pot atrage o rată internă redusă a rentabilității contribuțiilor la pensii,

fiind necesare perioade de contribuție şi mai lungi şi un nivel mai ridicat al contribuției pentru a obține o pensie decentă. Aceasta poate expune riscului de sărăcie numeroşi viitori pensionari. Femeile sunt cu totul vulnerabile deoarece au, în general, un număr mai mic de ani lucrați şi câştigă salarii mai mici (acumulând astfel mai puține drepturi de pensie). De asemenea, adesea trăiesc mai mult decât partenerii lor şi, prin urmare, ajung să locuiască singure, confruntându-se cu un cost al vieții mai ridicat şi, implicit, cu un risc mai mare de sărăcie şi excluziune socială. Pentru a elimina această problemă, sugerăm ca guvernul să asigure o pensie adecvată persoanelor vârstnice cu o vechime mică în muncă şi cu venituri salariale scăzute, dar şi celor ce trăiesc singure. În plus, este esențial să se găsească metode de a creşte vechimea în muncă în sectorul formal şi şansele de angajare sau de a obține un venit în cazul grupurilor vulnerabile.

- **Să analizeze politica privind pensiile sociale.** Acoperirea redusă a populației în vârstă de muncă de către sistemul de pensii, în special în mediul rural, va conduce în final la apariția unui segment mare de persoane vârstnice neeligibile pentru pensiile contributive şi, prin urmare, expuse riscului de sărăcie. Acest lucru va exercita, la rândul său, o puternică presiune asupra programelor de asistență socială. În consecință, trebuie extins gradul de acoperire al sistemului de pensii şi asigurat un nivel adecvat al veniturilor în cazul persoanelor vârstnice care nu au dreptul la o pensie contributivă. Ca răspuns la acest risc, guvernul ar trebui să ia în calcul revizuirea politicilor sale referitoare la pensiile sociale adresate persoanele vârstnice şi identificarea surselor de finanțare a obligațiilor aferente pensiilor necontributive, care se aşteaptă să crească în ritm alert pe viitor.

- **Să analizeze legislația privind pensiile anticipate şi viitoarea vârstă de pensionare.** Problema reducerii numărului de pensii anticipate şi cea a prelungirii vârstei de pensionare sunt analizate în detaliu şi documentate corespunzător la nivel național. Trebuie stabilite cu atenție precondițiile acestor măsuri şi concepute programe adaptate care să pregătească această tranziție.

2.2.4. Protecţia consumatorilor săraci şi vulnerabili împotriva creşterii tarifelor la electricitate

Consumatorii vulnerabili sunt cei care trăiesc în sărăcie monetară, precum şi anumite categorii (precum persoanele singure sau în vârstă) cu venituri scăzute spre medii. Guvernul a mărit gradual tarifele la gaze şi energie electrică pentru a le alinia la tarifele din UE. Aceasta creşte povara energetică resimțită de consumatori, în special de familiile mai sărace.

Consumatorii săraci şi cei cu venituri scăzute spre medii vor continua să beneficieze de prestații de asistență socială, care vor acoperi o parte din costurile de încălzire pe timpul sezonului rece. Actualele măsuri de diminuare a costurilor includ creşterea nivelului programelor bazate pe testarea mijloacelor (programul privind venitul minim garantat şi alocația pentru susținerea familiei), plus sprijin sezonier prin programul de ajutoare pentru încălzirea locuinței. Acesta din urmă a fost modificat de curând în ideea de a oferi sprijin consumatorilor a căror unică opțiune de încălzire a locuințelor este electricitatea, pe lângă ajutorul acordat consumatorilor care folosesc lemne, gaze şi sistemul de termoficare. Acest program va continua sub auspiciile viitorului program VMI.

Pe lângă ajutorul pentru încălzire, acordat familiilor cu venituri mici care trăiesc în locuințe proprietate personală, noul program consolidat VMI, bazat pe testarea mijloacelor de trai, va include o componentă locativă adresată familiilor care trăiesc în locuințe sociale. Acest ajutor locativ va acoperi costul chiriei suportate de aceştia şi o parte din costurile cu încălzirea pentru a preveni fenomenul persoanelor fără adăpost, prin reducerea numărului evacuărilor.

2.3. Servicii sociale

„Scopul nostru este asigurarea unei rețele naționale de servicii sociale echitabil distribuite, performante şi accesibile tuturor potențialilor beneficiari la nivel național.” Guvernul României: Strategia de dezvoltare a serviciilor sociale 2006-2013, HG 1826/2005.

Obiective principale

2.3. Servicii sociale 110

2.3.1. Încurajarea co-deciziei şi a implicării beneficiarilor în furnizarea serviciilor sociale 112

2.3.2. Îmbunătățirea procesului de evaluare a nevoilor la nivelul comunității și a sistemului de management a informațiilor, precum și asigurarea alinierii acestora la politicile şi practicile decizionale locale 113

2.3.3. Îmbunătățirea finanțării serviciilor sociale 115

2.3.4. Consolidarea şi îmbunătățirea asistenței sociale la nivel comunitar 120

2.3.5. Crearea unor echipe comunitare de intervenție integrată 129

2.3.6. Dezvoltarea serviciilor sociale adresate grupurilor vulnerabile 137

2.3. Servicii sociale

În sensul Legii asistenței sociale nr. 292/2011 (art. 27 alin. 1), serviciile sociale reprezintă activitatea sau ansamblul de activități realizate pentru a răspunde nevoilor sociale, precum şi celor speciale, individuale, familiale sau de grup, în vederea depăşirii situațiilor de dificultate, a prevenirii şi a combaterii riscului de excluziune socială, a promovării incluziunii sociale şi a creşterii calității vieții.[57] Această secțiune vizează serviciile sociale din cadrul sistemului de asistență socială, având în vedere că celelalte tipuri de servicii (precum cele din sfera ocupării forței de muncă, a educației, a sănătății, a justiției şi a locuirii) sunt dezbătute în alte capitole.

Dezvoltarea serviciilor sociale constituie un obiectiv strategic al Guvernului României încă din 2006 şi va rămâne o prioritate până în 2020. Începând cu anul 1990, statul, autoritățile locale, ONG-urile şi societățile comerciale au dezvoltat o gamă largă de servicii sociale adresate categoriilor vulnerabile pe întreg teritoriul României, care trebuie consolidate şi extinse în continuare. În prezent, sistemul național de asistență socială este un sistem structurat, ce a parcurs următoarele etape cheie:

- Adoptarea legislației în baza căreia autoritățile publice locale trebuie să organizeze, să acorde şi să finanțeze servicii sociale ca servicii de interes public local;[58]
- Adoptarea legislației care prevede un pachet variat de instrumente de finanțare din fonduri publice (adresate organizațiilor private), prin finanțare directă, dar şi în sistem concurențial;[59]
- Redirecționarea, în 1998, a finanțării acordate de MMFPSPV, renunțând la sprijinirea programelor menite să înființeze sau să reorganizează servicii de zi şi de tip rezidențial în favoarea susținerii cheltuielilor curente ale acestora, în special a celor legate de salarii şi de formarea specialiştilor (în paralel cu finanțarea înființării de noi centre);
- Adoptarea unui act normativ ce stabileşte un mecanism de asigurare a calității serviciilor sociale;[60]
- Adoptarea unui act normativ privind profesiile specifice domeniului social (precum profesia de asistent social şi cea de psiholog, în 2004);
- Ratificarea Cartei Sociale Europene (1998), ce reglementează dreptul persoanei la servicii sociale oferite de asistenți sociali calificați;
- Adoptarea legislației privind funcționarea sistemului de asistență socială (în 2001, 2006 şi 2011), care reglementează mecanismele de planificare strategică a măsurilor de asistență socială, pentru a oferi un răspuns rapid la schimbările economice, demografice şi sociale.

Este necesară o rețea de servicii amplă, bine coordonată şi integrată pentru a combate cele mai persistente probleme sociale ale României, precum nutriția precară a copiilor, neglijarea şi abuzul copiilor, părăsirea timpurie a şcolii şi slaba dezvoltare a programelor de educație timpurie a copilului. Printre aceste probleme putem include şi şomajul tinerilor, serviciile medicale primare şi preventive insuficiente, numărul mic al locuințelor sociale şi lipsa serviciilor de sprijin menite să răspundă diferitelor nevoi (precum dizabilități, dependență de droguri şi alcoolism, violență domestică, lipsa unui adăpost şi nevoile foştilor deținuți). Sărăcia monetară adânceşte şi mai mult vulnerabilitățile, însă doar prin acordarea de beneficii sociale nu se pot elimina actualele probleme sociale. Beneficiile sociale (atât în bani, cât şi în natură) trebuie să ofere beneficiarilor un venit sigur şi, prin urmare, orice reformă a sistemului va trebui să consolideze şi să optimizeze acest tip de sprijin. Sprijinul financiar este fundamental având în vedere nivelul ridicat al sărăciei şi al lipsurilor materiale din România şi riscul crescut prezentat de familiile cu membri tineri şi copii, însă categoriile cele mai vulnerabile

[57] Această definiție a serviciilor sociale concordă cu definiția cel mai des folosită la nivelul UE, aceea a „serviciilor sociale personale" (Munday, 2007:10). În România, serviciile sociale sunt servicii de interes general şi se organizează în forme/ structuri diverse, în funcție de activitățile desfăşurate şi de nevoile specifice ale fiecărei categorii de beneficiari (Legea 292/2011, art. 27 alin.2). Aceste servicii sunt oferite în diferite locații şi cadre instituționale, cum ar fi la domiciliul persoanei, în centre de zi şi structuri rezidențiale, fiind deservite de personal ce include asistenți sociali, îngrijitori, prestatori de servicii de asistență la domiciliu, terapeuți şi cadre aferente creşelor.

[58] Inclusiv o secțiune separată în bugetele locale dedicată serviciilor sociale (1996) şi serviciilor de protecție a copilului (1998); prima Lege privind bugetele locale (după 1989); înființarea serviciilor sociale ca servicii de interes public local (1996, 2001, prin Legea administrației publice locale); înființarea serviciilor de protecție a copilului în subordinea consiliilor județene, ca o responsabilitate inițial opțională (HG 1159/1996), iar mai apoi obligatorie (HG 205/1997); recunoaşterea furnizorilor de servicii sociale ca furnizori de interes public local (2001); o mai mare responsabilizare a autorităților publice locale în ceea ce priveşte înființarea, organizarea şi finanțarea serviciilor sociale (2001, 2003).

[59] Programe de subvenții (1998), finanțări (2005), concesionare şi achiziții (2001, 2006, 2012).

[60] Standarde de calitate (2001, 2004, 2005 etc.), acreditarea furnizorilor de servicii (2004), inspecția socială a furnizorilor de servicii (2006).

au nevoie şi de servicii sociale create pentru a răspunde nevoilor lor specifice. Aşadar, trebuie dezvoltate pachete de sprijin acordate categoriilor celor mai vulnerabile, care să integreze prestațiile financiare şi serviciile sociale în vederea promovării incluziunii cu succes a acestor persoane în societate.

Pe termen mediu, cererea de servicii sociale cel mai probabil va continua să crească, ținând cont de principalele tendințe demografice. Potrivit datelor Eurostat bazate pe Recensământul din 2011, România se află printre primele cinci state europene în care se înregistrează o scădere demografică datorată atât creşterii negative a populației, cât şi migrației. Deşi aproape jumătate din populație trăieşte în mediul rural,[61] doar 24% dintre serviciile sociale sunt furnizate în aceste zone şi doar 6% dintre subvențiile de la bugetul de stat acordate asociațiilor şi fundațiilor (Legea nr. 34/1998) ajung la centrele din localitățile rurale. Îmbătrânirea populației rurale şi pensia opțională pentru agricultori (2010), dar şi plecarea la muncă în străinătate a tinerilor şi a adulților se aşteaptă să ducă la o creştere a cererii de servicii sociale din partea persoanelor vârstnice şi a copiilor lăsați în țară de către părinți. În România, există încă o puternică tradiție a îngrijirii oferite în familie, cu toate că numărul mare al persoanelor active ce au plecat la muncă în străinătate face ca tot mai mulți copii şi vârstnici să nu beneficieze de sprijin familial. În următorii ani, emigrarea (mai ales a femeilor) va avea, probabil, un impact şi mai mare asupra cererii şi ofertei de servicii de asistență socială.

Pe termen scurt, o schimbare de paradigmă în procesul de dezvoltare a protecției sociale este necesară. Faptul că guvernul pune, la ora actuală, accent pe beneficiile sociale monetare este criticat deoarece acestea creează dependență şi nu sunt oportune sau favorabile dezvoltării. Majoritatea practicilor de dezvoltare comunitară adoptate în prezent, în România, sunt criticate pentru că nu se concentrează pe împuternicirea individului sau pe dezvoltarea umană dezvoltare umană. Numeroase servicii sociale sunt criticate pentru că nu răspund nevoilor reale ale beneficiarilor lor sau pentru că nu sunt centrate pe persoană (clientul fiind, adesea, perceput ca un simplu beneficiar pasiv). Prin urmare, trebuie să se treacă la o abordare care să vizeze, în principal, îmbunătățirea condițiilor de trai ale familiilor, implicarea familiilor în deciziile luate în legătură cu propriul caz şi sprijinirea familiilor de către comunitate.

Noua abordare ce trebuie promovată în următorii ani este una centrată pe familie şi pe persoană, fiind totodată sustenabilă şi fondată pe o viziune holistică asupra dezvoltării. Scopul acestei abordări este să încurajeze beneficiarii să folosească în mod creativ şi inovator cunoştințele deținute de membrii comunității şi resursele disponibile în mediul în care trăiesc pentru a-şi acoperi nevoile socio-economice. Această abordare urmăreşte maximizarea potențialului uman şi promovarea autonomiei şi a implicării în procesul decizional. Pune, de asemenea, accent pe sprijin şi servicii centrate pe persoană şi familie, integrate şi bazate pe comunitate. Cu alte cuvinte, abordarea se concentrează pe siguranța şi nevoile copiilor, tinerilor, adulților şi persoanelor în vârstă aflate în situații vulnerabile în familiile şi comunitățile lor şi se bazează pe punctele forte ale familiilor în vederea obținerii celor mai bune rezultate. În concordanță cu această abordare, prezentul studiu subliniază nevoia de servicii adecvate pentru întreaga populație, în special pentru persoanele sărace, cele vulnerabile şi cele cu nevoi speciale, promovează serviciile integrate şi comunitare în scopul asigurării unor intervenții durabile şi recunoaşte faptul că asistenții sociali, printre alți profesionişti, joacă un rol cheie în dezvoltarea capacității populației de a elimina cauzele şi consecințele sărăciei şi vulnerabilității lor.

Dezvoltarea serviciilor sociale trebuie încadrată într-o politică coerentă în baza unei abordări incluzive, create cu scopul de a sprijini persoanele în cadrul familiilor şi comunităților, mai ales în contextul regionalizării şi al descentralizării financiare şi administrative.[62] În acest scop, studiul de fundamentare identifică şase obiective principale: (1) încurajarea co-deciziei şi a implicării beneficiarilor în acordarea serviciilor sociale; (2) îmbunătățirea procesului de evaluare a nevoilor la nivelul comunităților locale și a sistemului de management a informațiilor, precum și asigurarea alinierii acestora la politicile şi practicile decizionale locale; (3) îmbunătățirea finanțării serviciilor sociale; (4) consolidarea şi îmbunătățirea asistenței sociale la nivel comunitar; (5) crearea unor echipe comunitare

[61] Potrivit noii clasificări NUTS (nomenclatorul comun al unităților teritoriale de statistică), România are două județe ce sunt predominant urbane (cu o populație rurală de sub 20%), 18 județe intermediare (cu o populație rurală între 20% şi 50%) şi 27 de județe ce sunt predominant rurale (cu o populație rurală de peste 50%).

[62] Serviciile sociale sunt înființate într-un sistem descentralizat (2003) şi, prin urmare, nu sunt supuse procesului de descentralizare (2006). Aşadar, este nevoie să se modifice Legea nr. 195/2006 privind descentralizarea. Creşterea capacității administrative de a asigura acces la servicii publice de calitate reprezintă un obiectiv general al Strategiei pentru consolidarea administrației publice 2014-2020 (Obiectivul general IV, Anexa 1: 83-85,www.mdrap.ro/userfiles/consultari_publice/30_06_14/anexa1.doc). Strategia recomandă dezvoltarea standardelor de calitate şi de cost pentru toate serviciile publice pentru ca acestea să devină mai eficiente şi să beneficieze de o calitate mai bună. De asemenea, propune crearea unui pachet minim de servicii publice de bază pe care va trebui să îl ofere fiecare unitate administrativ teritorială, precum şi un pachet opțional de servicii ce trebuie acordat de localitățile mai dezvoltate. Guvernul analizează la ora actuală alocările bugetare necesare pentru a atinge acest obiectiv.

de intervenție integrată, în special în comunitățile sărace şi marginalizate; (6) dezvoltarea serviciilor adresate categoriilor vulnerabile, inclusiv copiilor şi persoanelor cu dizabilități (și/ sau cu probleme de sănătate mintală), persoanelor vârstnice şi altor grupuri vulnerabile. Aceste obiective sunt dezbătute în secțiunile ce urmează.

2.3.1. Încurajarea co-deciziei şi a implicării beneficiarilor în furnizarea serviciilor sociale

Implicarea participativă a beneficiarilor este esențială pentru succesul şi sustenabilitatea serviciilor sociale oferite în cadrul unei comunități. Este, de asemenea, necesar să se asigure că intervențiile din sfera asistenței sociale au un impact pozitiv şi produc rezultate consistente. România nu deține încă nişte linii directoare clare privind implicarea beneficiarilor în procesul decizional al serviciilor sociale. Prin urmare, guvernul ar trebui să ia măsuri speciale, în concordanță cu alte forme de protecție a drepturilor consumatorilor, astfel încât să se asigure că beneficiarii au un cuvânt de spus în deciziile legate de planificarea, dezvoltarea, gestionarea şi evaluarea tuturor tipurilor de servicii sociale. Răspunderea socială include şi responsabilitățile şi obligațiile furnizorilor de servicii sociale în relația cu beneficiarii lor, dar şi necesitatea de a implementa mecanisme pentru gestionarea şi soluționarea reclamațiilor şi a petițiilor.

Trebuie extins rolul furnizorilor privați şi al ONG-urilor în acordarea şi dezvoltarea serviciilor sociale atât la nivel național, cât şi local. Actualele parteneriate public-private au avut o evoluție pozitivă de-a lungul anilor în ceea ce priveşte numărul şi amploarea activităților lor. Guvernul doreşte să ofere un sprijin mai consistent ONG-urilor ce oferă servicii sociale şi să creeze proceduri adecvate de contractare în vederea creşterii numărului şi calității serviciilor sociale disponibile comunităților şi cât mai multor persoane vulnerabile şi excluse.

Mai mult, în conturarea legislației secundare aferente Legii nr. 292/2011, MMFPSPV are în vedere:

- Reglementarea condițiilor speciale în care operatorii economici cu scop lucrativ pot acorda servicii sociale. Diferențierea naturii economice a serviciilor sociale după tipul de contract, nu după tipul de entitate.
- Asigurarea că legislația este în concordanță cu Directiva privind serviciile în cadrul pieței interne (2006) şi cu obligația de a stabili un punct de contact unic (OUG 49/2009);
- Analizarea diferitelor tipuri de parteneriate public-private în domeniul serviciilor sociale, în concordanță cu Directiva privind achizițiile publice şi cu Legea privind parteneriatul public-privat (de exemplu, analiza modului în care Fondul Român de Dezvoltare Socială alege grupurile din cadrul comunităților rurale sărace ce pot iniția activități generatoare de venituri sau proiecte de mică infrastructură);
- Simplificarea procedurilor de acreditare a furnizorilor de servicii sociale (înregistrare online cu confirmare ulterioară); organizarea registrului pe regiuni astfel încât viitoarele autorități regionale să îl poată prelua în momentul în care îşi asumă responsabilitățile delegate de către guvernul central;
- Îmbunătățirea Nomenclatorului Serviciilor Sociale (detalierea nivelului 4 din clasificarea CAEN, descrierea succintă a atribuțiilor, precizări legate de tipul de furnizor ce are dreptul să presteze serviciile respective);
- Includerea obligației de înregistrare a contractului de finanțare la oficiul de cadastru, în baza unei proceduri aplicate în cazul investițiilor în centrele de zi şi cele de tip rezidențial, astfel încât să se asigure sustenabilitatea investițiilor;
- Eliminarea obligației ca entitățile non-profit străine să obțină aprobarea prealabilă a guvernului pentru a putea funcționa în România şi recunoaşterea oficială a utilității publice a furnizorilor privați de servicii sociale (oferite de consiliile locale şi județene sau prin parteneriate intercomunitare/ regionale).

2.3.2. Îmbunătăţirea procesului de evaluare a nevoilor la nivelul comunității și a sistemului de management a informațiilor, precum și asigurarea alinierii acestora la politicile şi practicile decizionale locale

În sectorul serviciilor sociale, procesul de evaluare a nevoilor şi sistemele de gestionare a informațiilor sunt în continuare deficitare, fiind rareori folosite ca resurse pentru politicile şi practicile decizionale locale.[63] Unul dintre principalele obstacole pentru dezvoltarea şi monitorizarea serviciilor sociale este lipsa de date referitoare la problemele sociale locale, în special la nevoile populației sărace şi ale categoriilor vulnerabile, la serviciile disponibile şi modalitățile de referire. Serviciile existente nu sunt evaluate periodic şi, prin urmare, nu există informații care să ghideze responsabilii de politici sau managerii de programe în vederea realizării ajustărilor necesare. Serviciile sociale nu sunt oferite în baza unui plan transparent conectat la nevoile locale şi regionale. Nu există o metodologie pentru realizarea evaluării nevoilor comunitare şi a planificării strategice locale a serviciilor sociale, iar autoritățile locale nu dețin suficiente cunoştințe sau suficientă capacitate pentru a îndeplini aceste sarcini, mai ales în mediul rural şi în comunitățile urbane mici. În consecință, în ultimul deceniu, serviciile sociale (inclusiv cele de prevenție) au fost, în general, gestionate de către autoritățile județene (prin Direcțiile Județene de Asistență Socială şi Protecția Copilului sau DGASPC), nu de către comunitățile locale.

Aşadar, monitorizarea şi evaluarea serviciilor sociale necesită îmbunătățiri pentru ca sistemul de servicii sociale să devină mai responsabil, relevant şi eficient. Actuala bază de date (registrul național) cu furnizorii de servicii este limitată şi nu este în întregime operațională la nivelul anumitor funcții, care ar putea susține colectarea datelor şi documentarea politicilor publice.

Investiția într-un sistem electronic complex de asistență socială este esențială pentru planificarea, monitorizarea şi evaluarea eficientă a prestațiilor şi serviciilor de protecție socială. Acest gen de sistem electronic ar permite verificarea încrucişată automată a datelor din sfera asistenței sociale în toate bazele de date relevante. Sistemul electronic de asistență socială ar include: (i) o bază de date electronică a finanțelor publice, (ii) un registru agricol electronic, (iii) un registru electronic referitor la ocuparea forței de muncă şi pensii, (iv) un registru civil electronic şi (v) un registru național al furnizorilor de servicii sociale. Implementarea unui astfel de sistem la nivelul autorităților locale ar ajuta beneficiarii să acceseze informații, prestații şi servicii, ar simplifica procedurile, ar evita suprapunerea schemelor, ar diminua costurile administrative şi cele pentru beneficiari şi ar reduce sau chiar ar preveni erorile, fraudele şi corupția, respectând totodată dreptul clientului la protecția datelor şi intimitate.[64]

Sistemul electronic de asistență socială ar acoperi şi nevoile beneficiarilor într-un mod mai eficient, prin facilitarea coordonării prestațiilor cu serviciile sociale. Aceste două componente ale sistemului de asistență socială trebuie să devină complementare şi mai bine coordonate, astfel încât să asigure bunăstarea şi incluziunea tuturor beneficiarilor. Având o imagine clară asupra fiecărui beneficiar şi a tuturor prestațiilor financiare primite de aceştia, asistenții sociali ar putea crea un amplu sistem de planificare a serviciilor de sprijin, ar putea îndruma beneficiarii într-un mod informat către serviciile specializate (acolo unde este cazul) şi ar putea observa şi evalua impactul măsurilor de sprijin.

[63] Legea nr. 292/2011 prevede responsabilitatea autorităților publice locale de a planifica contractarea serviciilor sociale în funcție de nevoile comunității, de a inventaria serviciile sociale existente şi eficiența acestora, de a colabora cu furnizorii de servicii publici şi privați în vederea elaborării unor criterii de transmitere a datelor legate de tipurile de servicii sociale ce urmează a fi contractate, de a cuprinde programul de contractare a serviciilor sociale în planurile lor de acțiune anuale şi de a include fondurile necesare în bugetele locale.

[64] Ministerul Fondurilor Europene (2014).

TABEL 25: Starea actuală și nevoile de dezvoltare, 2014

Nevoia de dezvoltare	Starea actuală
Mecanisme de supraveghere – nivel macro	
Evaluarea nevoilor locale	Se face doar în cazuri izolate, în ciuda stipulării prin lege (în Legea asistenței sociale nr. 292/2011)
Cartografierea nevoilor	Se face doar în cazuri izolate. Nu există o metodologie, dar reprezintă o obligație ce revine autorităților locale, conform legii.
Cartografierea serviciilor existente	Se face doar în cazuri izolate. Nu există o metodologie, dar reprezintă o obligație ce revine autorităților locale, conform legii.
Sistem informațional integrat la nivel național	Încă deficitar. Există o bază de date comună cu furnizorii de servicii acreditați. S-a accesat un împrumut al Băncii Mondiale pentru dezvoltarea e-asistenței.
Gate-keeping mechanisms – micro level	
Evaluarea nevoilor individuale	În cazul persoanelor cu dizabilități, evaluarea este foarte „medicalizată". Metodologia de evaluare se află în curs de revizuire, cu sprijinul Băncii Mondiale/ finanțare din partea guvernului japonez. În cazul altor grupuri vulnerabile, evaluarea este slab dezvoltată.
Managementul de caz	Slab dezvoltat, mai ales în comunitățile mai mici. Mai bine organizat, dar necesită îmbunătățiri în cazul copiilor aflați în grija statului. Aproape absent în cazul adulților cu dizabilități. Este o obligație ce revine autorităților locale, conform legii.
Referirea către servicii	În cazul categoriilor celor mai vulnerabile, sistemul de referire este slab dezvoltat sau complet absent. Asistenții sociali ai SPAS nu cunosc serviciile specializate existente la nivel județean şi, prin urmare, nu pot îndruma beneficiarii într-un mod informat. Sistemul de referire a persoanelor cu dizabilități este învechit. În lipsa unei hărți a serviciilor existente, comisiile de referire nu cunosc rețeaua de servicii disponibilă la nivel local. În plus, persoanele cu dizabilități parcurg un proces special de referire în România după ce sunt încadrate în grad de handicap. În general, membrii comisiei nu sunt pregătiți corespunzător şi nu beneficiază de formare continuă.
Proceduri de licențiere/ acreditare	
Proceduri de licențiere/ acreditare	Procesul de licențiere şi acreditare a fost modificat în 2013. În prezent, este în curs o nouă reformă a acestuia.
Standarde de calitate	Învechite. Nevoie puternică de revizuire şi modernizare, mai ales în cazul serviciilor pentru adulți.
Proceduri de contractare şi finanțare a furnizorilor de servicii	
Contractare (autorități naționale sau locale)	Procedura nu este încă prevăzută clar în legislație. La ora actuală, se fac demersuri consistente de advocacy la nivel național în favoarea acestei proceduri.
Proceduri de finanțare (incluzând toate tipurile de mecanisme de finanțare)	Opțiuni puține, bugete mici la nivel local şi național şi lipsa costurilor unitare pentru bugetarea şi dezvoltarea noilor (şi actualelor) servicii. Cele câteva costuri unitare existente nu sunt actualizate şi trebuie revizuite, mai ales în cazul serviciilor pentru adulți.
Monitorizare şi evaluare	
Monitorizare	Nu există profesioniști în domeniu, în ciuda obligației de monitorizare prevăzute prin lege.
Proceduri de evaluare	Nu există profesioniști în domeniu, în ciuda obligației prevăzute prin lege de a evalua periodic serviciile.

2.3.3. Îmbunătăţirea finanţării serviciilor sociale

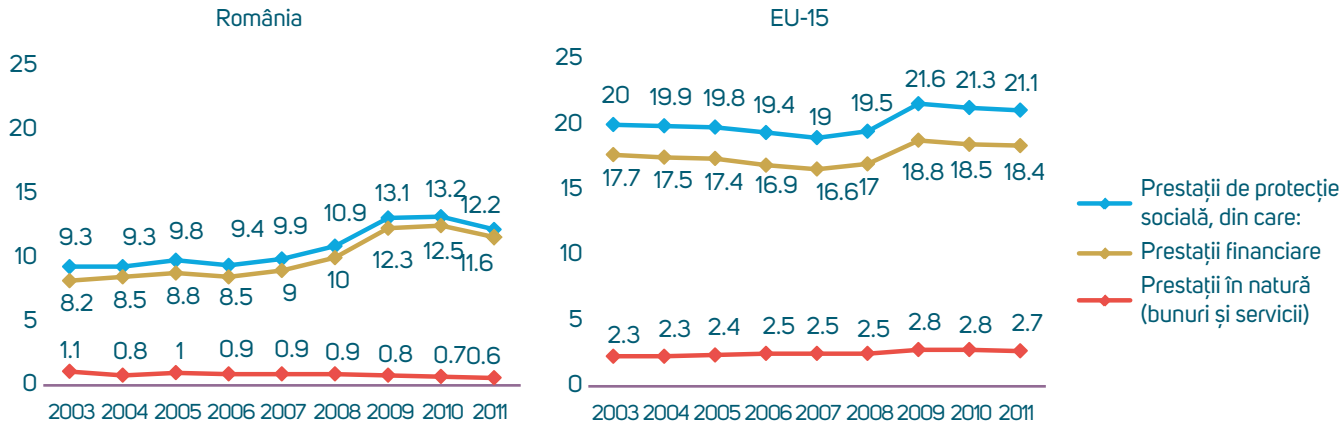
Această secțiune are la bază o analiză a datelor incluse în Sistemul European de Statistici Integrate privind Protecția Socială (pe scurt ESSPROS).[65]

Demersurile României din domeniul protecției sociale se numără încă printre cele mai slabe din Uniunea Europeană, în ciuda disponibilității crescute a fondurilor. Cheltuielile cu protecția socială[66] ca procent din PIB sunt mult mai mici în România decât în țările europene dezvoltate, atât la nivelul prestațiilor financiare, cât şi al celor în natură (bunuri şi servicii) (vezi Figura 19). În România, cheltuielile cu prestațiile financiare au urmat tendința europeană, mai precis au crescut în perioada crizei financiare globale, în timp ce serviciilor li s-au alocat constant aproximativ 4-5% din PIB-ul României față de media UE-28 de 8-10% (peste 10% în UE-15, cu o tendință de creştere după 2008).[67]

Fondurile totale alocate serviciilor sociale (din toate sursele de finanțare) au fost în permanență reduse. În termeni absoluți, alocarea bugetară totală aferentă serviciilor sociale (prestațiilor în natură) a crescut de la aproximativ 300 PPC[68] la 573 PPC pe cap de locuitor, între 2003 şi 2011. Chiar şi aşa, aceasta este foarte mică comparativ cu media UE-28 de aproape 2.500 PPC pe cap de locuitor sau cu cea de peste 2.800 PPC pe cap de locuitor din țările UE-15.

Peste 85% dintre cheltuielile totale ale României cu prestațiile în natură intră în sfera asistenței medicale (bunuri şi servicii în domeniul prevenției, tratării sau reabilitării).[69] Astfel, în 2011, doar aproximativ 0,6% din PIB a fost alocat serviciilor sociale altele decât cele medicale, inclusiv

FIGURA 19: Cheltuielile cu protecţia socială, în funcţie de tip, 2000-2011



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele Eurostat, ESSPROS, accesate la 29 august 2014.
Notă: *Prestații în natură (bunuri şi servicii) altele decât asistența medicală.

[65] Date accesate la 29 august 2014. ESSPROS cuprinde date administrative naționale referitoare la cheltuielile cu protecția socială, incluzând transferurile monetare şi prestațiile în natură (bunuri şi servicii), colectate folosind o metodologie ce permite realizarea unor comparații coerente între țările europene.

[66] Protecția socială cuprinde toate intervențiile organismelor publice sau private menite să elibereze gospodăriile şi persoanele fizice de povara unui set de opt riscuri sau nevoi, cu condiția să nu existe un acord reciproc sau individual simultan. Cele opt riscuri (sau nevoi) includ: (1) boală, îngrijire medicală; (2) dizabilitate; (3) bătrânețe; (4) pierderea unui membru al familiei; (5) copii şi familii; (6) şomaj; (7) locuire; (8) excluziunea socială ce nu intră în alte categorii, precum reabilitarea persoanelor dependente de substanțe. Prestațiile financiare includ plăți în numerar efectuate persoanelor asistate şi rambursarea cheltuielilor efectuate de aceste persoane. Prestațiile în natură se referă la bunurile şi serviciile acordate direct persoanelor asistate. (Eurostat, Manualul ESSPROS, 2011: 9).

[67] Serviciile în natură reprezintă tot mai des instrumentul preferat al guvernelor OCDE. În ultimii 20 de ani, cheltuielile totale cu serviciile sociale au crescut constant, în timp ce cheltuielile cu transferurile monetare au stagnat. În țările OCDE, sunt şanse ca cheltuielile cu serviciile sociale să continue să crească în contextul actualei crize globale, pe măsură ce creşte gradul de utilizare a serviciilor sociale de primă necesitate. (Richardson şi Patana, 2012: 3).

[68] Paritatea Puterii de Cumpărare.

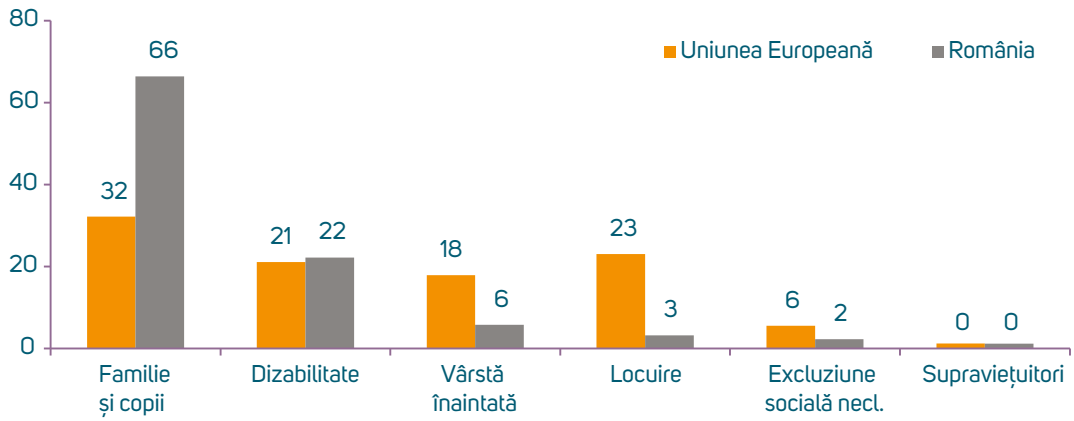
[69] Ca o comparație, proporția cheltuielilor aferente cazurilor de boală/ îngrijire medicală în totalul cheltuielilor cu prestațiile în natură a fost de 73% în țările UE-28, în 2011. Mai mult, între 2005 şi 2011, această proporție a crescut în România de la 77,3% la 86,7%, în timp ce în statele europene dezvoltate (UE-15) a rămas la un nivel constant, respectiv 73-74%.

serviciilor menite să protejeze populația împotriva unor riscuri sau nevoi legate de bătrânețe, copii şi familii, locuire, pierderea unui membru al familiei, dizabilitate, şomaj sau excluziune socială (de exemplu, reabilitarea persoanelor alcoolice şi a celor dependente de droguri). În România, serviciile sociale altele decât cele medicale beneficiază de o alocare totală din toate sursele de finanțare de aproximativ 84 PPC pe cap de locuitor (comparativ cu media UE-28 de 664 PPC pe cap de locuitor şi cu media UE-15 de peste 764 PPC pe cap de locuitor, în 2011).

Cea mai mare parte a cheltuielilor cu serviciile sociale (altele decât cele medicale) vizează protecția populației împotriva unor riscuri sau nevoi ce afectează copiii şi familiile, dar şi persoanele cu dizabilități. Toate aceste riscuri au fost în permanență subfinanțate. Din Figura 20 reiese că, în România, cheltuielile reduse aferente prestațiilor în natură au restrâns spectrul serviciilor. Având în vedere principalele tendințe demografice cu care se va confrunta România în următorii ani, guvernul trebuie să acorde mai multă atenție şi să aloce bugete mai consistente riscurilor şi nevoilor asociate bătrâneții. În plus, serviciile din sectorul locuințelor sociale beneficiază în România de bugete extrem de mici în comparație cu alte țări europene.[70]

Finanțarea serviciilor (şi a bunurilor) adresate persoanelor cu dizabilități a cunoscut o diminuare în ultimii ani, atât ca procent din PIB, cât şi ca PPC pe cap de locuitor.

FIGURA 20: Structura cheltuielilor cu serviciile sociale personale, altele decât cele medicale, 2011 (%)



Sursa: Eurostat, ESSPROS, date accesate la 29 august 2014.
Note: Datele se referă la prestațiile în natură din toate schemele, inclusiv la îngrijirile de tip rezidențial, asistența la domiciliu, reabilitare, centrele de zi pentru copii, ajutorul de deces, locuințele sociale şi alte prestații în natură. Excluziunea socială necl. (neclasificată altundeva) – include servicii ce nu se încadrează în celelalte categorii.

Acest lucru se observă în special în cazul ajutorului acordat pentru realizarea activităților cotidiene (asistență la domiciliu).[71] Tendința este cu totul îngrijorătoare din perspectiva obiectivului național de dezinstituționalizare a îngrijirilor şi de trecere la îngrijiri de tip familial pentru persoanele cu dizabilități.

În concluzie, în ciuda eforturilor guvernului de a finanța corespunzător sistemul de protecție socială, concentrarea pe transferurile monetare a dus la o puternică restrângere şi neglijare a serviciilor. Aceasta a fost exacerbată de criza globală. Profesioniştii din serviciile sociale au fost obligați să se descurce cu puțin, adoptând o abordare dictată mai degrabă de resursele limitate decât de nevoi sau priorități. Mai mult, în timp ce serviciile specializate de protecție socială au rămas subfinanțate dar în mare parte funcționale, serviciile preventive de asistență socială de la nivel comunitar au rămas în continuare în urmă la capitolul dezvoltare instituțională, capacitate şi grad de utilizare.

[70] În 2011, serviciile din sectorul locuințelor sociale au beneficiat în România de o alocare bugetară de 2,66 PPC pe cap de locuitor comparativ cu media UE-28 de peste 145 PPC pe cap de locuitor.
[71] Între 2003 şi 2011, alocarea aferentă asistenței la domiciliu pentru persoanele cu dizabilități a scăzut de la 0,2% la 0,1% din PIB şi de la 15,3 PPC la sub 7 PPC pe cap de locuitor. Prin contrast, cheltuielile cu îngrijirile de tip rezidențial acordate persoanelor cu dizabilități au crescut uşor de la 5,8 la 8,6 PPC pe cap de locuitor.

În momentul de față, autoritățile locale, DGASPC şi ONG-urile nu primesc suficiente fonduri de la bugetul de stat pentru dezvoltarea serviciilor sociale. Prin urmare, înființarea serviciilor sociale este, în general, susținută din bugetele locale, drastic micşorate din cauza nivelului scăzut de încasare a taxelor şi impozitelor în perioada de austeritate şi consolidare fiscală. Gradul de colectare a taxelor în mediul rural în 2012, de exemplu, a reprezentat doar 30% din nivelul normal (potrivit Asociației Comunelor din România). Din acest motiv, autoritățile locale au nevoie de sprijin suplimentar de la bugetul central pentru dezvoltarea serviciilor sociale.

DGASPC, finanțate de bugetul de stat şi consiliile județene,[72] constituie principalii furnizori de servicii sociale specializate şi, totodată, principalii contractanți de servicii sociale. În unele județe, DGASPC întâmpină dificultăți financiare, mai ales la nivelul acordării de servicii persoanelor cu dizabilități şi vârstnicilor, din cauza reducerii finanțării extrabugetare (cum ar fi donații şi sponsorizări).[73] Furnizorii neguvernamentali de servicii sociale se confruntă, la rândul lor, cu o serie de provocări majore deoarece fondurile disponibile acestei categorii de furnizori sunt în scădere, nesustenabile şi imprevizibile. Mecanismele de finanțare cheie pe care le au la dispoziție ONG-urile sunt subvențiile (de la bugetul central) şi finanțările din bugetele autorităților locale.

CASETA 9

Accesul furnizorilor de servicii sociale la finanțarea publică

Accesul furnizorilor privați de servicii sociale de tip non profit (organizații neguvernamentale, culte) la fonduri publice pentru susținerea și dezvoltarea acestor servicii reprezintă o problemă pe care majoritatea actorilor cheie o consideră insuficient reglementată și rezolvată la nivel național. Subfinanțarea generală a sistemului de servicii sociale, pe de o parte, dar și lipsa reglementărilor clare pentru utilizarea unitară a OUG 34/2006 (achiziții publice) în domeniul social, pe de altă parte, fac ca serviciile sociale să nu poată fi extinse în ritmul și numărul necesar, raportat la nevoile existente ale cetățenilor.

În prezent, furnizorii non-profit au acces la o paletă limitată de fonduri publice în România:

- Subvenții din bugetul de stat, acordate pentru anumite tipuri de cheltuieli din cadrul serviciului, în baza Legii 34/1998, cu modificările ulterioare;
- Fonduri nerambursabile acordate de consiliile județene sau locale, în baza Legii 350/2005;
- Fonduri publice utilizate pentru concesionarea sau respectiv dezvoltarea unora dintre serviciile prestate de către autoritățile publice, în baza OUG 68/2003, privind serviciile sociale.[74]

Autoritățile publice pot achiziționa servicii sociale de la furnizorii privați de tip non-profit prin procedura de achiziție reglementată de către OUG 34/2006 (actualizată). În cazul folosirii acestei proceduri însă, majoritatea autorităților publice (contractante) menționează faptul că realizarea caietelor de sarcini se poate realiza eficient, în prezent, doar pentru acele servicii pentru care există standarde minime de cost la nivel național. Acestea aparțin îndeosebi sectoarelor de protecție a copilului, asistență socială, adopție și anumitor servicii pentru persoanele cu dizabilități, pentru care au fost dezvoltate standarde de calitate și de cost în perioada 2004-2014.

Cu toate acestea, în situația unor situații de urgență la nivel local, autoritățile locale și județene pot decide să contracteze servicii suplimentare de la furnizorii non-profit chiar și atunci când nu există standarde minime de cost. În aceste situații însă, procedura de redactare a caietului de sarcini și cea privind decontarea cheltuielilor variază semnificativ de la un județ la altul, în absența unor norme de aplicare specifice serviciilor sociale, asociate ordonanței privind achizițiile publice.

Autoritățile locale subliniază în continuare nevoia de a avea norme de reglementare clare pentru achiziția serviciilor sociale de la furnizorii privați non-profit, în baza OUG 34/2006, mai ales în cazul acelor servicii care nu dispun încă de standarde de cost la nivel național.

Există în prezent un număr foarte limitat de județe care au achiziționat servicii sociale prin acest mecanism, deși Ministerul Muncii, Familiei, Protecției

[72] Conform legii, DGASPC sunt finanțate în proporție de 75% de la bugetul de stat şi 25% din bugetele județene şi locale (prin consiliile județene). În realitate, proporția fondurilor provenite din bugetul județean variază semnificativ în funcție de județ.
[73] MMFPSPV şi SERA România (2012).
[74] Prezenta ordonanță este în vigoare până la realizarea normelor metodologice pentru Legea nr. 292/2011 privind asistența socială.

CASETA 9 (continuare)

Sociale și Persoanelor Vârstnice consideră că această practică ar trebui folosită pe scară largă. În general, dificultățile cele mai frecvente semnalate de către autorități sunt următoarele: (i) Realizarea caietelor de sarcini specifice serviciilor sociale, mai ales atunci când serviciile pentru care este necesară această achiziție nu dispun de standarde de cost la nivel național; (ii) Dificultatea de a dezvolta criterii de apreciere cost-calitate care să permită o comparație eficientă a ofertelor furnizorilor privați și (iii) Lansarea ofertelor de achiziție în județele sau localitățile cu număr foarte limitat de furnizori, în care nu se pot întruni condițiile legale ale competiției deschise.

Majoritatea județelor și municipalităților sunt rezervate în utilizarea acestei ordonanțe, în special datorită interpretărilor diferite ale Curții de Conturi privind gestionarea acestor contracte de achiziție publică a serviciilor sociale. În acest context, o serie de servicii pentru care nu există încă standarde minime de cost la nivel național (și uneori nici standarde de calitate dezvoltate unitar) nu sunt achiziționate cu fonduri publice în baza OUG 34/2006, deși ele sunt foarte solicitate și necesare la nivel local.

Obligația României de a transpune în legislație națională noua Directivă a Achizițiilor Publice din 26 februarie 2014 (2014/24/UE) oferă o șansă de reglementare unitară a acestui domeniu, la nivel național. Directiva conține o secțiune specifică pentru serviciile sociale (Articolele 74-77), iar Statele Membre au obligația de a elabora norme specifice pentru implementarea acestor articole în legislația națională, până în anul 2016. Un număr important de furnizori non profit de servicii sociale, grupați în rețele mari de furnizori la nivel național (Dizabnet, SenoriNet, Federația Organizațiilor Neguvernamentale pentru Copil, Federația Organizațiilor Neguvernamentale pentru Servicii Sociale) au solicitat în ultima parte a anului 2014 și începutul anului 2015 participarea la discuții și grupuri de lucru cu reprezentanții Ministerului Finanțelor și ANRMAP pentru elaborarea acestor prevederi specifice pentru sectorul serviciilor sociale.

Sursa: Opinii prezentate la Forumul Serviciilor Sociale din Brasov (10-12 februarie 2015), organizat de Caritas Romania, Fundatia pentru Voi Timisoara și Alături de Voi Iași, în cadrul proiectului „ONG-uri mai puternice împreună"

Cadrul de finanțare necesită, de asemenea, îmbunătățiri pentru a asigura sustenabilitatea finanțării serviciilor sociale. Acest cadru deține un rol critic în reglementarea cererii şi ofertei de servicii sociale şi reprezintă unul dintre instrumentele cheie de politică publică pentru asigurarea disponibilității, cost eficienței şi calității serviciilor sociale. Cercetarea calitativă realizată în scopul raportului de față relevă faptul că autoritățile locale şi cele județene prezintă o oarecare reticență în ceea ce priveşte dezvoltarea serviciilor sociale, chiar şi atunci când există fonduri, din cauza lipsei unui cadru de finanțare adecvat care să le protejeze împotriva eventualelor acuzații de fraudă în cadrul inspecțiilor realizate de Curtea de Conturi a României. Achiziționarea (şi concesionarea) serviciilor sociale nu este încă reglementată corespunzător la nivel național şi nu există nici mecanisme eficiente de monitorizare şi evaluare. Din acest motiv, autoritățile fiscale recurg adesea la interpretări diferite ale legislației referitoare la concesionarea serviciilor sociale furnizorilor din sectorul non-profit. În consecință, autoritățile locale din multe județe au devenit reținute în a contracta aceste servicii de la furnizorii privați, în ciuda capacității lor limitate de a acorda toate serviciile necesare.

Cadrul de finanțare ar trebui să garanteze că fondurile limitate disponibile serviciilor sociale sunt cheltuite acolo unde nevoia este cea mai mare. Trebuie făcută o prioritizare a numeroaselor solicitări pentru a asigura alocarea fondurilor publice categoriilor cu nevoia cea mai mare şi serviciilor ce obțin cele mai bune rezultate. Această prioritizare (sau raționalizare) necesită personal care să dețină pregătirea şi cunoştințele tehnice necesare pentru a realiza evaluarea nevoilor şi corelarea serviciilor, precum şi sprijinirea asistenților sociali de la nivel comunitar pentru a identifica potențialii beneficiari şi serviciile. Cadrul ar trebui şi să stabilească standarde de servicii prin care să se asigure că toți furnizorii – publici, privați sau neguvernamentali – acordă servicii de calitate, într-un mod eficient.

Pentru a obține un cadru de finanțare mai eficient, trebuie făcute în continuare unele îmbunătățiri în câteva domenii:

- **Mecanismele şi procedurile de finanțare** trebuie definitivate, mai ales în contextul descentralizării. Principalul obiectiv ar trebui să fie acela de a direcționa mai multe resurse către serviciile comunitare adresate familiilor cu risc şi îngrijirilor alternative de tip familial. În acelaşi timp, actualele proceduri de colectare şi utilizare a donațiilor şi sponsorizărilor de către instituțiile publice sunt destul de greoaie şi trebuie simplificate.

- **Mecanismele de finanțare din diferite sectoare** (precum sănătate, educație, locuire şi ocupare) trebuie coordonate şi armonizate mai bine pentru a încuraja şi a susține dezvoltarea serviciilor integrate.

- **Îmbunătățirea, creşterea transparenței şi diseminarea procedurilor de contractare a serviciilor sociale** de la furnizorii neguvernamentali şi privați reprezintă priorități. În cazul serviciilor sociale pentru care există un set de indicatori de performanță agreați, responsabilii de politici ar putea lua în considerare posibilitatea adoptării unui model de contractare orientat spre realizări, cu plăți eşalonate. Procedurile de concesionare a serviciilor sociale ar trebui să țină seama de rezultatele evaluărilor nevoilor locale şi de prioritizarea serviciilor sociale.

- **Îmbunătățirea metodologiei de stabilire a costurilor şi a procedurilor pentru serviciile sociale** constituie o prioritate. Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale şi Persoanelor Vârstnice (MMFPSPV) a stabilit costuri standard pentru serviciile sociale (HG 23/2010). Cu toate acestea, un studiu din 2012 relevă faptul că, deşi 94% dintre DGASPC aplică aceste costuri standard, 93% dintre ele consideră că acestea trebuie revizuite şi modificate.[75] Furnizorii de servicii sociale (mai ales ONG-urile, dar nu numai) sunt de părere că actualele costuri standard nu sunt corecte şi realiste deoarece sunt calculate ca şi costuri medii, puternic influențate de costurile instituțiilor mari de tip rezidențial, fără o referire directă la standardele de îngrijire. Din acest motiv, este extrem de important să se stabilească o metodologie şi proceduri mai performante în vederea determinării costurilor standard pentru serviciile sociale, mai ales în cazul adulților şi persoanelor vârstnice.

Pentru dezvoltarea cu succes a sectorului, va fi fundamental ca guvernul să asigure fonduri adecvate, în paralel cu finanțarea acordată de diferite organisme europene.[76]

CASETA 10

Județul Harghita – finanțarea parțială a furnizorilor privați de tip non-profit prin fonduri locale nerambursabile, alocate și utilizate conform Legii 350/2005

Consiliul Județean Harghita a identificat soluții la această problemă, cu precădere în ceea ce privește dezvoltarea serviciilor de îngrijire la domiciliu, o categorie de servicii pentru care nu au existat până în prezent standarde naționale de calitate și standarde de cost. A fost aleasă varianta sprijinirii acestor servicii prin acordarea de finanțare prin fonduri nerambursabile (conform Legii 350/2005). Fondurile nerambursabile au fost inițial folosite de Consiliul Județean Harghita în două direcții: (a) dezvoltarea serviciilor de prevenire din aria protecției copilului și (b) finanțarea activităților inovante de la nivelul județului. În ultimii doi ani, Consiliul Județean a decis ca toate programele sociale finanțate prin acest mecanism să fie transferate spre gestiune către DGASPC Harghita. Cinci programe sunt finanțate în prezent din fonduri nerambursabile, în județ:

- Programul de asistență comunitară - acesta a fost creat în urma constatărilor că există un număr foarte mare de comunități în care oamenii nu au acces nici măcar la cele mai elementare servicii (de sănătate, transport etc). S-a creat o rețea de asistenți comunitari care ajută aceste persoane să își rezolve problemele zilnice. Asistenții au la dispoziție un microbuz, cu ajutorul căruia se deplasează între localități. Ei fac cumpărături, plătesc facturi sau rezolvă chestiuni administrative, asigură ocazional transportul persoanelor cu mobilitate redusă etc.

- Programul de îngrijiri la domiciliu pentru persoanele cu nevoi complexe de îngrijire este unul mai consistent din punct de vedere financiar. El este singurul program din țară care a permis dezvoltarea serviciilor de îngrijire la domiciliu în toate localitățile județului. Programul a fost posibil prin colaborarea dintre organizația Caritas și

[75] MMFPSPV şi SERA România (2012).
[76] În 2011, Social Services Europe, un consorțiu al furnizorilor non-profit de servicii sociale din Europa, a recomandat Comisiei Europene să nu permită statelor sale membre să înlocuiască actuala finanțare durabilă a serviciilor de bază cu finanțări de la Fondul Social European (FSE), astfel încât să se asigure continuitatea acordării de servicii şi a activităților de bază ale beneficiarilor.

CASETA 10 (continuare)

Consiliul Județean, dar și printr-o decizie politică. Consiliul Județean a convins toate Consiliile Locale să participe la acest program, de-a lungul timpului, astfel că, în prezent, fondurile necesare sunt acoperite mai ales de Consiliile Locale, cu o participare din partea Consiliului Județean.

- Programul pentru organizațiile persoanelor cu dizabilități – acesta acoperă derularea evenimentelor culturale, sportive sau a serviciilor pentru persoane cu dizabilități;
- Un program similar pentru persoanele vârstnice defavorizate este finanțat tot prin fonduri nerambursabile;
- Programul de prevenire a intrării copiilor in sistemul de protecție a copilului, care se derulează în colaborare cu organizațiile neguvernamentale care au activități de protecție și promovare a drepturilor copilului.

În Harghita, fondurile pentru aceste programe se aprobă prin Hotărâre de Consiliu Județean (CJ), după aprobarea bugetului județului. Toate programele finanțate prin Hotărâri ale CJ sunt apoi supuse dezbaterilor publice (30 zile calendaristice), astfel încât aceste fonduri județene devin efectiv disponibile abia la jumătatea anului (nu mai devreme de 1 iunie). Toate anunțurile și metodologia de aplicare și evaluare a proiectelor pentru accesarea acestor fonduri sunt transparente, publicate de asemenea în Monitorul Oficial. Competiția pe proiectele de servicii sociale finanțate din fornduri nerambursabile este deschisă tuturor furnizorilor non-profit. Președintele Consiliului Județean numește o comisie de evaluare și apoi se încheie contracte specifice cu fiecare organizație câștigătoare. Aceste fonduri județene completează fondurile puse la dispoziție de consiliile locale, precum și fondurile proprii ale organizațiilor sau cele obținute de la bugetul de stat (subvenții). Principalele avantaje ale programului rezidă în special în posibilitatea de a sprijini servicii inovante sau serviciile care sunt solicitate direct la nivel local, de către cetățeni sau organizațiile lor reprezentative.

Acest mecanism are însă și câteva limite:

- Eligibilitatea diferitelor categorii de cheltuieli care se pot deconta prin program este decisă de către Consiliul Județean. În Harghita de exemplu, Consiliul nu acceptă la plată cheltuieli cu personalul (și nici sub forma contribuțiilor proprii, care trebuie să fie de cel puțin 10%). Ori, pentru organizațiile furnizoare de servicii sociale, cheltuielile cu personalul sunt cele mai consistente. Ele acoperă în general 60-70% din bugetul serviciului respectiv.
- Finanțarea devine efectiv disponibilă la jumătatea anului, deci acoperă doar 6-7 luni de funcționare a serviciilor sociale, ceea ce face ca efortul financiar propriu al organizațiilor să fie în continuare considerabil.

Având în vedere aceste elemente, utilizarea fondurilor nerambursabile ca surse complementare de finanțare în raport cu alte fonduri publice și private poate fi apreciată ca fiind foarte eficientă. Deși aceste fonduri nu pot acoperi nevoia integrală de suport financiar pentru serviciile sociale, ele reprezintă un mecanism local important pentru dezvoltarea serviciilor.

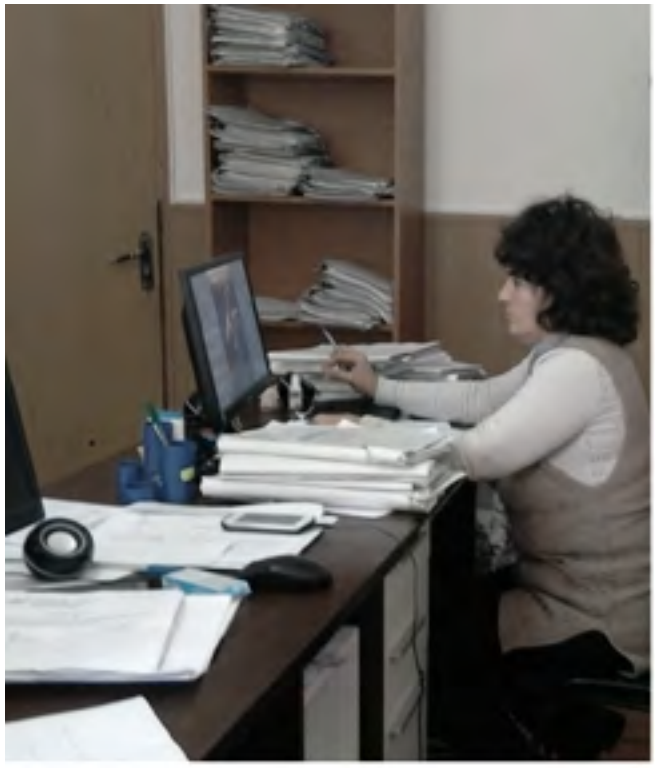
Sursa: Interviu cu reprezentanții DGASPC Harghita.

2.3.4. Consolidarea şi îmbunătăţirea asistenţei sociale la nivel comunitar

În mai 2014, Banca Mondială a realizat un studiu al serviciilor publice de asistență socială (SPAS) în toate oraşele şi comunitățile rurale din România, ce a stat la baza Strategiei naționale privind incluziunea socială și reducerea sărăciei 2015-2020. Scopul studiului a fost acela de a afla informații despre angajații autorităților locale cu atribuții în domeniul asistenței sociale. Chestionarul a fost completat de 3.014 de localități din totalul de 3.180, cu o rată de completare de 95% (vezi şi Anexa 5 Secțiunea II).[77]

Conform legii (292/2011), autoritățile locale au obligația de a înființa servicii publice de asistență socială, care răspund de punerea în practică a politicilor şi a strategiilor

[77] Municipiul Bucureşti nu a fost inclus în analiză. Din cauza non-răspunsurilor parțiale, oraşele cu minim 50.000 de locuitori (40 la număr) au fost, de asemenea, excluse. Astfel, analiza prezentată în această secțiune cuprinde 279 de oraşe cu mai puțin de 50.000 de locuitori şi 2.861 de comune, adică un total de 3.140 de autorități locale.



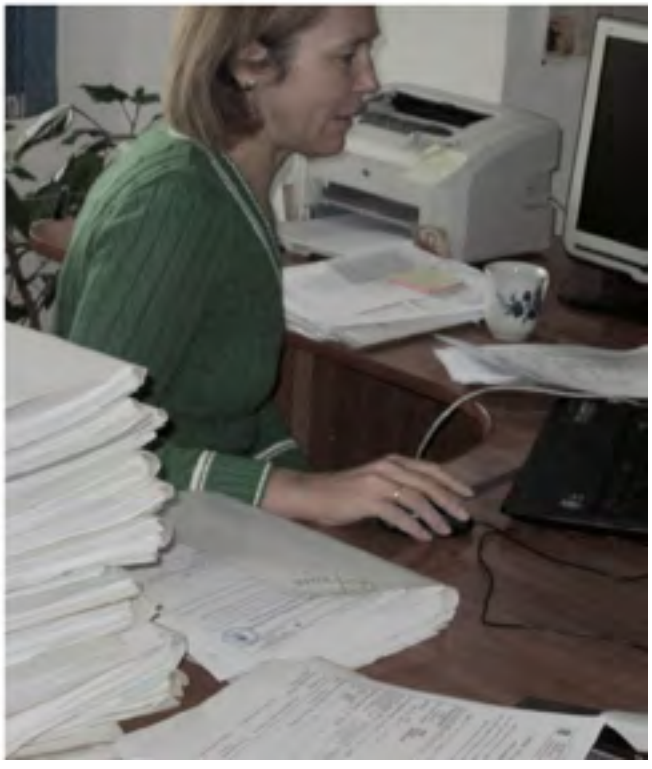
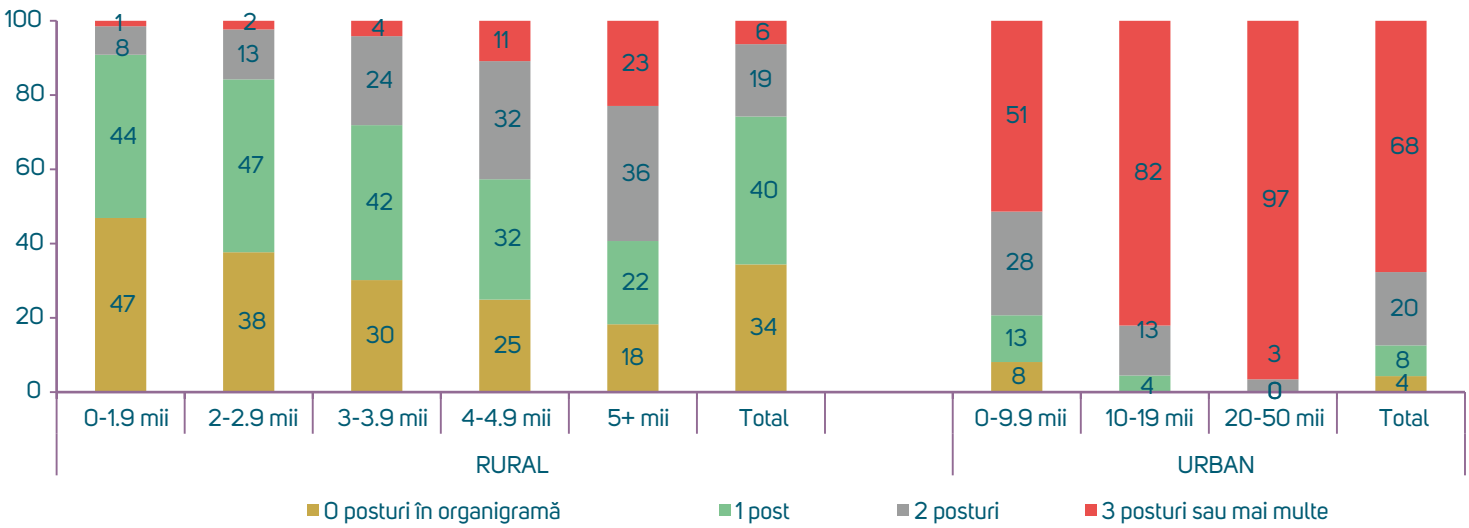


FIGURA 21: Atribuţiile de asistenţă socială incluse în organigrama primăriilor rurale şi urbane, în funcţie de populaţie (mii locuitori) şi numărul de posturi



Sursa: Banca Mondială, „Servicii de asistență socială la nivel comunitar", mai 2014.
Notă: Vezi și Anexă Tabel 5.1.

din domeniul asistenței sociale, precum şi de furnizarea serviciilor în comunitate. SPAS identifică nevoile comunității, acordă servicii adecvate categoriilor vulnerabile şi dezvoltă servicii de prevenție şi de informare pentru a creşte gradul de conştientizare a populației cu privire la riscurile şi problemele sociale. Se aşteaptă ca asistenții sociali din cadrul SPAS, în colaborare cu profesioniştii de la DGASPC, să monitorizeze situația tuturor copiilor şi a adulților ce trăiesc în sărăcie sau situații vulnerabile în comunitățile lor. Cu toate acestea, nu există în prezent nicio metodologie care să ghideze colaborarea dintre SPAS şi DGASPC, însă guvernul lucrează la elaborarea unui astfel de document.

Mai sunt încă multe autorități locale care nu s-au conformat cerinței legislative de a înființa SPAS, mai ales în comunitățile rurale mai mici. Deşi s-au înregistrat unele progrese în ultimii ani,[78] în 2014, peste o treime (34%) dintre administrațiile publice locale din mediul rural şi 8% din cele situate în oraşele foarte mici (cu sub 10.000 de locuitori) nu înființaseră un SPAS, ci au adăugat atribuțiile respective în fişa postului personalului existent (Figura 21).[79] Acest procent variază semnificativ, de la 47% dintre comunele mici (cele cu sub 2.000 de locuitori) până la 18% dintre comunele mari (cu minim 5.000 de locuitori). Practic, toate autoritățile locale din oraşele cu peste 10.000 de locuitori au înființat un SPAS.

Înființarea serviciilor sociale primare, aşa cum se prevede în lege, a fost împiedicată de lipsa resurselor financiare la nivel local, de blocarea posturilor şi tăierile salariale din sectorul public (ca parte a politicilor de austeritate implementate între 2008 şi 2010), de utilizarea redusă a formelor flexibile de angajare (cum ar fi cu timp parțial) în sectorul public şi de lipsa formării eficiente a personalului. Prin urmare, autoritățile locale dețin o capacitate limitată de a recruta personal specializat în domeniul asistenței sociale, mai ales în mediul rural.

[78] Studiile anterioare au relevat faptul că, în 2011, aproape 45% dintre administrațiile publice locale din mediul rural nu înființaseră serviciile necesare. Mai mult, la nivelul SPAS, doar 30% erau acreditate ca furnizori de servicii sociale, 70% dintre ele neîndeplinind standardele necesare pentru a obține acreditarea (MMFPSPV şi SERA România, 2012).
[79] În realitate, din cauza posturilor vacante, proporția autorităților locale fără SPAS ajunge la 38% în mediul rural (variind între 52% dintre comunele mici şi 21% dintre cele mari) şi la 9% în oraşele foarte mici.

TABEL 26: Veniturile salariale nete din sistemul de sănătate și cel de asistență socială, în România

	2008	2009	2010	2011	2012
Monthly net average wage earnings at national level (nominal, RON)	1,309	1,361	1,391	1,444	1,507
Health and social assistance					
nominal, RON	1,266	1,342	1,226	1,210	1,315
% monthly average wage at national level	97	99	88	84	87

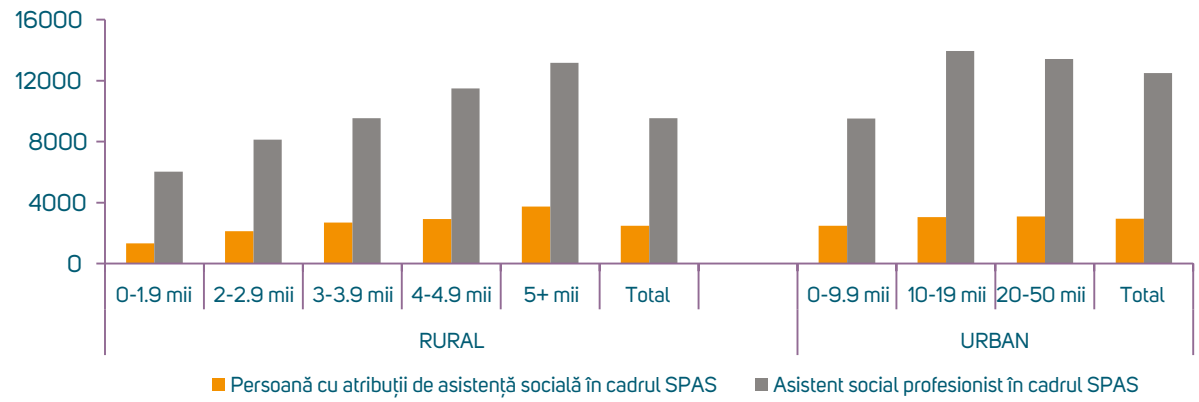
Sursa: Tempo-Online, Institutul Național de Statistică.

Notă: Cercetare statistică privind costul forței de muncă în unitățile economice şi sociale. Indicatori calculați în baza datelor colectate în întreprinderi cu trei sau mai mulți angajați.

O altă constrângere cu care se confruntă autoritățile locale în ceea ce priveşte reținerea şi recrutarea forței de lucru specializate în domeniul asistenței sociale o constituie salariile foarte mici cu care sunt plătiți asistenții sociali. Salariul mediu net lunar din sectorul sănătății şi al asistenței sociale reprezintă doar 87% din salariul mediu pe economie (Tabel 26). Având în vedere că salariile din sectorul medical sunt aproape duble față de cele din domeniul asistenței sociale, rezultă că salariile asistenților sociali sunt foarte scăzute.

Numărul de locuitori la un asistent social este foarte ridicat în România, mai ales raportul dintre locuitori şi asistenții sociali cu pregătire profesională. În România, activează aproape 6.000 de asistenți sociali (din care, aproape 4.125 sunt înregistrați în Colegiul Național al Asistenților Sociali),[80] la o populație totală de 20,1 milioane de locuitori, ceea ce înseamnă un raport de 3.350 de locuitori la un asistent social, mult mai mult decât în alte state europene, precum Suedia (1 la 300), Marea Britanie (1 la 600) sau Italia (1 la 1.600).[81] Numărul locuitorilor la un asistent social devine chiar mai mare dacă luăm în calcul doar asistenții sociali din serviciile publice de asistență socială (SPAS) (Figura 22).

FIGURA 22: Numărul de locuitori (mii locuitori) la un asistent social



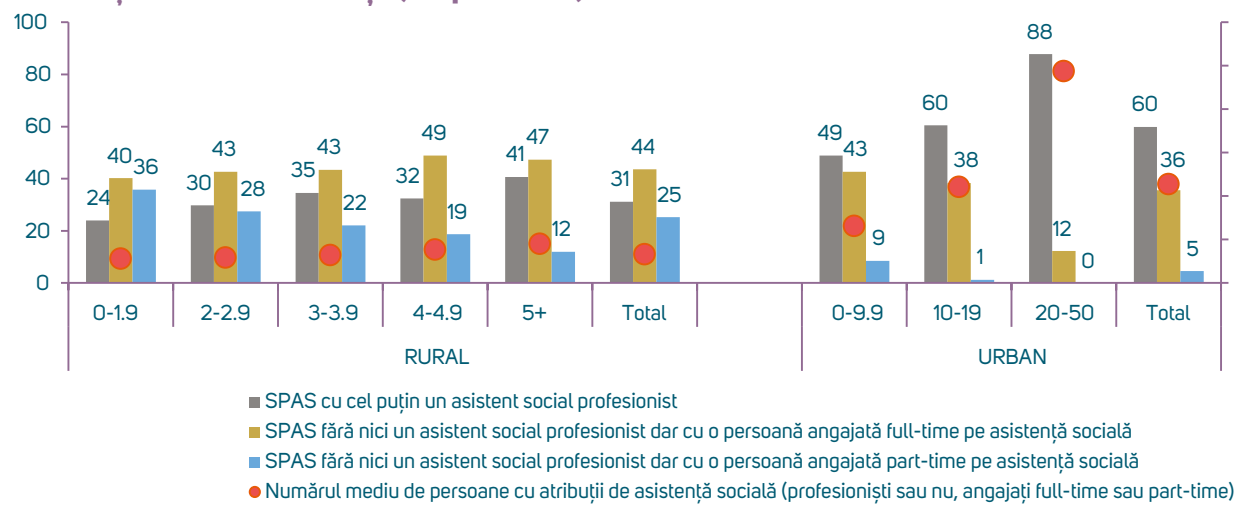
Sursa: Banca Mondială, Sondajul „Servicii de asistență socială la nivel comunitar", mai 2014.

[80] http://www.cnasr.ro/?modul=stiri&CID=14&pg=42&key=
[81] Campanini et al (2010) în Preda (2013).

Recensământul SPAS realizat de Banca Mondială indică faptul că acest raport variază între aproximativ 6.000 şi peste 13.000 de locuitori la un profesionist din cadrul SPAS în mediul rural şi comunitățile urbane mici. Când se ia în calcul întregul personal cu atribuții în domeniul asistenței sociale, raportul mediu scade la aproape 2.500 de locuitori în mediul rural şi la aproximativ 3.000 în oraşele mici.

Serviciile publice de asistență socială se confruntă cu o lipsă acută de personal în zonele rurale şi comunitățile urbane mici. Figura 23 ilustrează faptul că, în majoritatea comunităților rurale, există doar unul sau doi angajați cu atribuții în domeniul asistenței sociale (şi foarte puțini asistenți sociali profesionişti) ce răspund nevoilor unei populații care, de obicei, este răspândită în mai multe sate (între 2 şi 40), adesea situate la mulți kilometri distanță unele de altele.[82] În comunitățile urbane mici (cu mai puțin de 20.000 de locuitori), SPAS includ, în mod normal, un asistent social profesionist şi alte două sau trei persoane cu atribuții în domeniul asistenței sociale. În oraşele mai mari, SPAS dețin, de obicei, mai mulți angajați. În mediul urban, inclusiv în oraşele mari cu peste 50.000 de locuitori, numărul mediu al angajaților creşte până la 25 pe SPAS. În realitate, în toate oraşele mari, SPAS cuprind şi un spectru larg de servicii sociale, cum sunt cantinele sociale, centrele de zi, adăposturile pentru persoanele fără adăpost şi

FIGURA 23: Personalul din domeniul asistenței sociale la nivelul SPAS, în funcție de mediul de rezidență şi mărimea localității (mii persoane)



Sursa: Banca Mondială, „Servicii de asistență socială la nivel comunitar" mai 2014.
Notă: Vezi și Anexă Figură 5.1.

locuințele sociale. De exemplu, dintre cele 149 de cantine sociale raportate de MMFPSPV în decembrie 2013, 137 erau gestionate de SPAS din mediul urban, aproape toate fiind situate în oraşele mijlocii sau mari (cele cu peste 20.000 de locuitori). Localitățile rurale şi cele urbane mici sunt lipsite de personalul, resursele şi capacitățile necesare pentru a elabora şi implementa activități de asistență socială. Aşadar, în ciuda numărului mare al celor ce au obținut diplome universitare de asistență socială în România în ultimii 24 de ani, puțini sunt angajați în mediul rural şi în comunitățile urbane mici.

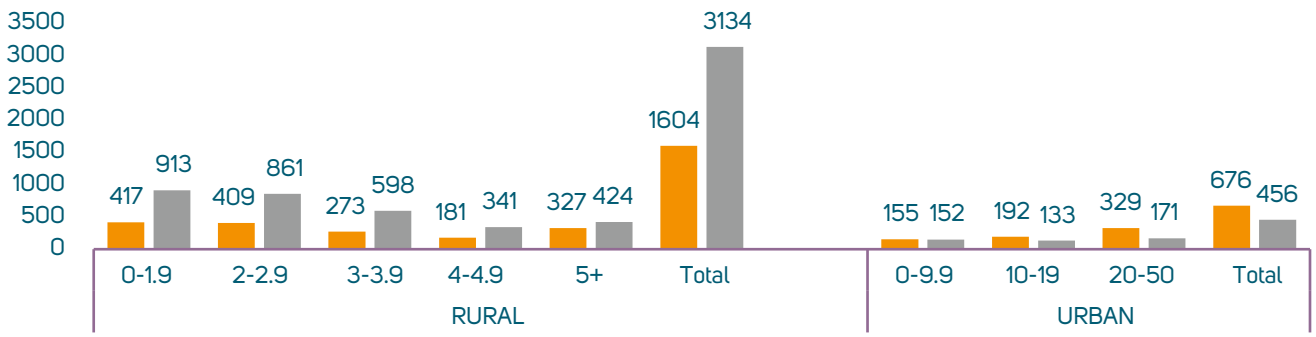
Recensământul SPAS realizat de Banca Mondială indică un deficit al resurselor umane la nivelul SPAS din localitățile rurale şi cele urbane mici, estimat a fi cuprins între 2.300 şi 3.600 de persoane.[83] În Figura 24, scenariul minimal porneşte de la presupunerea că există cel puțin un angajat cu normă întreagă ce deține atribuții în domeniul asistenței sociale în fiecare SPAS local, indiferent dacă acesta este

[82] Cele 2.861 de comune includ peste 13.000 de sate. Majoritatea comunelor cuprind între două şi opt sate.
[83] În mai 2014, numărul total al angajaților SPAS cu atribuții în domeniul asistenței sociale din aceste localități era de aproximativ 4.800.

un asistent social profesionist sau nu. Potrivit acestui scenariu, este nevoie de cel puțin 1.600 de noi angajați în comunitățile rurale (din care peste jumătate în comunele mici) şi de alți 700 în oraşele cu mai puțin de 50.000 de locuitori, ceea ce înseamnă un total de 2.300 de persoane. Scenariul maximal pleacă de la ipoteza unei situații mai favorabile, şi anume existența a cel puțin unui asistent social profesionist în fiecare SPAS local. Potrivit acestui scenariu, ar trebui angajate aproape 3.600 de persoane, în mare parte asistenți sociali profesionişti, din care aproape jumătate în comunele cu mai puțin de 3.000 de locuitori. Având în vedere transportul ineficient ce leagă multe din aceste comune de zonele urbane şi condițiile precare de trai, acest scenariu este mai puțin realizabil în practică fiindcă doar un număr mic de asistenți sociali profesionişti ar fi dispuşi să accepte un loc de muncă prost plătit, într-o comunitate săracă şi izolată.

În prezent, majoritatea angajaților cu atribuții în domeniul asistenței sociale din cadrul SPAS nu au responsabilități clar definite şi, deseori, se aşteaptă ca aceştia să desfăşoare şi alte activități decât cele de asistență socială. Recensământul SPAS realizat de Banca Mondială a confirmat constatarea studiilor anterioare.[84] Din întregul personal cu atribuții în domeniul asistenței sociale, 35% în mediul rural (de la 46% în comunele mici cu sub 2.000 de

FIGURA 24: Necesarul estimativ de personal la nivelul SPAS, în funcție de mediul de rezidență și mărimea localității, în baza a două scenarii (mii persoane)



- Scenariul minimal: Locuri de muncă disponibile în SPAS cu cel puțin un asistent social profesionist (ASP) sau în SPAS fără ASP dar cu cel puțin o persoană angajată cu normă întreagă în domeniul asistenței sociale PLUS o persoană angajată cu normă întreagă în domeniu asistenței sociale în toate celelalte SPAS
- Scenariul maximal: Locuri de muncă disponibile în SPAS cu cel puțin un ASP PLUS un ASP în toate SPAS care nu au un astfel de angajat

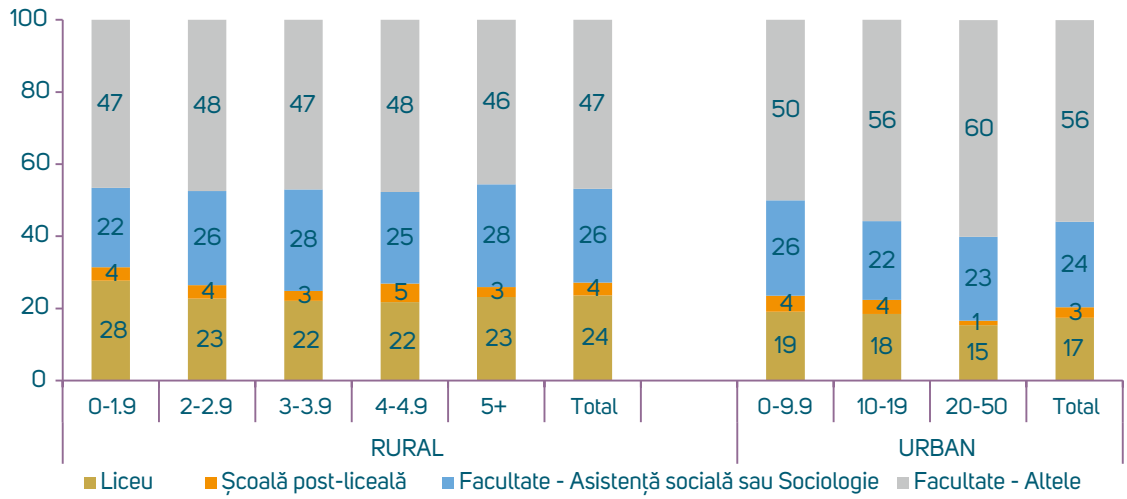
Sursa: Banca Mondială, Sondajul „Servicii de asistență socială la nivel comunitar", mai 2014.

locuitori la 23% în comunele mai mari cu o populație de peste 5.000 de locuitori) şi 10% în localitățile urbane cu mai puțin de 50.000 de locuitori dețin concomitent atribuții diferite, cum ar fi responsabil de registrul agricol, arhivar, secretar, specialist în resurse umane, bibliotecar, consultant fiscal şi coordonator al ajutoarelor de urgență.

Formarea profesională insuficientă a personalului din domeniul asistenței sociale la nivel local constituie o altă problemă majoră. Aproximativ 4.800 de angajați desfăşoară activități de asistență socială în 3.140 de localități rurale şi urbane cu mai puțin de 50.000 de locuitori. În jur de trei sferturi dintre aceştia sunt femei cu vârste cuprinse între 35 şi 54 de ani (73%).[85] Majoritatea dețin o diplomă universitară, însă doar unul din patru este asistent social profesionist (Figura 25). Prin urmare, este absolut necesară dezvoltarea programelor de formare continuă şi de supervizare pentru angajații SPAS în vederea eficientizării serviciilor primare la nivel comunitar.

[84] IRECSON (2011), MMFPSPV şi SERA România (2012) şi Preda (2013).
[85] Distribuirea pe grupe de vârstă este inclusă în Anexă Figură 5.2.

FIGURA 25: Distribuirea personalului din domeniul asistenţei sociale din cadrul SPAS, în funcție de studii, mediul de rezidență și mărimea localității (mii persoane) %



Sursa: Banca Mondială, Sondajul „Servicii de asistență socială la nivel comunitar", mai 2014.

La nivel local, asistența socială presupune aproape exclusiv procesarea documentației necesare gestionării prestațiilor financiare (precum venitul minim garantat, ajutorul pentru încălzirea locuinței, alocația copilului şi alocațiile familiale).[86] Diverse studii calitative întreprinse de UNICEF indică faptul că, în comunitățile rurale, aproximativ 85% din activitatea personalului responsabil de asistență socială constă în muncă de birou şi sarcini administrative. Adeseori, activitatea de asistență socială se limitează strict la acordarea prestațiilor financiare, inclusiv întocmirea şi verificarea dosarelor, ținerea evidenței plăților lunare şi realizarea vizitelor la domiciliu (mai ales în comunitățile mari şi foarte mari, cu o populație de peste 3.000 de locuitori), fără a se desfăşura activități de prevenție şi consiliere adresate persoanelor ce prezintă riscuri sociale. De exemplu, dintre toți copiii beneficiari ai SPAS în 2010, doar 24% au beneficiat de servicii, iar celorlalți li s-au acordat doar prestații financiare, deşi 21% dintre beneficiarii prestațiilor financiare erau copii expuşi riscului de a fi abandonați de către părinți.[87]

Managementul de caz[88] reprezintă principalul instrument al asistenței sociale în România şi în restul Europei, însă este rareori folosit, mai ales în comunitățile rurale şi în cele urbane mici. Serviciile locale de prevenție, informare şi consiliere au un impact foarte redus, în mare parte din cauza deficitului de asistenți sociali şi a insuficientei pregătiri profesionale a personalului existent. Nu există metodologii de evaluare sau monitorizare a situației diferitelor grupuri vulnerabile din fiecare localitate, nici metodologii pentru detectarea precoce a cazurilor cu risc. Asistența socială nu se acordă în baza unor planuri şi obiective clare, ci doar atunci când apare un caz. Asistenții sociali desfăşoară rareori muncă de teren deoarece sunt copleşiți de sarcinile administrative aferente activității de acordare a prestațiilor sociale. Sistemele de referire a categoriilor celor mai vulnerabile sunt fie prost dezvoltate, fie complet inexistente. Asistenții sociali ai SPAS nu sunt familiarizați cu serviciile specializate de la nivel județean şi, prin urmare, nu sunt în măsură să îndrume beneficiarii într-un mod informat. În general, aceştia îndrumă copiii şi familiile către servicii fără a se asigura de existența acestora la nivelul județului. Atitudinile şi practicile sociale dominante care încurajează discriminarea şi toleranța față de comportamentele negative adaugă şi mai multe obstacole pentru identificarea şi referirea copiilor şi adulților aflați în situație de risc. În aceste condiții, este cu atât mai important să se asigure că

[86] Magheru (2009), HHC România (2011) şi UNICEF (2011).
[87] FONPC (2012).
[88] Managementul de caz este larg răspândit la nivelul țărilor europene. Acesta vizează nevoile persoanelor şi ale familiilor lor şi urmăreşte mobilizarea tuturor resurselor disponibile pentru acoperirea acestor nevoi, inclusiv a celor ale familiei, comunității şi societății per ansamblu.

personalul beneficiază de pregătire profesională, astfel încât să astfel încât calitatea serviciilor și șansele ca acestea să aibă un impact pozitiv să crească.

În concordanță cu actuala legislație și ținând cont de aceste lipsuri, Strategia națională privind promovarea incluziunii sociale și reducerea sărăciei 2015-2020 recomandă dezvoltarea unui pachet minim de intervenții[89] care să fie implementat obligatoriu în fiecare comunitate rurală și urbană. Acest pachet minim de intervenții este aliniat la pachetul minim de servicii sociale prevăzut în Legea asistenței sociale nr. 292/2011 și la pachetul minim de servicii publice furnizate de administrațiile publice locale (HG 1/2013 și Strategia pentru consolidarea administrației publice 2014-2020). Acest pachet minim de intervenții ar trebui să cuprindă următoarele:

- activități de teren, esențiale pentru identificarea potențialilor beneficiari și pentru serviciile de intervenție timpurie;
- evaluarea nevoilor comunităților, gospodăriilor și persoanelor vulnerabile sau ale celor cu riscuri sociale, precum și planificarea serviciilor necesare, în baza unei abordări centrate pe familie și persoană;
- servicii de informare și consiliere adresate categoriilor vulnerabile și celor ce prezintă riscuri sociale, persoanelor care s-au confruntat cu violență domestică sau neglijare, consumatorilor de droguri/foștilor deținuți problematici, familiilor monoparentale cu venituri mici și tinerilor în situație de risc (cum ar fi tinerii delincvenți, tinerii care au abandonat școala și copiii din familii cu venituri mici);
- sprijin administrativ (cum ar fi asistarea clienților în vederea completării formularelor de solicitare a prestațiilor de orice tip), precum și asistență socială, medicală și juridică;
- referire către serviciile specializate;
- monitorizarea și vizitarea la domiciliu a tuturor persoanelor în situații vulnerabile din cadrul comunității.

Ar fi util ca la acest pachet minim de intervenții să se adauge diverse alte servicii (precum cantinele sociale și centrele de zi), în funcție de nevoile specifice și resursele comunității.

În vederea implementării eficiente a acestui pachet minim, trebuie ca profesioniștii (mai ales universitățile, furnizorii de servicii și Colegiul Național al Asistenților Sociali din România) să elaboreze instrumente și metodologii centrate pe familie și persoană pentru adoptarea, evaluarea, planificarea, proiectarea, implementarea, monitorizarea și evaluarea serviciilor. Aceste instrumente și metodologii ar trebui predate în cadrul unui program de formare continuă a personalului cu atribuții în domeniul asistenței sociale de la nivel local.

CASETA 11

Pachetul de servicii primare cheie testat actualmente de UNICEF

Proiectul „Sprijinirea copiilor invizibili" (HIC - Helping the Invisible Children), implementat în perioada iunie 2011-septembrie 2015, face parte din Programul Servicii Bazate pe Comunitate desfășurat de UNICEF în România. Acest program vizează dezvoltarea unei abordări preventive în sistemul de protecție socială, cu precădere în zonele rurale. Obiectivul general al proiectului HIC este creșterea impactului politicilor de protecție socială asupra familiilor și copiilor săraci și excluși din punct de vedere social („invizibili"), cu vârste între 0 și 17 ani. Principalele obiective specifice ale HIC sunt: (i) consolidarea strategiei naționale privind serviciile de prevenție din punctul de vedere al eficacității și al eficienței, (ii) creșterea la nivel național a capacității de acordare a unor servicii de bază, cu accent pe identificarea copiilor și a familiilor aflate în situație de risc și consolidarea mecanismelor de monitorizare și evaluare și (iii) pe termen lung, extinderea accesului la servicii esențiale pentru 30.000 de copii săraci, excluși, vulnerabili.

În 2011, au fost angajați asistenți sociali în 96 de comune din opt județe (Bacău, Botoșani, Buzău, Iași, Neamț, Suceava, Vaslui și Vrancea). După o scurtă perioadă de formare, asistenții sociali, supervizați de DGASPC așa cum este prevăzut în lege, au identificat copiii „invizibili" din cadrul comunității și au mobilizat structurile comunitare consultative (SCC). Printre membrii acestor structuri consultative s-au numărat factori de decizie locali, precum primarul/viceprimarul, secretarul primăriei,

[89] Începând cu 2011, UNICEF a creat și a testat un astfel de pachet de servicii primare în cadrul proiectului său „Prima prioritate: niciun copil invizibil".

CASETA 11 (continuare)

asistenți sociali, doctori, polițiști, reprezentanți ai şcolii şi preoți. La începutul proiectului, SCC nu funcționau corespunzător, așa cum se întâmplă în majoritatea localităților din țară (Cojocaru, 2008).

În 2012, proiectul a fost restrâns la 64 de comune, însă au fost diversificare și extinse activitățile furnizate în comunitate. S-a implementat în fază pilot un pachet minim de servicii preventive comunitare de asistență socială. Asistenții sociali au desfăşurat activități de teren, precum evaluarea nevoilor, monitorizare, informare şi consiliere, asistență socială, medicală şi juridică şi referirea către serviciile specializate. De asemenea, au acordat servicii adecvate de asistență socială copiilor celor mai nevoiaşi şi familiilor acestora. În paralel cu aceste servicii implementate la nivel comunitar, a fost lansată o altă inițiativă menită să crească accesul la serviciile medicale comunitare şi să să aducă îmbunătățiri cadrului legislativ şi normativ al asistenței medicale comunitare. În 2013, cele două inițiative au fuzionat, formând proiectul de dezvoltare a serviciilor sociale de bază la nivel comunitar, denumit „Prima prioritate: niciun copil „invizibil"!".

Au fost realizate două evaluări formative ale proiectului, prima în 2012, iar a doua în 2013. O a treia evaluare este planificată pentru 2015, urmată de o evaluare a impactului în 2017.

Cea de-a doua evaluare (2013) a indicat faptul că, în general, proiectul a înregistrat succes. iar recomandarea generală este continuarea intervenției şi intensificarea eforturilor de advocacy astfel încât modelul de servicii comunitare, implementat în fază pilot în cadrul proiectului HIC, să fie preluat şi extins la nivel național şi județean. Proiectul este foarte relevant şi extrem de eficient, însă mai există unele aspecte problematice legate de eficacitate şi sustenabilitate. Pentru a face față acestor provocări, UNICEF a creat o aplicație online (AURORA) care oferă îndrumare şi sprijin supervizorilor din cadrul DGASPC şi asistenților sociali (mulți dintre aceştia neavând pregătire profesională). AURORA include o metodologie pentru diagnosticarea tuturor vulnerabilităților copiilor, în baza unei grile de indicatori ce trebuie aplicată uniform pentru toți copiii/ toate gospodăriile şi în toate comunitățile, dar şi o metodologie pentru conceperea unui plan personalizat de intervenție în baza acestui diagnostic. De asemenea, AURORA permite utilizatorilor săi să monitorizeze atât copiii vulnerabili, cât şi activitatea de teren a asistenților sociali în timp real. În plus, permite agregarea datelor la diferite niveluri (precum comunitar, județean sau la nivel de proiect) în orice moment, ceea ce contribuie la ajustarea promptă a proiectului în baza evidențelor.

În 2014, UNICEF a extins activitatea desfăşurată în cadrul proiectului HIC, susținând două proiecte paralele în România ce urmăresc dezvoltarea standardelor de calitate şi a celor de cost necesare pentru pachetul minim de servicii comunitare de asistență socială.

Dezvoltarea şi consolidarea capacității locale de a acorda servicii de asistență socială sunt esențiale pentru întregul sistem de protecție socială şi ar trebui să vizeze o paletă largă de nevoi. Având în vedere serioasele constrângeri bugetare şi de personal cu care se confruntă autoritățile publice locale în mediul rural şi în comunitățile urbane mici, prezentul studiu de fundamentare recomandă un program național pentru consolidarea serviciilor de asistență socială la nivel comunitar, care să se desfăşoare cel puțin în perioada 2015-2020 şi să includă următoarele acțiuni:

- Stabilirea unei linii bugetare separate în bugetul de stat pentru serviciile de asistență socială de la nivel comunitar şi crearea unor mecanisme de monitorizare a utilizării eficiente a acestei linii. Bugetul respectiv ar urma să acopere salariul unui angajat cu normă întreagă în domeniul asistenței sociale (de preferat, un profesionist cu pregătire) în fiecare localitate eligibilă/ selectată, precum şi costurile aferente sistemului național de monitorizare. Astfel, comunitățile cu un nivel scăzut de dezvoltare ar urma să beneficieze de un profesionist specializat, motivat financiar şi capabil să implementeze şi să dezvolte servicii sociale la nivel local.
- Includerea de către autoritățile locale în propria organigramă a cel puțin unui angajat cu normă întreagă cu atribuții în domeniul asistenței sociale şi anunțarea acestui post în vederea îmbunătățirii procesului de recrutare a asistenților sociali, mai ales a profesioniştilor cu pregătire.
- Includerea unor activități de teren consistente în fişa postului a respectivului angajat cu normă întreagă,

cu atribuții în domeniul asistenței sociale (de preferat, un asistent social profesionist), şi adoptarea de către acesta a unei abordări unu la unu cu persoanele aflate în situații vulnerabile şi familiile acestora, conform unei planificări prestabilite. Prestațiile financiare (şi dosarele aferente) ar trebui administrate de către personalul autorității locale, permițând astfel asistenților sociali să îşi îndeplinească sarcinile.

- Mandatarea formării profesionale a personalului existent şi a noilor angajați din sfera asistenței sociale şi elaborarea unor metodologii, ghiduri şi instrumente pentru a consolida implementarea managementului de caz în cadrul SPAS, cu precădere în localitățile rurale şi în cele urbane mici.

Investind în serviciile de asistență socială de la nivel comunitar şi, mai general, în serviciile bazate pe comunitate acum, România poate face economii pe termen lung în alte domenii de politică. De exemplu, existența unor servicii de calitate în comunitate va atrage rezultate mai bune pentru populație în materie de sănătate şi educație şi va reduce numărul de copii separați de familie, ceea ce va diminua consumul de servicii specializate şi povara asupra bugetelor de protecție socială şi asistență medicală. Folosirea fondurilor UE pentru a susține dezvoltarea alternativelor la îngrijirea instituțională şi pentru a creşte accesibilitatea serviciilor generale va oferi unui număr mai mare de persoane şansa de a se integra în societate şi de a contribui la creşterea socială şi economică a acesteia. Mai mult, investițiile în îngrijirile de tip familial, serviciile comunitare şi cele generale nu doar vor creşte calitatea vieții utilizatorilor acestora, ci vor crea şi mai multe locuri de muncă mai bune în sectorul social, al educației şi al sănătății. Aceasta va ajuta România să atingă obiectivele strategiei Europa 2020 în domeniul incluziunii sociale, educației şi ocupării forței de muncă.

2.3.5. Crearea unor echipe comunitare de intervenţie integrată

România întâmpină, în continuare, o serie de provocări majore în lupta sa împotriva sărăciei extreme şi a excluziunii sociale. În ciuda progreselor remarcabile înregistrate la nivelul reducerii sărăciei şi al îmbunătățirii indicatorilor de dezvoltare umană începând cu anul 2000, sărăcia extremă rămâne o problemă persistentă. Familiile extrem de sărace se confruntă cu numeroase constrângeri pe lângă sărăcia monetară, inclusiv şomajul de lungă durată sau lipsa unui loc de muncă în cazul adulților, nutriția deficitară a copiilor, risc crescut de neglijare şi/sau abuz al copilului (pe fondul abuzului de alcool al părinților), practici parentale inadecvate, părinți minori sau părinți singuri, instabilitate conjugală, sănătate precară sau dizabilități, absenteism sau abandon şcolar, starea proastă sau lipsa unei locuințe, violență în familie, mică infracționalitate şi discriminare. Mai apare şi problema aspirațiilor reduse, a stimei de sine scăzute şi a neputinței învățate. Prin urmare, familiile ce trăiesc în sărăcie extremă reprezintă o provocare cu totul aparte, nu doar în ceea ce priveşte competențele şi capitalul fizic, ci şi aspectele psihologice. Cercetările realizate au documentat foarte bine sărăcia extremă în România încă din anii '90, iar studiile mai recente au confirmat, în repetate rânduri, faptul că cei mai expuşi riscului sunt tinerii, copiii şi romii (vezi şi Secțiunea 1.1.).[90] Mai mult, în România, sărăcia extremă nu reprezintă doar un fenomen individual sau familial, ci şi unul geografic, concentrându-se în general în zonele marginalizate din mediul urban şi rural, unde sărăcia extremă se transmite de la o generație la alta (vezi Secțiunea 3.2.).

Trebuie să existe o abordare integrată a acordării de servicii sociale din perspectiva ofertei şi programe de intermediere şi facilitare socială din perspectiva cererii,[91] pentru a reduce efectiv sărăcia extremă şi excluziunea socială. Familiile ce trăiesc în sărăcie extremă se confruntă cu numeroase probleme complexe, pe lângă nevoia de sprijin financiar. Astfel, acordarea de prestații financiare – deşi necesară – nu poate diminua sărăcia extremă în cazul în care este singura măsură luată. Trebuie oferite şi servicii sociale în domeniul educației, ocupării, sănătății, protecției sociale, precum şi alte servicii sociale pe lângă prestațiile financiare astfel încât populația săracă să beneficieze de sprijin în gestionarea eficientă a propriei vieți şi îngrijirea corespunzătoare a copiilor. Cu toate acestea, familiile afectate de sărăcie extremă se lovesc de numeroase obstacole în utilizarea acestor servicii, începând cu necunoaşterea acestora, incapacitatea lor de a accesa serviciile de protecție disponibile şi discriminare.

[90] Cu privire la „sărăcia extremă" şi „zonele sărace" sau „zonele marginalizate": Chelcea (2000), Stănculescu and Berevoescu (coord., 2004), Constantinescu et al (2005), Berescu et al (2007), Preda (coord., 2009), Stănculescu et al (2010), Berescu (2010), Stănculescu and Marin (2012), Stănculescu et al (2012), Stănculescu et al (2013) şi Banca Mondială (Swinkels et al, 2014a). Cu privire la romi şi comunitățile rome: Zamfir şi Zamfir (coord., 1993), Rughiniş (2000), Zamfir şi Preda (coord., 2002), Duminică şi Preda (2003), Sandu (2005), Berescu et al (2006), Bădescu et al (2007), Fleck şi Rughiniş (ed., 2008), Preoteasa et al (2009), ICCV (2010), Botonogu (coord., 2011), Daragiu şi Daragiu (2012), Giurcă (coord., 2012), Tarnovschi (ed., 2012), FRA et al (2012) şi Banca Mondială (Anan et al, 2014).

[91] Camacho et al (2014).

Aceste constrângeri sunt şi mai mari atunci când oferta de servicii este insuficientă şi/sau acordarea serviciilor sociale este fragmentată şi complicată, cu numeroase sisteme neconectate şi reguli şi reglementări diferite potrivit cărora solicitanții trebuie să prezinte o serie de documente şi certificate. În consecință, sistemul este dificil de gestionat de către familiile sărace. Dintr-o perspectivă instituțională, integrarea protecției sociale, a ocupării, a educației, a asistenței medicale şi a altor servicii publice – cu o coordonare orizontală şi verticală reală între agenții – este vitală pentru acordarea de sprijin adecvat familiilor şi copiilor ce trăiesc în sărăcie extremă. În acelaşi timp, programele de mediere sau facilitare socială sunt necesare pentru a ajuta familiile extrem de sărace, mai ales cele din zonele marginalizate, să acceseze serviciile de protecție atât în mediul rural, cât şi în cel urban.

Pe termen mediu, guvernul ar trebui să creeze echipe multidisciplinare, formate din lucrători comunitari, la nivel local şi să asigure cooperare intersectorială şi multi-instituțională la toate nivelurile, ca un prim pas spre integrarea completă a serviciilor pe termen lung. Studiile arată că integrarea serviciilor sociale prezintă o serie de avantaje față de abordarea fragmentară,[92] în ceea ce priveşte soluționarea diferitelor probleme complexe din sfera excluziunii sociale, facilitarea unui acces mai bun la servicii, asigurarea continuității şi a sustenabilității acordării de servicii, creşterea eficienței şi a eficacității furnizării serviciilor, reducerea suprapunerilor între diferitele servicii şi evitarea cheltuielilor inutile.[93]

Integrarea completă a serviciilor presupune renunțarea la abordarea fragmentară şi la administrarea separată a serviciilor naționale şi locale în favoarea echipelor multi-instituționale la nivel național, regional şi local. Aceste echipe ar urma să lucreze în cadrul unei structuri integrate de management, cu bugete, programe şi obiective comune şi un singur responsabil cheie (sau manager de caz) care să coordoneze diversele intervenții ale diferitelor agenții şi profesionişti implicați. Având în vedere actualul cadru normativ din România şi deficitul de resurse umane şi financiare din sectorul social, integrarea completă a serviciilor va rămâne, probabil, un obiectiv pe termen lung. Totuşi, pe termen scurt şi mediu, responsabilii de politici

CASETA 12

Proiectul pilot al UNICEF privind echipele multidisciplinare menite să integreze serviciile sociale şi medicale la nivel comunitar

Conceptul unor echipe multidisciplinare de profesionişti la nivel comunitar reprezintă un prim pas spre acordarea integrată a serviciilor sociale şi medicale. În această etapă, diverşi profesionişti lucrează în cadrul unei echipe comunitare (de exemplu, asistenți sociali, asistenți medicali comunitari, mediatori romi şi polițişti). Aceste echipe sunt create mai degrabă în urma inițiativelor locale decât în cadrul unui program național. Cooperarea este fondată pe relații personale şi mai puțin pe metodologii comune sau proceduri formale. Există deja astfel de inițiative în unele comunități.

Din 2014, UNICEF implementează în fază pilot un model mai formal de echipe multidisciplinare, ce includ un asistent social şi un asistent medical comunitar, în 32 de comunități rurale din regiunea Nord-Est. Proiectul „Prima prioritate: niciun copil „invizibil"!" vizează identificarea familiilor cu risc prin activități de teren, implementarea unor planuri coerente de evaluare a nevoilor, implementarea eficientă şi eficace a unui pachet minim de servicii primare şi creşterea accesului la servicii sociale şi medicale integrate adresate categoriilor celor mai vulnerabile din comunitate, cu accent pe copii şi familiile lor. Echipele locale nu includ neapărat asistenți sociali calificați, însă sunt coordonate şi monitorizate de profesionişti din cadrul DGASPC şi direcțiile județene de sănătate publică (DSP). La baza cooperării comunitare stau metodologii armonizate pentru evaluarea nevoilor şi pentru realizarea planurilor personalizate de intervenție ce sunt cuprinse într-o aplicație online (AURORA), care îndrumă şi sprijină echipele comunitare şi permite actorilor cheie să îşi monitorizeze activitatea de teren în timp real. De asemenea, aplicația permite agregarea datelor la diferite niveluri (comunitar, județean şi la nivel de proiect) în orice moment. Evaluarea impactului acestui proiect şi model va fi disponibilă abia în 2017.

[92] Fiecare agenție activează exclusiv în limitele ariei sale de competență.
[93] Comitetul European pentru Coeziune Socială (2006).

pot avansa România pe scara integrării (Schema 5), prin crearea unor echipe multidisciplinare de profesionişti la nivel comunitar (Caseta 12) şi prin iniţierea cooperării şi coordonării între diferitele agenţii sectoriale. Aşadar, în viitorul apropiat, scopul guvernului este integrarea managementului asistenţei sociale la nivel comunitar şi crearea în acelaşi timp a cadrului necesar integrării complete a serviciilor sociale după 2020. Această integrare a intervenţiilor la nivel comunitar ar trebui însoţită de introducerea venitului minim de inserţie socială (VMIS) astfel încât să se asigure că programul poate răspunde nevoilor specifice ale categoriilor vulnerabile.

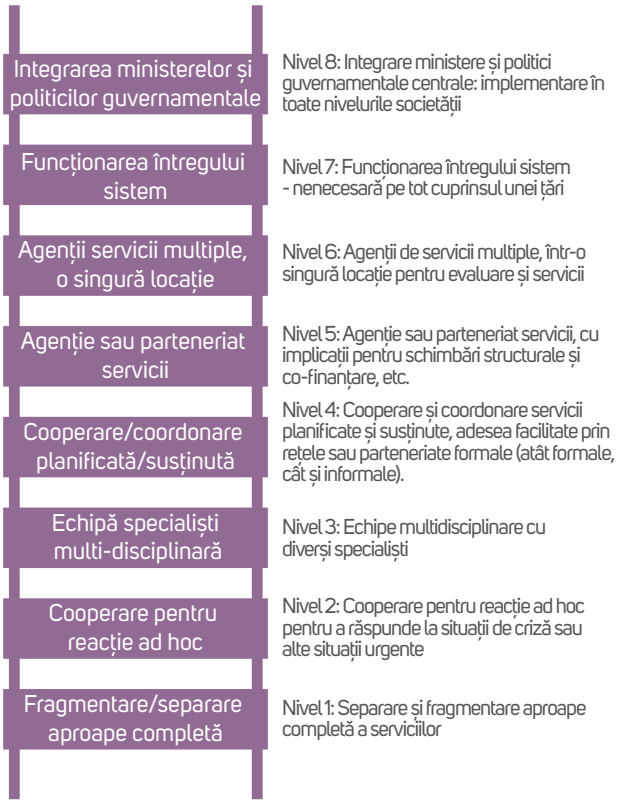
Scara urcă de la aproape niciun efort de integrare, la bază, trecând prin diferite niveluri de coordonare, cooperare şi colaborare, până la integrare în partea superioară. Nivelurile nu se exclud reciproc deoarece fiecare dintre ele include una sau mai multe componente ale celorlalte niveluri.

În prezent, integrarea ad hoc predomină în sectorul social din România. Aceasta apare mai degrabă din necesitate şi sub presiune externă. Cooperarea dintre servicii este, de obicei, informală şi fondată pe contacte şi relaţii personale. Doar în cazuri izolate profesioniştii din serviciile publice sau ONG-uri iau iniţiativa fie individual, fie în grup, şi cooperează în interesul clienţilor lor.

Dezvoltarea capacităţii serviciilor publice locale de asistenţă socială

Echipele comunitare de intervenţie integrată[94] vor fi deservite de asistenţi sociali de la nivel local, inclusiv de asistenţi sociali ce desfăşoară o activitate de asistenţă socială cu normă întreagă, mediatori sanitari comunitari, mediatori sanitari romi, mediatori şcolari, consilieri şcolari şi experţi romi. În funcţie de nevoile şi resursele comunităţii, echipa poate include şi un asistent medical, un medic de familie, profesori sau agentul de poliţie din localitate. În cazul în care comunitatea deţine puţine resurse proprii, autorităţile locale pot crea echipe comunitare de intervenţie integrată care să acopere mai multe comune sau oraşe învecinate, în cadrul asociaţiilor de dezvoltare intercomunitară sau al grupurilor de acţiune locală (GAL).

SCHEMA 5: „Scara integrării"



Sursa: Taylor (2014) după Munday (2007).

Consolidarea SPAS locale constituie un obiectiv cheie, prin prisma faptului că acestea vor reprezenta principalul promotor al serviciilor integrate prin implementarea activităţilor de intermediere socială şi a celor de teren în beneficiul persoanelor şi familiilor ce trăiesc în sărăcie extremă, precum şi în zonele marginalizate. Aşadar, programul naţional de consolidare a serviciilor de asistenţă socială la nivel comunitar va juca un rol esenţial în dezvoltarea echipelor comunitare de intervenţie integrată (vezi secţiunea anterioară, 2.3.4.).

Investirea într-un număr mai mare de profesionişti bine pregătiţi în sectorul social este absolut necesară pentru dezvoltarea serviciilor primare multidisciplinare integrate

[94] ONG-urile şi unele autorităţi locale proactive au testat abordarea serviciilor integrate în mai multe localităţi din România. La o scară mai mare, UNICEF a elaborat şi testat integrarea serviciilor sociale şi medicale la nivel comunitar în câteva comune sărace din regiunea Nord-Est (în proiectul său „Prima prioritate: niciun copil invizibil"). Pe viitor, Banca Mondială va implementa proiectul Incluziune socială şi servicii de bază integrate în comunităţile marginalizate selectate din mediul urban şi rural din România, în perioada 2016-2020, sub auspiciile Ministerului Muncii, Familiei, Protecţiei Sociale şi Persoanelor Vârstnice, cu implicarea Ministerului Sănătăţii, al Educaţiei şi al Dezvoltării Regionale, precum şi a Fondului Român de Dezvoltare Socială (FRDS).

la nivelul comunităților. Așa cum reiese și din subsecțiunile precedente, deficitul de personal, atât ca număr, cât și ca pregătire profesională, reprezintă o problemă acută în toate sectoarele sociale. Se remarcă de asemenea un deficit de lucrători comunitari de orice tip (precum asistenți medicali comunitari, mediatori sanitari romi și mediatori școlari), cu precădere în mediul rural și în comunitățile urbane mici (vezi și secțiunea 2.5.3.).

În perioada 2014-2020, agenda guvernului privind politicile sociale va viza, în principal, transferul finanțării publice la nivel comunitar și crearea serviciilor comunitare integrate, în care un rol decisiv îl vor juca actorii locali. Astfel, introducerea programului privind venitul minim de inserție socială ar trebui să însoțească dezvoltarea serviciilor de sprijin integrat la nivelul comunităților astfel încât să se asigure un răspuns adaptat la nevoile specifice ale categoriilor vulnerabile. De asemenea, direcțiile strategice ale UE în domeniul sănătății pentru perioada ce urmează implică trecerea de la îngrijirea instituționalizată la cea comunitară. Prin acest cadru general, România are oportunitatea să își reconfigureze sistemele de asistență medicală și socială, cu sprijinul unora dintre viitoarele fonduri europene, pentru a crește accesul la servicii sociale de calitate, sustenabile și accesibile financiar, pentru a reduce inegalitățile interregionale și pentru a oferi categoriilor defavorizate și comunităților marginalizate un acces mai bun la îngrijiri adecvate.

Îmbunătățirea coordonării orizontale și verticale și asigurarea integrării serviciilor sociale

Va fi nevoie de un nou cadru normativ și de armonizarea mecanismelor de finanțare pentru a permite agenților din diferitele sectoare sociale să lucreze împreună eficient. În România, fiecare localitate oferă, într-un mod descentralizat, educație primară și secundară, asistență medicală primară, servicii și prestații de asistență socială, precum și alte servicii publice și programe sociale, în general cu o largă acoperire. Cu toate acestea, va trebui ca resursele existente să fie folosite mai eficient la nivel local în vederea eliminării principalelor cauze ale sărăciei extreme și excluziunii. În prezent, serviciile existente își desfășoară activitatea fragmentar, după cum urmează:

- Ministerul Educației, prin intermediul Inspectoratelor Școlare Județene (ISJ), este preocupat doar de acordarea serviciilor educaționale. Centrele Județene de Resurse și Asistență Educațională (CJRAE) răspund de sprijinirea educației copiilor cu nevoi speciale și a mediatorilor școlari. Mediatorii școlari sunt angajați de către școli, finanțați de la bugetul de stat din resursele puse la dispoziție de Ministerul Educației și nu au nicio relație oficială cu administrația locală în ceea ce privește raportarea. Nu există niciun sistem de monitorizare a mediatorilor școlari la nivel național.

- Ministerul Sănătății, prin intermediul Direcțiilor Județene de Sănătate Publică (DSP), este preocupat doar de sistemul medical. La nivel local, asistenții medicali comunitari și mediatorii sanitari romi sunt angajați fie de către autoritățile locale, fie de către medicii de familie din localitate (din 2012), sunt finanțați de la bugetul de stat din resursele puse la dispoziție de Ministerul Sănătății și nu au nicio relație oficială cu administrația locală în ceea ce privește raportarea. Coordonarea și monitorizarea lor revine DSP. Nu există niciun sistem de monitorizare a asistenților medicali comunitari la nivel național.

- Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice (MMFPSPV), alături de DGASPC de la nivel județean, este preocupat de programele de asistență socială. Asistenții sociali, mediatorii romi și experții romi sunt angajați și finanțați de către autoritățile locale pentru a lucra în cadrul serviciilor publice de asistență socială (SPAS). Relația dintre DGASPC și SPAS nu este încă reglementată. Capacitatea SPAS, mai ales a celor din localitățile rurale și cele urbane mici, este în general una limitată. Nu există niciun sistem de monitorizare a asistenților sociali din cadrul SPAS la nivel național.

- Ministerul Dezvoltării Regionale și Administrației Publice reglementează și finanțează locuințele sociale. Cu toate acestea, autoritățile locale hotărăsc ce clădiri sunt folosite ca locuințe sociale, determină criteriile de eligibilitate pentru obținerea unei astfel de locuințe și răspund de gestionarea fondului de locuințe sociale. Nu există niciun sistem de monitorizare a locuințelor sociale la nivel național.

Dezvoltarea serviciilor integrate, precum a celor socio-medicale, a serviciilor complexe de reabilitare sau a centrelor vocaționale și de ucenicie, este îngreunată de această organizare fragmentară. Reglementarea rigidă și separată a serviciilor din diferitele sectoare, mai ales în

privința finanțării, a stabilirii costurilor serviciilor,[95] a alocării de personal, a procedurilor interne, a normelor de practică şi a standardelor de funcționare, împiedică crearea unor echipe multidisciplinare sau mobile (de exemplu, pentru a ajuta copiii cu dizabilități izolați sau persoanele în vârstă cu dependențe complexe, în special în comunitățile rurale).

Astfel, îmbunătățirea coordonării orizontale în cadrul ministerelor şi între acestea, dar şi a coordonării verticale în domeniul acordării serviciilor sociale între nivelul central, județean şi local este imperioasă pentru promovarea dezvoltării eficace a oricărui tip de servicii integrate.

CASETA 13

Coordonarea furnizării de servicii sociale în baza unei relaţii de încredere şi egalitate

Ca o metodă de acordare integrată a serviciilor sociale, coordonarea „reprezintă armonizarea planificată şi intenționată a activităților diferitelor agenții într-un mod mai sistematic. Coordonarea presupune ca fiecare dintre agențiile implicate să renunțe într-o oarecare măsură la autonomie, planurile fiind stabilite în baza unui protocol, sau ca deciziile să fie luate de un terț (de exemplu, un manager de caz), responsabil de coordonare." (Kuzminskyi, 2013: 8)

Coordonarea cu adevărat oficială, facilitată de rețele sau parteneriate oficiale, necesită un nivel de încredere reciprocă şi nu poate funcționa eficient când există o luptă pentru influență şi resurse. Aceasta presupune ca parteneriatul să fie fondat pe puteri echilibrate şi necesită mecanisme formale şi informale ce au la bază un interes şi o înțelegere comune. Parteneriatele sunt sortite eşecului dacă partenerii sunt obligați să coopereze. În Europa, acest gen de cooperare se observă adesea atunci când parteneriatele ce vizează serviciile integrate sunt stabilite ca o precondiție pentru accesarea fondurilor. Nevoia de încredere şi echilibru al puterii nu înseamnă că nu există un rol de lider sau coordonator care îşi asumă responsabilitatea pentru întregul proces şi obiectivele generale ale parteneriatului. Parteneriatele nu trebuie să funcționeze ca nişte instituții în adevăratul sens al cuvântului, iar stabilirea sau implementarea lor nu necesită eforturi extraordinare. Trebuie doar să găsească metode flexibile de cooperare pentru a răspunde nevoilor clienților.

Sursa: Taylor (2014: 24-25).

Estimarea riguroasă a costurilor şi alocarea unui buget adecvat

Este esențial să se estimeze estimeze riguros costurile înființării şi funcționării echipelor comunitare de intervenție integrată, iar apoi să se aloce un buget corespunzător care să acopere aceste costuri. Guvernul trebuie să elaboreze o strategie financiară completă pentru integrarea asistenței sociale (inclusiv un buget dedicat), luând în considerare toate liniile bugetare relevante din alte sectoare şi resursele reprezentate de fondurile europene şi orice alte tipuri de finanțare externă. Așa cum arată şi Leutz (1999), „integrarea implică nişte costuri înainte de a fi profitabilă", atât în termeni umani, cât şi financiari. Leutz a identificat trei tipuri de costuri ce pot apărea în procesul de integrare: (i) costurile cu personalul şi sistemele de sprijin; (ii) costurile curente aferente furnizării de servicii; (iii) costurile de înființare. Costurile vor fi mult mai ridicate în primele etape ale implementării, însă vor scădea cu timpul. Experiențele internaționale arată că o investiție nu prezintă, de obicei, randament pe termen scurt spre mediu. Având în vedere constrângerile cu care se confruntă România în sfera cheltuielilor publice, modelul de integrare propus în prezentul studiu de fundamentare vizează nivelul comunitar. Cu toate acestea, vor fi necesare fonduri suficiente pentru a asigura un număr adecvat de angajați bine pregătiți şi resurse IT. În momentul de față, nu există estimări clare ale costurilor directe şi indirecte reale implicate în momentul înființării unor astfel de servicii, inclusiv ale costurilor resurselor umane, financiare şi IT.

[95] Unele servicii costă dublu atunci când sunt furnizate în sectorul medical față de aceleaşi servicii oferite de către o instituție din domeniul asistenței sociale (vezi secțiunea referitoare la serviciile acordate persoanelor cu dizabilități).

CASETA 14

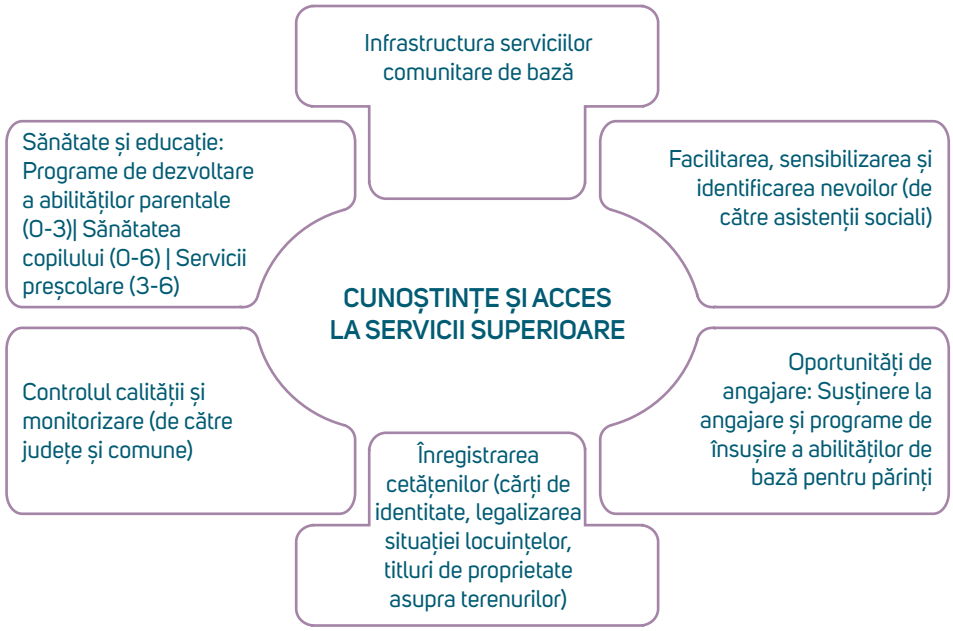
Punerea în practică a modelului de servicii de bază integrate

În perioada 2016-2020, Banca Mondială va testa un model de servicii de bază integrate în România. Proiectul Incluziune socială şi servicii de bază integrate va avea drept scop ruperea cercului intergenerațional al sărăciei şi excluziunii, sporind capacitatea sistemului de protecție socială de a asista comunitățile şi gospodăriile sărace şi de a le conecta la servicii. Proiectul: (i) va consolida legăturile dintre comunități/ gospodării şi servicii şi (ii) va implementa un pachet integrat de intervenții simultane, menite să elimine o multitudine de probleme cu care se confruntă populația săracă şi marginalizată a României.

Proiectul va apela la diferite metodologii de implementare, adecvate diferitelor zone geografice (cu o atenție specială acordată localităților cu valori mici ale indicatorilor de dezvoltare, şomaj ridicat şi nivel redus de acces sau utilizare a serviciilor), dar şi diferitelor contexte şi nevoi de dezvoltare umană. Va fi fondat pe experiențele de succes ale unor programe, precum „Un start bun" (Fondul de Educație pentru Romi), Programul de intervenții prioritare (Fondul Român de Dezvoltare Socială), „Un loc pentru fiecare" (PNUD), Sprijinirea copiilor invizibili (UNICEF) şi altele din regiune şi nu numai, în special experiențele pozitive ale programelor Chile Solidario şi Colombia Red Unidos. La baza sa va sta conceptul potrivit căruia mediatorul social sau asistentul social reprezintă figura centrală care ajută persoanele şi familiile să depăşească situația de excluziune socială şi va cuprinde puternice componente de intermediere socială şi consiliere familială. Proiectul va adopta şi o abordare de tipul dezvoltării plasate sub responsabilitatea comunității, prin încurajarea membrilor comunității să identifice problemele, să găsească soluții şi să participe la implementarea şi monitorizarea proiectului, cu ajutorul autorităților locale.

Programul va fi implementat în comunitățile marginalizate selectate din mediul urban şi rural din România, în perioada 2016-2020, sub auspiciile Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale şi Persoanelor Vârstnice, cu implicarea Ministerului Sănătății, al Educației şi al Dezvoltării Regionale, precum şi a Fondului Român de Dezvoltare Socială (FRDS). Scopul este stabilirea unui model care să consolideze sistemul de protecție socială, dar şi crearea unei intervenții integrate de incluziune

O abordare integrată cu intervenţii din perspectiva cererii şi a ofertei



CASETA 14 (continuare)

socială ce poate fi replicată cu finanțare din fondurile structurale europene după 2020.

Abordarea integrată a serviciilor va fi centrată pe asistenții sociali, pe care îi va abilita să găsească soluții împreună cu gospodăriile şi familiile nevoiaşe. Activitatea acestora va viza identificarea corectă a nevoilor gospodăriei sărace sau vulnerabile şi acoperirea acelor nevoi, în principal cu ajutorul soluțiilor generate şi implementate la nivel local. La baza abordării va sta facilitarea locală intensivă şi activitățile de teren realizate de lucrătorii comunitari (sau mediatorii sociali). Procesul de facilitare intensivă va fi completat de acordarea unui pachet integrat de servicii ce va cuprinde următoarele elemente:

- Sănătate şi educație de bază – investiții pentru extinderea şi îmbunătățirea serviciilor incluzive de dezvoltare timpurie a copilului (precum programele de educație parentală), a educației timpurii (grădinițe) şi a serviciilor medicale de bază (precum campanii publice de informare şi promovare a sănătății pentru copii şi mame şi activități recreative).
- Oportunități de angajare – programe menite să crească şansele de angajare ale părinților (precum programe de alfabetizare şi consiliere profesională).
- Infrastructură comunitară – investiții pentru creşterea disponibilității şi calității serviciilor de bază.

Elaborarea unor metodologii, protocoale şi proceduri de lucru clare

Principalul rol al asistenților sociali şi al altor lucrători comunitari ce colaborează în cadrul unei echipe multidisciplinare va fi acela de a încuraja cererea şi de a ajuta familiile extrem de sărace şi cele din zonele marginalizate să acceseze serviciile de protecție disponibile, atât în mediul rural, cât şi în cel urban. Cu alte cuvinte, aceştia vor asigura implementarea pachetului minim de intervenții şi servicii de bază cheie, conform descrierii din Secțiunea 2.3.4., concentrându-se astfel mai degrabă asupra clientului decât asupra integrării structurale a agențiilor care vor acorda diferitele servicii.

Pentru a susține acest rezultat, responsabilii de politici ar trebui să aibă în vedere următoarele acțiuni: (i) formarea adecvată a tuturor lucrătorilor comunitari, inclusiv a asistenților sociali, asistenților medicali comunitari, mediatorilor sanitari romi, mediatorilor şcolari şi experților romi, în domeniul managementului de caz; (ii) definirea clară a grupurilor țintă şi a criteriilor de eligibilitate, în baza legislației sau a liniilor directoare stabilite de organismele guvernamentale competente; (iii) elaborarea metodologiilor şi a instrumentelor pentru realizarea unei evaluări complete a nevoilor care să ofere îndrumare şi sprijin constant lucrătorilor comunitari, având în vedere că mulți dintre ei nu vor fi pregătiți în domeniul managementului de caz de la bun început; (iv) elaborarea unor protocoale care să ghideze echipele de lucrători comunitari în diverse domenii, inclusiv a unor linii clare de responsabilitate şi reguli legate de raportare, transferul de informații şi documentarea activităților; (v) crearea unor relații funcționale între echipele de lucrători comunitari şi nivelurile superioare de management pentru a asigura coordonarea, supervizarea şi formarea/ recalificarea profesională; (vi) definirea relațiilor funcționale dintre echipele de lucrători comunitari şi alți furnizori de servicii (precum medici de familie, asistenții medicali ai medicilor de familie şi ONG-uri); (vii) definirea unor protocoale pentru planificarea cazurilor împreună cu alți furnizori de servicii, pe baza principiului egalității tuturor participanților; (viii) elaborarea procedurilor de referire şi a protocoalelor de cooperare între agenții; (ix) elaborarea procedurilor pentru implicarea beneficiarilor în acordarea serviciilor sociale; (x) crearea unor centre comunitare multifuncționale, în zonele marginalizate mai extinse, care să ofere servicii primare şi preventive integrate, în principal (dar nu exclusiv) familiilor afectate de sărăcie extremă, inclusiv romilor.

Trebuie conceput un sistem național de evaluare integrată, prin care să se măsoare eficacitatea şi eficiența echipelor multidisciplinare ale lucrătorilor comunitari (echipelor comunitare de intervenție integrată), rezultatele obținute pentru beneficiari şi satisfacția acestora din urmă. Crearea sistemului electronic de asistență socială va fi utilă în acest sens, dar nu suficientă. Evaluarea performanței echipelor comunitare de intervenție integrată va necesita un cadru care să permită măsurarea rezultatelor obținute atât pentru copii, cât şi pentru adulți, pe mai multe planuri, precum educație, sănătate, competențe, ocupare, venituri şi locuire. Evaluarea satisfacției beneficiarilor va necesita o componentă separată. În plus, performanța personalului în ceea ce priveşte folosirea abordării managementului de caz va trebui, de asemenea, evaluată. În fiecare etapă a acordării serviciului ar trebui integrată o evaluare ca mod de examinare a eficacității tuturor proceselor. Ideal ar fi să se creeze un sistem online pentru introducerea şi monitorizarea datelor în timp real.

CASETA 15

Experienţa pozitivă a Chile Solidario

Ca răspuns la constrângerile ce afectau eficacitatea programelor sociale, țările din America Latină au creat programe de intermediere socială în care sprijinul acordat populației sărace este abordat dintr-o perspectivă sistemică, holistică şi bazată pe familie. Programele de intermediere socială nu oferă familiilor prestații financiare sau în natură, ci le ajută să acceseze alte programe, sporindu-le astfel şansele de a ieşi treptat din sărăcia extremă prin acoperirea nevoilor lor specifice. Astfel, pentru a avea şanse de reuşită, acestea trebuie să fie bine integrate în sistemul de asistență socială.

Sistema Chile Solidario a fost primul program de acest gen din regiune. **Chile Solidario** nu reprezintă un program distinct sau o prestație socială, ci un model de management la baza căruia stă crearea unor rețele instituționale şi locale ce acordă protecție socială familiilor celor mai sărace. **Chile Solidario** pune la dispoziția persoanelor şi familiilor afectate de sărăcie extremă şi vulnerabilitate (cum ar fi persoanele fără adăpost, vârstnicii ce trăiesc singuri şi copiii deținuților) protecție socială garantată timp de cinci ani, cu scopul de a îndruma persoanele şi familiile spre accesarea autonomă şi utilizarea eficientă a rețelei de servicii sociale.

Componenta de sprijin familial şi conceperea unui plan de dezvoltare familială reprezintă elementele de bază ale **Chile Solidario**. Grupul țintă al programului îl constituie cele mai sărace 5% dintre familiile chiliene. Participarea la program este voluntară, însă participanții se angajează să depună eforturi pentru a atinge obiectivele măsurabile. Atât pentru instituții, cât şi pentru beneficiarii implicați, obiectivele comune şi măsurabile sunt structurate în jurul a 53 de condiții „minime privind calitatea vieții", încadrate în şapte categorii: identificare, sănătate, educație, dinamica familiei, locuire, muncă şi venituri.

Accesul în program se face prin Serviciul de asistență psihologică **(Programa Puente)**, în cadrul căruia un consilier familiar lucrează cu o familie timp de doi ani prin vizite la domiciliu, informare, îndrumare şi referire către serviciile sociale şi programele de prestații. Serviciul de asistență psihologică este însoțit de un transfer monetar lunar acordat familiei (o sumă fixă pe familie), de preferat unui membru feminin al familiei, şi menit să contribuie la acoperirea costurilor suportate de familii în momentul utilizării serviciilor. Valoarea transferului scade la fiecare şase luni. Toate familiile care parcurg cu succes etapa de asistență psihologică intră automat în următoarea fază, cea în care **Programa Puente** le monitorizează şi urmăreşte condițiile de viață. De-a lungul acestei perioade de trei ani, familiile beneficiază în continuare de prestațiile garantate şi acces preferențial la programele sociale, iar transferul monetar familial este înlocuit de un transfer monetar de ieşire din program, acordat timp de 36 de luni ca „premiu" pentru parcurgerea primei etape.

Serviciul de asistență psihologică este oferit de către consilieri familiali cu pregătire profesională. După ce familiile semnează acordul obligatoriu de participare, consilierul familial le vizitează periodic la domiciliu şi le îndrumă spre serviciile sociale locale. Un consilier familial lucrează cu 60-100 de familii simultan, unele aflate în faza inițială intensivă (o dată sau de două ori pe săptămână), altele în faza de monitorizare şi urmărire (vizite lunare, bilunare sau trimestriale). **Chile Solidario** oferă periodic formare consilierilor familiali. De două ori pe an, aceşti consilieri parcurg un proces obligatoriu de evaluare a performanțelor şi doar cei care au obținut punctaje satisfăcătoare îşi pot continua activitatea în această calitate. Procesul de evaluare a performanțelor examinează consilierii în baza a trei criterii: (i) abilități personale; (ii) capacitatea de a gestiona oferta de servicii; (iii) productivitate (acoperirea beneficiarilor, numărul de familii ce parcurg întregul program şi abilitarea socială a familiilor). 95% dintre aceşti consilieri familiali sunt absolvenți de universitate.

Chile Solidario şi-a început activitatea în 2002. Până în 2012, programul a asistat efectiv 482.558 de familii (sau în jur de 2 milioane de persoane). Această cifră include familiile care au parcurs ambele faze ale programului, excluzându-le pe cele care au refuzat să participe (doar 2,2% dintre familiile invitate) şi pe cele care nu au parcurs cele două faze (5,6% dintre cele ce au semnat acordul de participare). Toate aceste familii au ajuns să lucreze cu **Chile Solidario** prin **Programa Puente**. Din 2006, alte grupuri țintă vulnerabile şi-au găsit locul în sistem, precum persoanele fără adăpost, vârstnicii ce trăiesc singuri şi copiii dependenți ai adulților aflați în penitenciare. În toate cele trei cazuri, componenta de sprijin a programului a fost adaptată nevoilor specifice ale acestor categorii.

CASETA 15 (continuare)

Gama de programe şi servicii sociale sponsorizate şi coordonate de **Chile Solidario** a fost restructurată de-a lungul timpului. Au fost create şi câteva noi programe menite să acopere nevoile beneficiarilor **Chile Solidario**, cum ar fi subvenționarea taxei de eliberare a actelor de identitate, o subvenție plătită direct şcolilor pentru menținerea copiilor în şcoală, o masă suplimentară pe zi servită la şcoală, ateliere privind dinamica familiei, un program de locuințe şi sprijin pentru dezvoltarea producției proprii. Guvernul din Chile a crescut semnificativ bugetul total al programului, de la 3,6 milioane USD în 2002 la 182 milioane USD în 2012. Din aceste fonduri, în jur de 14% au finanțat componenta de asistență psihologică, 24% au reprezentat transferuri monetare şi 62% au fost transferate altor programe sociale pentru a elimina lipsurile existente. Costurile administrative par a fi relativ mici. În 2009 (cel mai recent an pentru care sunt disponibile informații), acestea au reprezentat în jur de 3% din bugetul total.

Analiştii evaluează diferit impactul **Chile Solidario**, în funcție de metodologia de evaluare şi de datele folosite. Toți analiştii sunt însă de părere că programele de intermediere socială reprezintă nişte instrumente solide şi cost eficiente de sprijinire a familiilor sărace şi marginalizate. Programul inovator şi intensiv **Chile Solidario** a reuşit să ajute populația săracă să acceseze prestații financiare, să afle despre existența programelor sociale şi să se bucure de un nivel mai ridicat de bunăstare socio-emoțională, generând totodată rezultate pozitive în materie de sănătate şi educație (frecventarea şcolii, alfabetizare şi formare profesională) pentru beneficiari. Cu toate acestea, capacitatea programului de a transforma viața familiilor celor mai sărace din perspectiva anumitor rezultate cheie privind protecția socială pe termen lung – ocupare şi locuire – face obiectul anumitor controverse.

Surse: Camacho et al (2014) şi Carneiro et al (2014).

2.3.6. Dezvoltarea serviciilor sociale adresate grupurilor vulnerabile

Rolul serviciilor sociale este să mențină, să redea şi să dezvolte capacitatea persoanelor şi familiilor de a funcționa în cadrul societății. Direcțiile Județene de Asistență Socială şi Protecția Copilului (DGASPC), finanțate de bugetul de stat şi consiliile județene, reprezintă atât principalul furnizor, cât şi principalul contractant de servicii sociale specializate.

În următorii ani, toate eforturile vor viza reducerea fragmentării şi a lipsei de coordonare din sectorul serviciilor specializate. În 2011, guvernul a adoptat Legea asistenței sociale (292/2011), însă legislația secundară nu a fost încă elaborată. Această lipsă, dublată de o insuficientă alocare bugetară (la nivel național, dar şi la cel local), a dus la fragmentarea şi lipsa de coordonare a sectorului serviciilor specializate, cu precădere în mediul rural şi în zona serviciilor pentru adulți.

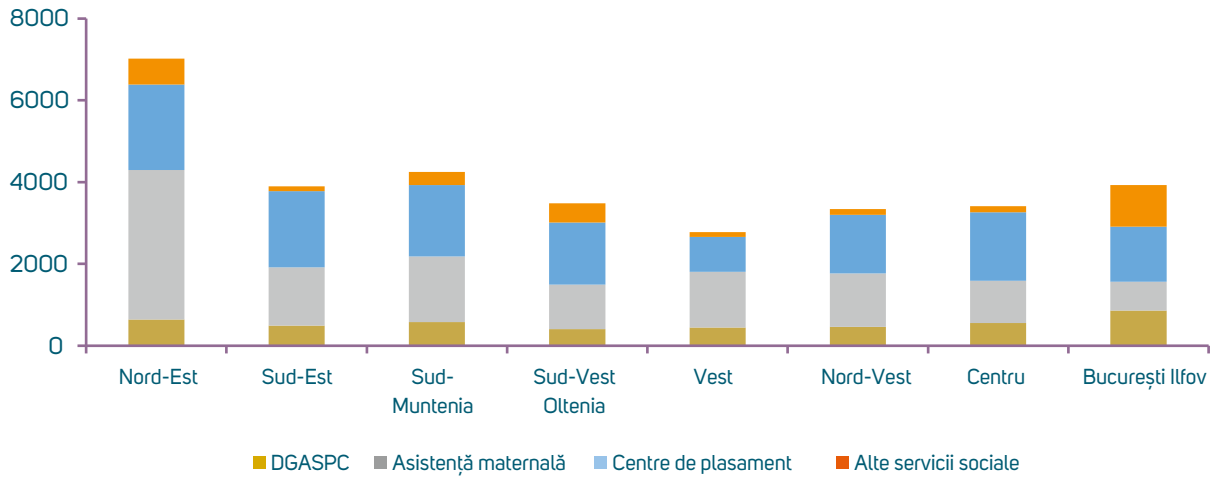
Pentru a atinge obiectivele Strategiei naționale privind incluziunea socială și reducerea sărăciei 2015-2020, va trebui consolidat rolul jucat de DGASPC în planificarea strategică, coordonarea metodologică şi susținerea SPAS la nivel comunitar, dar şi în monitorizarea şi evaluarea furnizorilor de servicii din județ. Totodată, Direcțiile ar trebui să renunțe treptat la calitatea de principalul furnizor de servicii sociale. În consecință, va trebui ca DGASPC din majoritatea județelor să fie reorganizate din temelii şi consolidate, prin contractarea serviciilor existente de la furnizori neguvernamentali sau privați şi prin creşterea numărului de profesionişti implicați în planificarea strategică, monitorizare şi evaluare, dar şi în managementul de caz. În prezent, doar 60% dintre Direcții au elaborate strategii, planuri, proceduri şi metodologii, doar 53% recurg la metoda managementului de caz sau au stabilite proceduri de management de caz şi numai 61% au raportat că dețin manageri de caz. Un manager de caz gestionează în medie 74 de cazuri, doar 61% dintre Direcții au înființat un departament pentru prevenirea marginalizării sociale şi în doar 65% dintre ele a fost creat un departament de management al calității serviciilor sociale. Nu în ultimul rând, în numai 29% dintre DGASPC funcționează un departament responsabil de coordonarea şi sprijinirea SPAS.[96]

[96] HHC România (2011), MMFPSPV şi SERA România (2012); FONPC (2012).

DGASPC vor avea nevoie de resurse financiare şi umane sustenabile şi adecvate pentru a crea o rețea națională de servicii sociale. DGASPC reprezintă mari angajatori pentru personalul specializat,[97] însă întâmpină serioase greutăți în acoperirea propriilor nevoi de personal şi de competențe pentru furnizarea serviciilor. Lipsa indicatorilor de performanță face imposibilă evaluarea performanțelor profesionale ale angajaților DGASPC. Investițiile în formarea continuă a personalului specializat[98] sunt reduse şi nu se măsoară valoarea adăugată a acestui tip de formare.

Totodată, actualul personal al serviciilor specializate ale DGASPC este nevoit să gestioneze un număr foarte mare de cazuri din cauza lipsei de profesionişti, mai ales după tăierile bugetare din 2009. Tăierile au afectat atât personalul DGASPC şi asistenții maternali (de la 15.023 în 2008 la 12.201 în 2013), cât şi personalul centrelor de plasament (de la 16.534 în 2008 la 12.513 în 2013). La finele lui 2012, studiile au indicat un deficit de 11.000 de asistenți sociali în întregul sistem de servicii primare (SPAS) şi specializate (DGASPC).

FIGURA 26: Distribuirea personalului DGASPC, în funcţie de tipul serviciului de protecţie socială şi regiune, la sfârşitul lui decembrie 2013



Sursa: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului şi Adopție.

Guvernul trebuie să creeze un sistem de formare inițială şi continuă adresat profesioniştilor din serviciile sociale, inclusiv celor implicați în sistemul de reglementare a serviciilor sociale. Nu există încă un mecanism dedicat pentru evaluarea serviciilor sociale sau pentru formarea evaluatorilor serviciilor sociale. În prezent, inspectorii ce evaluează serviciile sociale răspund şi de controale şi sancțiuni la nivelul sectorului, ceea ce creează adesea confuzie şi conflicte de interese. Capacitatea Inspecției Sociale de a evalua şi controla serviciile sociale trebuie, de asemenea, consolidată.

În ceea ce priveşte sistemul de formare inițială şi continuă a profesioniştilor din serviciile sociale, responsabilii de politici ar trebui să aibă în vedere următoarele acțiuni: (i) înființarea unor organisme interministeriale coordonate (de exemplu, cu reprezentarea Ministerului Educației, Ministerului Sănătății, Ministerului Muncii şi Protecției Sociale şi Ministerului Tineretului şi Sportului) care să gestioneze formarea profesioniştilor din serviciile specializate; (ii) gestionarea procesului de acreditare a curriculumurilor şi formarea formatorilor; (iii) crearea unui program complet de formare la nivel național (inclusiv prin învățare mixtă şi

[97] La 31 decembrie 2013, personalul DGASPC era format din peste 32.000 de persoane, din care 77% lucrau în centrele de plasament sau ca asistenți maternali, iar 9% erau angajați în alte servicii, potrivit Autorității Naționale pentru Protecția Drepturilor Copilului şi Adopție (ANPDCA).
[98] Doar 20% din personalul DGASPC din 45 de județe a urmat cursuri de formare profesională în 2010 (HHC România, 2011).

la distanță); (iv) crearea unui sistem de acreditare pentru asistenții sociali profesioniști; (v) crearea unui sistem de evaluare continuă şi de perfecționare sau recalificare a asistenților sociali profesioniști; (vi) crearea unor cursuri de formare specializate pentru evaluatorii serviciilor sociale.

Dezinstituționalizarea şi dezvoltarea alternativelor de tip familial vor continua să se numere printre principalele obiective ale guvernului atât pentru sistemul de protecție a copilului, cât şi pentru serviciile adresate adulților cu dizabilități. Din experiența internațională reiese faptul că îngrijirile instituționalizate sunt mai costisitoare şi mai puțin benefice pentru client decât abordările mai incluzive, concepute cu scopul de a susține persoanele în cadrul propriilor lor familii. În realitate, pe lângă faptul că reprezintă o violare a drepturilor omului, instituționalizarea nejustificată a unora dintre categoriile cele mai vulnerabile şi/sau marginalizate (fie că e vorba de copii, persoane cu dizabilități și/ sau cu probleme de sănătate mintală sau de persoane vârstnice dependente) plasează o povară excesivă asupra sistemelor sociale şi de sănătate.

Trebuie sporit accesul anumitor grupuri vulnerabile la serviciile specializate, iar unele tipuri de servicii trebuie dezvoltate în continuare. Anumite categorii expuse riscului de excluziune ar trebui să beneficieze de acces mai mare la servicii sociale de calitate în România, precum copiii lipsiți de ocrotire părintească sau tratați necorespunzător de către familia lor, bătrânii singuri, persoanele cu dizabilități şi dependențe complexe, persoanele care suferă de dependențe şi boli cronice, persoanele cu afecțiuni medicale rare sau victime ale abuzului şi persoanele fără adăpost. Ar trebui create servicii speciale pentru nevoile specifice ale acestora, inclusiv intervenții timpurii, îngrijire de lungă durată, îngrijire la domiciliu sau în ambulatoriu, locuințe sociale, o gamă variată de servicii de sprijin în vederea incluziunii/ participării (în diverse domenii, cum ar fi educație, ocuparea forței de muncă, justiție şi asistență medicală) şi servicii socio-medicale integrate. Acestea ar trebui să mai includă şi servicii care să faciliteze tranziția de la un ciclu al vieții la altul (de la şcoală la piața muncii, de la o viață instituționalizată la o viață independentă, de la piața muncii la pensionare, de exemplu) şi echipe mobile multidisciplinare.

TABEL 27: Principalele nevoi de dezvoltare a resurselor umane din sectorul serviciilor sociale, 2014

Profesia	Situația actuală
Pregătire formală	
Asistenți sociali	În principal la nivel județean şi în SPAS din mediul urban. Insuficienți.
Psihologi	În principal la nivel județean şi în SPAS din mediul urban. Insuficienți în domeniul dizabilităților.
Sociologi	Rari în domeniul dizabilităților
Educatori	Nepregătiți în domeniul educației incluzive.
Educatori din învățământul special	Număr redus la nivel național. Curriculumul de formare este relativ învechit şi neadaptat la nevoile actuale ale copiilor şi familiilor.
Profesori din învățământul special	Puțini la nivel național. Curriculumul de formare este relativ învechit şi neadaptat la nevoile actuale ale copiilor şi familiilor. Numărul redus al şcolilor speciale după 2008.
Educatori-specialişti în reabilitare	Foarte puținii profesioniști sunt formați de ONG-uri sau prin programe de cooperare internațională, ceea ce înseamnă că nu sunt pregătiți în contextul sistemului românesc.
Medici	Nefamiliarizați cu dizabilitatea în general, cu excepția profesioniştilor din domeniul medicinei de reabilitare şi al psihiatriei. Nevoie acută de formare generală în cazul medicilor de familie şi al pediatrilor. Activitate de teren foarte redusă în rândul medicilor de familie.
Asistenți medicali	Nefamiliarizați cu dizabilitatea în general, cu excepția profesioniştilor din domeniul medicinei de reabilitare şi al psihiatriei. Nevoie acută de formare generală.
Logopezi	Există doar la nivel județean şi în oraşele mari.
Terapeuți ocupaționali	Rari în România. Nu există formare oficială pentru această profesie. Nevoie mare.
Fizioterapeuți	Acoperire mai bună în mediul urban, număr foarte redus în mediul rural. O mare nevoie de profesioniști situați cât mai aproape de persoanele cu dizabilități.

TABEL 27 (continuare)

Ortoprotezişti	Acoperire mai bună în mediul urban, număr foarte redus în mediul rural. O mare nevoie de profesionişti situați cât mai aproape de persoanele cu dizabilități.
Tehnicieni protezişti-ortezişti	Acoperire mai bună în mediul urban, număr foarte redus în mediul rural. O mare nevoie de profesionişti situați cât mai aproape de persoanele cu dizabilități.
Terapeuți prin artă	Rari în România. Nu există formare oficială pentru această profesie. Cerere tot mai mare.
Asistenți personali	Persoane de bază în sistemul serviciilor de sprijin. Salariile mici de la ora actuală nu încurajează asistenții cu pregătire profesională să intre în sistem, angajându-se astfel pe aceste posturi membrii familiei. Nevoie uriaşă de asistenți mai bine pregătiți profesional la nivel local şi de mai multă pregătire formală (în jur de 40 de ore).
Asistenți maternali	Nepregătiți în domeniul dizabilității. Plasarea cu dificultate a copiilor cu dizabilități la asistenți maternali sau familii adoptive
Pregătire informală	
Asistenți personali	Potrivit legii, asistenții personali ai persoanelor cu dizabilități trebuie să urmeze un număr obligatoriu de ore de formare (40), însă în prezent doar DGASPC acordă acest tip de formare, foarte rară în realitate.
Consilier, mediator pe piața muncii	Formare oferită numai de ONG-uri sau de agenții private de formare.
Îngrijitori la domiciliu	Formare oferită numai de ONG-uri sau de agenții private de formare.
Interpreți în limbajul mimico-gestual	Formare oferită numai de ONG-uri sau de agenții private de formare, plus un program de masterat la Universitatea din Cluj.
Instructori pentru câini ghizi	Formare oferită de un singur ONG specializat (Light into Europe).
Lucrători CBR (reabilitare în comunitate)	Nu există în România. Ar fi foarte utili în zonele rurale îndepărtate şi izolate.

În cele ce urmează, sunt descrise principalele obiective şi acțiuni pentru dezvoltarea serviciilor sociale specializate, organizate în funcție de grupurile vulnerabile:

- Crearea şi finanțarea serviciilor adresate copiilor lipsiți de ocrotire părintească pentru: (i) reducerea ratei abandonului copilului în unitățile medicale, în principal prin crearea şi consolidarea mecanismelor preventive cheie la nivel comunitar; (ii) reducerea numărului de copii din sistemul de protecție specială[99], mai ales prin regândirea modalităților şi a mijloacelor (inclusiv a prestațiilor financiare) de a oferi sprijin familial în vederea prevenirii separării copilului de familie şi prin revizuirea actualelor servicii de protecție a copilului pentru a creşte calitatea îngrijirilor acordate şi a reduce durata de şedere în sistem la un minim necesar; (iii) reducerea (şi în final eradicarea) fenomenului copiilor fără adăpost, în principal prin evaluarea şi cartografierea situației reale a copiilor străzii la nivel național şi prin crearea unor servicii preventive şi specializate în funcție de nevoile identificate; (iv) identificarea categoriilor de copii cu părinți plecați la muncă în străinătate ce prezintă risc social şi crearea unor servicii de sprijin pentru aceştia şi pentru adulții care au grijă de ei.
- Crearea şi finanțarea serviciilor adresate persoanelor cu dizabilități, care potrivit Strategiei naționale pentru persoanele cu dizabilități 2015-2020 ar trebui să vizeze următoarele: (i) crearea unui set funcțional şi coerent de metodologii de evaluare a dizabilității şi invalidității; (ii) extinderea spectrului serviciilor pentru persoanele cu dizabilități şi transformarea acestora în servicii mai eficiente şi mai accesibile din punct de vedere financiar; (iii) finanțarea şi asigurarea dezvoltării continue a serviciilor de sprijin pentru tinerii cu dizabilități ce trăiesc în comunitate; (iv) accelerarea şi eficientizarea tranziției de la îngrijirile de tip rezidențial la serviciile comunitare pentru adulții cu dizabilități; (v) reformarea drastică a serviciilor de

[99] Potrivit Strategiei naționale în domeniul protecției şi promovării drepturilor copilului 2014-2020 (HG 1113/2014), copiii de vârste mai mici reprezintă un grup țintă prioritar în următoarea fază a reformei sistemului de protecție a copilului.

îngrijire de lungă durată şi de recuperare adresate persoanelor cu probleme de sănătate mintală, în baza unui plan agreat şi întocmit de comun acord de către MMFPSPV şi Ministerul Sănătății; (vi) continuarea planului național privind creşterea accesului la spații publice şi mediul înconjurător.

- Crearea şi finanțarea unui palete largi de servicii adaptate nevoilor specifice ale vârstnicilor cu cerințe complexe, cu accent special pe serviciile de îngrijire la domiciliu, în concordanță cu Strategia națională privind persoanele vârstnice şi îmbătrânirea activă.

- Reglementarea, dezvoltarea şi finanțarea serviciilor sociale adaptate pentru alte grupuri vulnerabile, inclusiv mamele minore, adulții privați de libertate sau în supravegherea serviciilor de probațiune, persoanele dependente de droguri, alcool sau substanțe, victimele traficului de persoane şi victimele violenței. Aceste servicii ar trebui să fie dezvoltate de către MMFPSPV împreună cu MDRAP (care elaborează Strategia națională privind locuirea), Administrația Națională a Penitenciarelor (responsabilă de Strategia națională pentru integrarea socială a persoanelor private de libertate 2015-2019), Agenția Națională Antidrog (responsabilă de Strategia națională antidrog 2013-2020), Agenția Națională Împotriva Violenței Domestice (responsabilă pentru Strategia națională pentru prevenirea și combaterea fenomenului violenței în familie pentru perioada 2013-2017) și cu Agenția Națională Împotriva Traficului de Persoane (responsabilă de Strategia națională privind prevenția și lupta împotriva traficului de persoane 2012-2016).

Următoarele secțiuni tratează pe larg nevoile de dezvoltare a serviciilor sociale pentru fiecare categorie vulnerabilă în parte.

Servicii adresate copiilor lipsiți de ocrotire părintească

Sprijinul acordat pentru a asigura bunăstarea copiilor şi a familiei reprezintă unul dintre fundamentele strategiei de protecție socială a României, fiind ancorat în interesul față de drepturile omului şi cost eficiență. În acest scop, sunt esențiale dezvoltarea şi armonizarea prestațiilor financiare şi a serviciilor sociale adresate copiilor şi familiilor în diferite situații. Odată ce un copil este separat de familia sa, sistemul de protecție a copilului îi oferă ocrotire în baza unui plan individualizat, conceput de către un manager de caz al DGASPC. Din cauza informațiilor adesea limitate disponibile în legătură cu trecutul şi antecedentele copiilor şi familiilor lor, dar şi din cauza lipsei capacității DGASPC, majoritatea planurilor individualizate de protecție sunt incomplete şi structurate în jurul disponibilității serviciilor, nu al nevoilor specifice ale copilului.

A. Copiii abandonaţi în unităţile medicale

Tot mai mulți copii sunt abandonați în secțiile spitalelor. Deşi numărul copiilor abandonați în unitățile medicale a scăzut cu două treimi în ultimii 10 ani (de la 4.614 în 2004 la 1.449 în 2014), s-a înregistrat o creştere de 12% între 2010 şi 2012. În ultimii trei ani, numărul a stagnat la peste 1.400, cu un maxim de 1.474 de copii abandonați în 2013. Majoritatea acestor copii au fost abandonați în secțiile de maternitate (56,94% în 2010 şi 65,78% în 2011), pe locul doi situându-se copiii abandonați în secțiile de pediatrie (31,86% în 2010 şi 27,30% în 2011).

Sărăcia şi lipsa actelor de identitate reprezintă principalele cauze ale abandonului copilului în unitățile medicale. Studiile realizate în România arată că motivul invocat frecvent de mame pentru abandonul copiilor lor sănătoşi în instituțiile medicale este lipsa actelor de identitate. Aceasta nu permite înregistrarea oficială a copilului şi, prin urmare, îi afectează dreptul la un nume şi cetățenie.[100] Sărăcia este asociată cu familiile monoparentale, mamele adolescente, sarcinile extraconjugale, copiii cu dizabilități şi lipsa accesului la servicii medicale/ de monitorizare şi sprijin social adecvate, toate numărându-se printre principalele cauze ale abandonului copilului în unitățile medicale.

Majoritatea nou-născuților şi a copiilor foarte mici ce ajung în sistemul de protecție a copilului au fost abandonați în unitățile medicale. În ciuda unei evoluții pozitive a numărului copiilor ce revin în familia lor naturală şi extinsă, care a crescut constant în ultimii patru ani, este alarmant faptul că majoritatea copiilor ce au părăsit unitățile medicale au intrat în sistemul de protecție a copilului (aproximativ 60%). În mare parte, aceştia au fost plasați unui asistent maternal (în jur de 45% între 2010 şi 2012 şi cu 3% mai puțin în 2013), unii au intrat în grija serviciilor de tip rezidențial (centre de plasament şi centre de primire în regim de urgență), unde s-a înregistrat cel mai mare număr în 2013 (79 de copii sau 6,2% din numărul total al copiilor abandonați care au intrat în sistemul de protecție a copilului).

[100] Stativă et al (2005).

Din cauza deficienţelor de la nivelul sistemului, unii copii petrec luni bune în spitale neadaptate la nevoile lor de dezvoltare. Este îngrijorător şi faptul că, din numărul total al copiilor abandonaţi în unităţile spitaliceşti, anual o parte din ei rămân în aceste unităţi (236 în 2010, 248 în 2011, 234 în 2012 şi 175 în 2013). Astfel, aceşti copii sunt ţinuţi într-un cadru instituţional nedotat corespunzător pentru a răspunde nevoilor lor de dezvoltare, lucru ce le poate afecta grav dezvoltarea fizică, cognitivă şi emoţională (în funcţie de vârsta copiilor şi de durata spitalizării) deoarece copiii mici sunt puternic afectaţi de instituţionalizare. Acest lucru se datorează, în principal, absenţei unor proceduri clare de referire între instituţiile medicale şi cele de protecţie socială, lipsei actelor de identitate ale părinţilor şi lipsei unor familii disponibile şi pregătite să ofere asistenţă maternală copiilor cu vârste între 0 şi 2 ani.

Reducerea ratei abandonului copilului în unităţile medicale va presupune crearea şi/sau consolidarea unor mecanisme preventive cheie la nivel comunitar. Unele dintre aceste măsuri vizează întregul domeniu al protecţiei sociale, precum întocmirea actelor de identitate pentru orice cetăţean, consolidarea serviciilor de asistenţă socială la nivel comunitar şi asigurarea accesului egal la prestaţiile sociale. Altele vor urmări restrângerea anumitor grupuri vulnerabile – precum cea a mamelor singure şi a părinţilor adolescenţi, prin educaţie sexuală şi servicii de planificare familială. Aceste două tipuri de măsuri vor trebui coordonate şi armonizate. De exemplu, îmbunătăţirea monitorizării tuturor sarcinilor ţine, în mod evident, de competenţa serviciilor medicale. Cu toate acestea, aceasta va trebui să includă măsuri care să permită identificarea precoce a sarcinilor cu risc crescut de abandon al copilului şi să asigure referirea lor imediată către serviciile sociale pentru a se oferi consiliere şi sprijin cât mai repede cu putinţă. Astfel, în momentul naşterii, va exista deja un plan pe termen lung, dacă este cazul. Tot pe partea preventivă, mamele (sau părinţii, în general) ce se adresează unităţilor medicale fără acte de identitate ar trebui considerate, fără excepţie, ca prezentând un risc crescut de abandon al copilului. Pentru asemenea cazuri, responsabilii de politici trebuie să conceapă proceduri care să permită personalului medical să alerteze serviciile sociale (cele de protecţie a copilului) şi poliţia (în scopul identificării).

Reducerea perioadei petrecute de bebeluşii abandonaţi în secţiile de maternitate va necesita dezvoltarea unor servicii speciale de răspuns, precum asistenţi maternali care pot prelua bebeluşii chiar şi în situaţii de urgenţă. Managementul de caz şi planificarea adecvate ar trebui să reducă perioada petrecută de copii în sistemul de protecţie a copilului, fie prin reintegrarea lor în familia naturală sau extinsă, fie prin găsirea unor familii adoptive pentru aceştia.

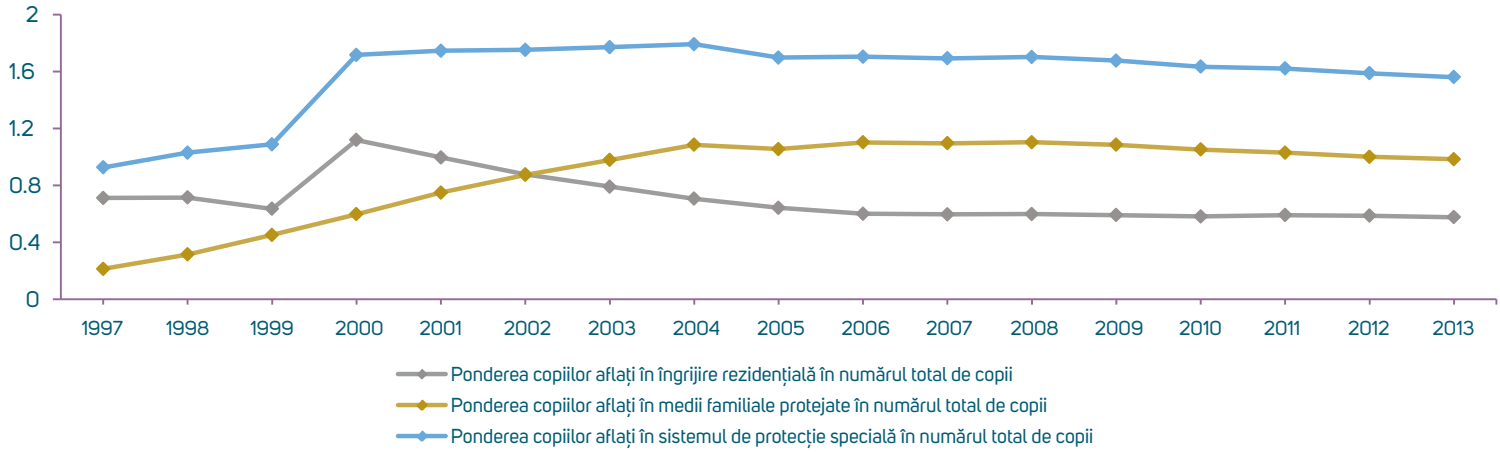
B. Copiii ce trăiesc în instituţii de tip rezidenţial sau alternative de tip familial

Reducerea numărului de copii în sistemul de protecţie a copilului rămâne o prioritate în următorii ani. Guvernul a înregistrat progrese semnificative în ultimii 15 ani în ceea ce priveşte reducerea numărului de copii aflaţi în instituţiile de ocrotire şi dezvoltarea alternativelor de tip familial. Numărul copiilor din instituţii (centre de plasament publice şi private, inclusiv case de tip familial) a scăzut de la un maxim de 57.181 în decembrie 2000 la 21.365 în 30 iunie 2014. Cu toate acestea, în 2011, pentru prima dată în 15 ani, numărul copiilor instituţionalizaţi a crescut[101] ca o consecinţă a sărăcirii populaţiei şi a bugetului limitat destinat serviciilor familiale. Totuşi, rata a început să scadă din nou în ultimii trei ani. Numărul total al copiilor plasaţi în grija statului (fie în instituţii, fie într-un mediu familial) s-a micşorat semnificativ, de la aproximativ 98.000 de copii în 1997 la aproximativ 62.000 la finele anului 2013 (şi la aproape 59.000 la sfârşitul lui iunie 2014). Însă, a scăzut şi populaţia totală de copii a ţării şi, prin urmare, rata copiilor aflaţi în grija statului de fapt a stagnat (1.776 în 2000 şi 1.641 în 2011), ceea ce denotă eşecul sistemului de a diminua numărul copiilor ce intră în sistemul de protecţie (Figura 27).

Studiile arată că toţi aceşti copii care ajung în sistemul public de protecţie prezintă vulnerabilităţi multiple şi complexe la nivelul gospodăriei din care provin. Aşa cum s-a menţionat anterior, mulţi dintre copiii ce intră în sistemul de protecţie a copilului au fost abandonaţi în spitale. Potrivit datelor colectate de Autoritatea Naţională pentru Protecţia Drepturilor Copilului, principalele trei cauze ale separării copilului de familie şi ale intrării în sistemul public de protecţie sunt sărăcia (42%), abuzul şi neglijarea (25%) şi dizabilitatea (10%). Cu toate acestea, responsabilii de politici ar trebui să se asigure că sărăcia nu reprezintă niciodată singurul criteriu în baza căruia copilul este lipsit de ocrotire părintească,[102] evidenţele sugerând că separarea este determinată de vulnerabilităţi

[101] MMFPSPV, DGPC (2011: 1). Numărul copiilor instituţionalizaţi era de 23.240 în 2011, comparativ cu 23.103 în 2010.
[102] ONU (2009) şi Comisia Europeană (2013b).

FIGURA 27: Proporţia copiilor din sistemul de protecţie specială (1997-2013)



Sursa: Estimări realizate de Banca Mondială folosind datele referitoare la numărul copiilor din sistemul de protecție socială furnizate de Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale şi Persoanelor Vârstnice şi baza de date TransMonEE pentru numărul total al copiilor (0-17 ani).

multiple şi complexe.[103] În majoritatea cazurilor, aceste vulnerabilități complexe constă într-o combinație de factori, precum sărăcie extremă, şomajul părinților, starea proastă sau lipsa unei locuințe, absenteism sau abandon şcolar, competențe parentale inadecvate, violență domestică, risc crescut de neglijare şi abuz al copilului (pe fondul abuzului de alcool al părinților), părinți tineri sau singuri, instabilitate conjugală, aşteptări reduse şi/sau stimă de sine scăzută şi neputință dobândită.

Reducerea numărului de copii plasați în sistemul de protecție va necesita dezvoltarea unor servicii comunitare de prevenție şi de sprijin. Minorii ajung adesea în sistemul de protecție a copilului din cauza lipsei unor servicii de identificare a copiilor în situație de risc, a serviciilor de intervenție timpurie şi a sistemelor de referire la nivelul comunității. Potrivit statisticilor oficiale, copiii expuşi riscului separării de familie reprezintă aproape 1,4% dintre copiii cu vârste cuprinse între 0 şi 17 ani. Totuşi, un studiu al UNICEF din 2012 estimează un procent mai ridicat – de aproape 2% dintre copiii de 0-17 ani – dacă se iau în calcul copiii „invizibili".[104] Aceştia sunt copii ce nu au fost identificați şi înregistrați de către autoritățile locale. Structurile comunitare consultative (SCC) reprezintă entități constituite juridic la nivel comunitar, ai căror membri provin din rândul actorilor locali (autorități locale, asistenți sociali, doctori, poliție şi profesori). Acest studiu al UNICEF a constatat faptul că numărul copiilor „invizibili" este mult mai mic în comunele în care funcționează structuri comunitare consultative, create însă în foarte puține locuri din România. Sistemul se află, în continuare, într-o fază de stagnare, iar autoritățile locale nu par să îşi fi asumat răspunderea de a implementa servicii menite să prevină separarea copiilor de familie.

Responsabilii de politici ar trebui să revizuiască actualele proceduri referitoare la plasamentul copiilor în alternative de tip familial în vederea reducerii numărului total al copiilor cu măsuri de protecție. La ora actuală, în România, peste 60.000 de copii sunt lipsiți de ocrotire părintească.[105] Dintre aceştia, 61,4% se află în alternative de tip familial, respectiv 30,8% au fost plasați la asistenți maternali profesionişti şi 30,6% sunt în grija familiei lor extinse (a rudelor) sau a altor familii. Proporția copiilor plasați în alternative de tip familial

[103] Stănculescu et al (2013).
[104] Stănculescu şi Marin (2012). Copiii „invizibili" se referă la copiii care „în familiile, comunitățile şi societățile lor, ies din atenția guvernelor, donatorilor, societății civile, mass-media şi chiar a altor copii", potrivit UNICEF (2006).
[105] 61.749, potrivit datelor ANPDCA pentru decembrie 2013.

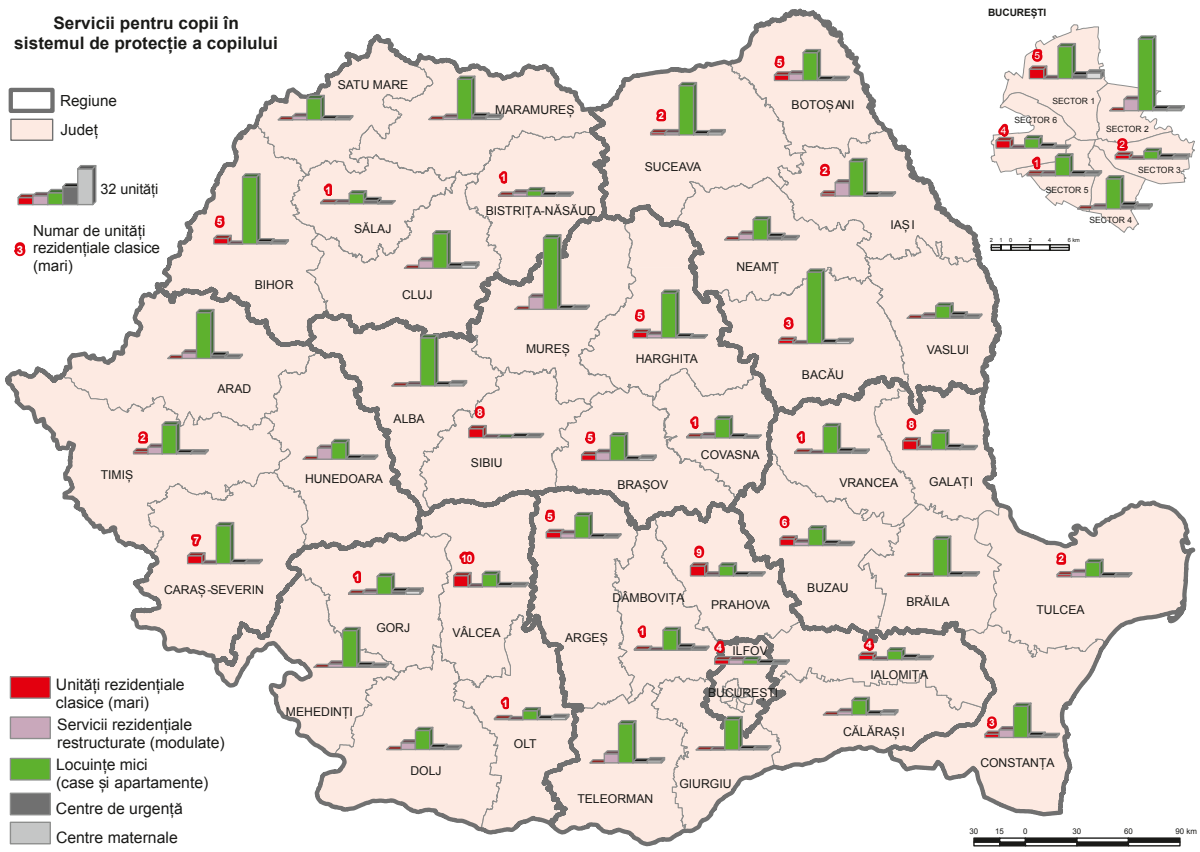
a scăzut de la 65,3% în 2007 la 61,4% în 2013. Acest lucru s-a datorat, în principal, tăierilor bugetare, care au dus la reducerea semnificativă a numărului asistenților maternali profesionişti,[106] dar şi scăderii cu 25% a numărului copiilor plasați în grija rudelor. Numărul copiilor plasați familiei extinse sau altor familii este destul de mare, plasamentul în grija rudelor fiind adesea, de fapt, un mod prin care copiii rămân în familie şi nu reprezintă o măsură de protecție propriu-zisă. Cu toate acestea, faptul că asistenții sociali trebuie să continue monitorizarea acestor cazuri adaugă o presiune inutilă asupra personalului, şi aşa limitat, din sistemul de protecție a copilului. Prin urmare, responsabilii de politici ar trebui să revizuiască actuala procedură privind plasarea copilului în grija rudelor şi să o reîncadreze din măsură de protecție în măsură preventivă, delegând responsabilitatea monitorizării acestui tip de plasament autorităților locale, sub directa supraveghere a angajaților DGASPC. Acest lucru ar urma să reducă volumul de muncă al managerilor de caz din cadrul DGASCP (ceea ce, în schimb, ar creşte calitatea managementului de caz) şi, reducând costurile, ar îmbunătăți monitorizarea modului în care sunt îngrijiți copiii de către rude prin delegarea acestei activități la nivelul comunității.

Un aspect problematic îl constituie faptul că plasarea copilului în grija rudelor/ familiei nu este reglementată la fel ca şi asistența maternală. Pe de-o parte, nu există criterii şi nici nu se impune pregătirea familiei înaintea plasamentului copilului la familia sa extinsă sau la o altă familie, situație ce poate implica riscuri pentru respectivii copii. Aşadar, este important să se stabilească standarde minime de calitate pentru îngrijirile de tip familial, precum şi criterii de selecție şi condiții referitoare la pregătirea familiilor de plasament. O familie de plasament beneficiază de o alocație lunară de doar 97 RON (aproximativ 22 EUR) şi de o alocație de hrană de sub 2 EUR pe copil pe zi, în timp ce un asistent maternal profesionist primeşte un salariu, însoțit de un pachet de prestații în natură ce include echipamente, lenjerie de pat, jucării, articole igienico-sanitare, rechizite şi cheltuielile de trai pentru copilul preluat în plasament. Anul acesta, ANPDCA a elaborat noi norme menite să încurajeze şi să sprijine plasamentul în familie prin extinderea acoperirii acestor prestații în natură pentru a beneficia de ele şi familia extinsă sau alte familii de plasament.[107]

Accelerarea procesului de închidere a tuturor vechilor instituții de protecție a copilului trebuie să rămână o prioritate, mai ales în cazul celor cu peste 10 copii.[108] Guvernul a recunoscut deja că îngrijirea copilului în instituții este mai costisitoare şi mai puțin benefică decât alternativele de tip familial. La 30 iunie 2014, din numărul total al copiilor lipsiți de ocrotire părintească, 21.365 (36,3%) se aflau în instituții de protecție. Majoritatea acestora trăiau în case de tip familial, însă 9.937 trăiau în continuare în instituții (atât clasice, cât şi restructurate/ modulate). Dintre aceştia, 8.679 se aflau în instituții publice şi 1.258 în instituții administrate de ONG-uri sau furnizori privați de servicii. După 2007, a început procesul de închidere a acestor instituții, însă într-un ritm foarte lent. În prezent, mai sunt funcționale 248 de instituții, din care 110 sunt instituții clasice (25 dintre acestea fiind administrate de furnizori privați de servicii) şi 138 reprezintă instituții restructurate/ modulate (23 dintre ele fiind administrate de furnizori privați de servicii). Aşa cum arată şi Harta 1, instituțiile clasice ce ar trebui închise sunt distribuite neuniform pe teritoriul țării. Din cele 41 de județe, 14 au finalizat procesul de închidere a instituțiilor clasice,[109] în timp ce în trei județe mai funcționează opt până la zece instituții de protecție a copilului de mari dimensiuni (mai precis în Prahova, Sibiu şi Vâlcea).

[106] De la 16.534 în 2008 la 12.513 în 2013.
[107] În baza aceleiaşi reglementări, alocația de hrană va fi dublată (până la aproape 4 EUR pe copil pe zi) pentru toți copiii, fie din instituțiile de tip rezidențial, fie din alternativele de tip familial. Per total, alocația disponibilă pentru un copil plasat la o familie sau un asistent maternal va creşte până la 600 RON (aproximativ 130 EUR) pe lună.
[108] Chiar dacă închiderea sau restructurarea instituțiilor rezidențiale de ocrotire a copilului clasice reprezintă demersul cel mai stringent, mai trebuie realizate eforturi pentru a restructura unele dintre serviciile rezidențiale modulate în care trăiesc numeroşi copii.
[109] Aceste județe sunt: Alba, Arad, Brăila, Călăraşi, Dolj, Giurgiu, Hunedoara, Maramureş, Mehedinți, Mureş, Neamț, Satu Mare, Teleorman şi Vaslui. Dintre cele şase sectoare ale municipiului București, două (2 şi 4) au finalizat procesul.

HARTA 1: Harta serviciilor rezidenţiale de protecţie a copilului, pe judeţe



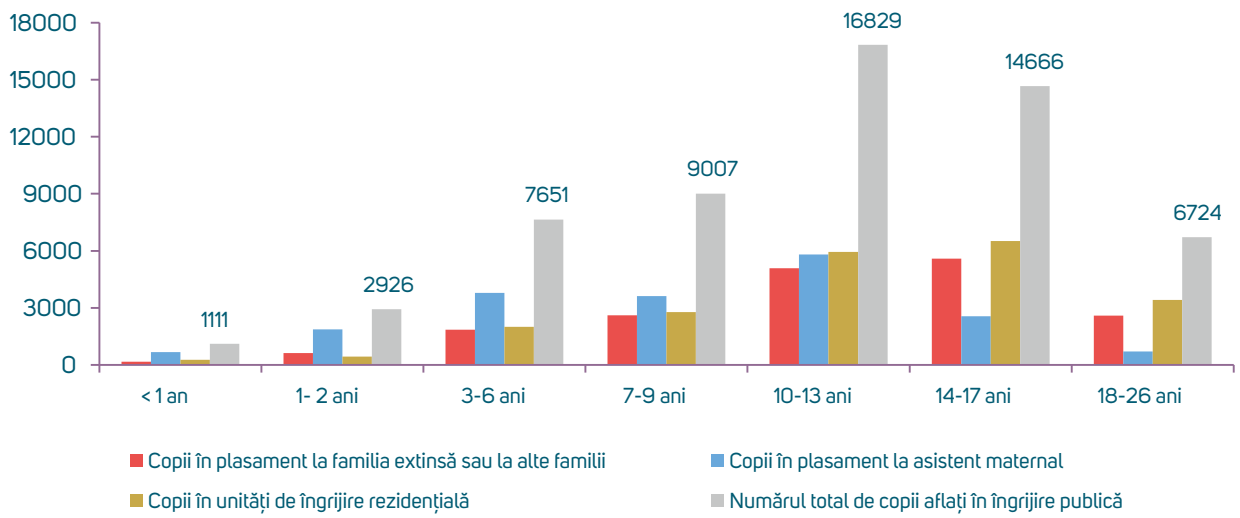
Sursa: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului şi Adopție.

Notă: Printre instituțiile de tip rezidențial se numără centre de plasament, case de tip familial şi apartamente gestionate de furnizori publici şi privați.

Copiii foarte mici ar trebui să constituie grupul țintă prioritar în următoarele etape ale reformei sistemului de protecție a copilului. Cu toate că s-au depus eforturi pentru evitarea instituționalizării copiilor sub 3 ani (şi există legi ce interzic plasamentul copiilor sub 2 ani în instituții de tip rezidențial),[110] peste 700 de copii sub 3 ani se aflau în instituții de tip rezidențial la sfârşitul lui iunie 2014. Strategia în domeniul protecției copilului urmăreşte integrarea acestor copii în familiile lor sau plasarea la asistenți maternali. Cu toate acestea, dintre toți copiii plasați în grija serviciilor publice de protecție, majoritatea au vârste cuprinse între 10 şi 13 ani (29%), urmând apoi grupa de vârstă de 14-17 ani (25%). Împreună, aceste două grupe de vârstă reprezintă peste jumătate dintre copiii aflați în instituții, numărul total şi ponderea lor crescând constant în ultimii patru ani (de la 12.379, sau 53,6%, în 2010 la aproape 12.500 de copii, sau peste 58%, la finele lunii iunie 2014).

[110] La ora actuală, se urmăreşte interzicerea, prin lege, a plasamentului instituționalizat al tuturor copiilor sub 3 ani.

FIGURA 28: Distribuirea copiilor din serviciile de protecţie, pe grupe de vârstă şi tipuri de servicii, iunie 2014



Sursa: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului şi Adopție.
Notă: Printre instituțiile de tip rezidențial se numără centre de plasament, case de tip familial şi apartamente gestionate de furnizori publici şi privați.

Creşterea calității îngrijirilor, însoțită de reducerea perioadei petrecute în sistemul de protecție la un minim necesar, este critică. Din cauza crizei economice, sistemul public de protecție se confruntă cu o lipsă cronică de personal. Din 2007, numărul total al angajaților din sistemul de protecție a copilului a scăzut cu 27%. Personalul serviciilor de tip rezidențial s-a diminuat cu 18% în aceeaşi perioadă. Cum fiecare manager de caz gestionează, în medie, 74 de cazuri active, cazul fiecărui copil este revizuit doar o dată la şase luni, nu la trei luni aşa cum o cere legea, iar monitorizarea plasamentului are şi ea de suferit, în general. Mecanismele de control al calității sunt slabe, inspecția socială efectuând o singură vizită obligatorie în teren, din cinci în cinci ani, când trebuie reînnoită autorizația instituției, remarcându-se totodată lipsa unor mecanisme de depunere a plângerilor adecvate copilului. Această situație ridică preocupări serioase legate de calitatea îngrijirilor oferite copiilor în sistemul de protecție, ceea ce poate expune copiii la abuz, neglijare şi exploatare. Din cauza acestei incapacități a sistemului de protecție a copilului, copiii rămân în sistem, în medie, aproximativ şapte ani, chiar dacă îngrijirea în sistemul public ar trebui să fie temporară.

Responsabilii de politici trebuie să aibă în vedere realizarea următoarelor demersuri pentru a consolida managementul de caz în cadrul sistemului de protecție a copilului: (i) acordarea copiilor ce intră în sistemul de protecție a copilului a unor servicii adecvate, adaptate nevoilor lor specifice, şi reducerea perioadei petrecute în sistem la un minim necesar prin planificare, implementare şi revizuire adecvate; (ii) revizuirea şi aplicarea standardelor managementului de caz pentru a îmbunătăți comunicarea şi colaborarea intersectorială şi multidisciplinară; (iii) investirea în formarea continuă a tuturor angajaților DGASPC (inclusiv a asistenților maternali).

De asemenea, trebuie să aibă în vedere următoarele acțiuni pentru a îmbunătăți mecanismele de control al calității în cadrul sistemului de protecție a copilului: (i) revizuirea actualelor cerințe legislative în sensul creşterii frecvenței controalelor de calitate şi al aplicării standardelor minime de calitate; (ii) introducerea unui mecanism de evaluare periodică a performanțelor angajaților din sistemul de protecție a copilului şi a unui set specific de indicatori de performanță pentru evaluarea performanțelor profesionale ale personalului DGASPC; (iii) introducerea unor mecanisme de evaluare periodică (anuală) a calității serviciilor oferite de DGASPC, inclusiv a unor evaluări realizate de beneficiarii finali (copii şi părinți); (iv) introducerea unor mecanisme de depunere a plângerilor accesibile şi adecvate copiilor (concepute cu contribuția directă a copiilor) pentru a îmbunătăți controlul calității şi a reduce riscul de abuz, neglijare şi exploatare.

C. Tinerii ce părăsesc instituţiile de tip rezidenţial

Tinerii de peste 18 ani pot rămâne în sistemul de protecție a copilului până la vârsta de 26 de ani dacă urmează o formă de învățământ. Astfel, la 30 iunie 2014, peste 11% dintre copiii aflați în grija statului erau, de fapt, tineri cu vârste cuprinse între 18 şi 26 de ani.

Principala prioritate în anii ce urmează va fi creşterea numărului copiilor şi al tinerilor ce părăsesc serviciile de protecție a copilului pentru o viață sustenabilă. În perioada 1 iulie 2013-30 iunie 2014, în România, peste 8.500 de copii au ieşit din sistemul de protecție a copilului. Părăsirea sistemului se face în următoarele cazuri: reintegrarea copilului în familia sa naturală sau extinsă (40%), integrarea socială/ viață independentă (40%), adopție (11%) şi alte situații ce includ transferul în sistemul de protecție a adulților (9%). Tinerii (cei peste 18 ani) reprezintă 43% din aceste ieşiri, majoritatea fiind integrați în societate (39% din totalul ieşirilor) şi sub 4% fiind reintegrați în familiile lor. În cazul copiilor mai mici, principala cale de ieşire o constituie reintegrarea în familia lor naturală sau extinsă (mai ales în cazul celor cu vârste cuprinse între 7 şi 17 ani) sau adopția (în special în cazul celor cu vârste cuprinse între 1 şi 6 ani).

Acordarea de sprijin copiilor din sistemul de protecție pentru a-şi dezvolta deprinderile necesare unei vieți independente este extrem de importantă din punctul de vedere al integrării lor sustenabile şi cu succes în societate. În momentul de față, serviciile de integrare socială şi profesională şi cele de dezvoltare a deprinderilor de viață independentă sunt slab dezvoltate în România, cu toate că au fost adoptate standarde de calitate şi linii directoare în acest sens, acum câțiva ani. Tocmai din acest motiv, tinerii ce părăsesc sistemul de protecție a copilului la împlinirea vârstei de 18 ani reprezintă un grup vulnerabil, expusă riscului de excluziune socială. Prin urmare, guvernul trebuie să impună dezvoltarea şi formarea obligatorie a deprinderilor de viață în sistemul de protecție a copilului, conform standardelor de calitate şi liniilor directoare. Deşi accentul ar trebui să cadă prioritar pe copiii de 14-17 ani, aceste demersuri ar trebui să se adreseze şi copiilor de 10-13 ani, căutându-se totodată modalități de a include în astfel de activități copiii de orice vârstă deoarece deprinderile de viață reprezintă un proces de învățare pe tot parcursul vieții.

Responsabilii de politici ar trebui să se pregătească acum pentru următoarele contingente de copii ce vor părăsi instituțiile, prin consolidarea serviciilor ce oferă sprijin în vederea integrării sociale. În prezent, tinerii ce părăsesc instituțiile nu au parte de sprijinul familiei sau de deprinderile necesare integrării socio-profesionale. Având în vedere numărul tot mai mare de tineri ce părăsesc instituțiile anual (aproximativ 4.000 în 2014), se remarcă o nevoie acută de servicii care să îi ajute să ducă o viață independentă, să îşi găsească un loc de muncă şi să obțină o locuință adecvată. Cu toate că această problemă a fost declarată o prioritate a programului de guvernare încă din 2006, odată cu adoptarea Strategiei naționale de incluziune socială a tinerilor care părăsesc sistemul de protecție a copilului 2006-2008, situația nu s-a ameliorat încă. Pentru a facilita integrarea socială a tinerilor ce părăsesc sistemul de protecție, responsabilii de politici ar trebui să aibă în vedere acordarea de sprijin în tranziția lor de la instituționalizare la o viață independentă, inclusiv locuințe protejate sau sociale, consiliere şi asistență pentru găsirea unui loc de muncă.

D. Tinerii şi copiii străzii

Fenomenul copiilor fără adăpost ar trebui gestionat ca o prioritate majoră, în vederea eradicării sale complete. Pentru a atinge acest obiectiv, responsabilii de politici vor trebui să elimine cauzele principale ale fenomenului şi să creeze servicii specializate adresate copiilor străzii.

Prioritatea cea mai stringentă trebuie să fie realizarea unei analize naționale a problematicii copiilor străzii. DGASPC au raportat un total de 954 de copii ai străzii la finele anului 2013.[111] Din cauza slabelor mecanisme de monitorizare şi a fiabilității discutabile a datelor disponibile, se cunoaşte prea puțin situația reală a copiilor şi tinerilor ce trăiesc pe străzi.[112] Cu toate acestea, studiile anterioare au arătat faptul că tinerilor şi copiilor străzii li se neagă majoritatea drepturilor şi că aceştia sunt excluşi din societate. Traiul pe străzi este însoțit de grave

[111] Tinerii şi copiii străzii au fost împărțiți în următoarele categorii: (i) 383 ce trăiesc pe străzi, fără familie, perioade îndelungate de timp; (ii) 339 ce trăiesc cu familia, dar merg sau sunt purtați pe străzi zilnic pentru a cerşi, a curăța parbrize şi pentru alte activități similare; (iii) 232 ce trăiesc pe străzi cu familia lor.

[112] În 2009, Salvați Copiii a făcut un calcul estimativ în trei mari orașe – București, Brașov şi Constanța. Numărul copiilor astfel identificați a fost de aproape 1.400 (cel mai mic număr fiind de 800 şi cel mai mare de 1.700). Majoritatea lor trăiesc în capitală (aproximativ 1.150). În orașul de pe litoral, Constanța, numărul acestora variază în mare parte în funcție de anotimp. Peste jumătate sunt copii (0-17 ani), ceilalți fiind tineri cu vârste cuprinse între 18 şi 35 de ani. Copiii ce trăiesc pe străzi au, în general, un nivel scăzut de educație (majoritatea au terminat cel mult ciclul primar), iar principala lor sursă de venit o constituie cerşitul, urmat de munci zilnice ocazionale şi spălatul mașinilor/ parbrizelor. În general, au acces redus sau deloc la servicii. Deşi în București situația este ceva mai bună, peste jumătate dintre subiecți (55,9%) beneficiind de servicii la un moment dat, în Brașov şi Constanța foarte puțini au beneficiat de astfel de servicii (Grigoraș, 2009).

[113] Alexandrescu (2002).

probleme de sănătate, malnutriție cronică, abandon şcolar şi analfabetism (aproximativ 50%), abuz fizic (uneori chiar din partea poliției),[113] abuz sexual (început, de obicei, în familie şi continuat pe străzi), stigmatizare şi discriminare, acces limitat la servicii sociale (educație, servicii medicale şi asistență socială), consum de droguri sau solvenți (inclusiv aurolac sau diluanți) şi chiar prostituție.

Prioritar, se remarcă necesitatea unui sistem de monitorizare a copiilor străzii şi a serviciilor create pentru a răspunde nevoilor lor, pentru a le asigura integrarea în societate şi a preveni această problemă pe viitor. Cu toate că există politici naționale menite să elimine fenomenul copiilor şi al adulților fără adăpost, inițiativele curente se limitează la a oferi sprijin social, acces la servicii medicale de urgență şi locuințe de urgență şi temporare. ONG-urile, pe de altă parte, oferă asistență medicală, educație, sprijin psihosocial şi, uneori, locuințe, folosesc tehnici stradale şi desfăşoară campanii de sensibilizare cu privire la acest fenomen. Totuşi, acțiunile lor au o slabă acoperire şi depind puternic de disponibilitatea fondurilor, în special din partea donatorilor internaționali. Pentru a elimina această problemă, responsabilii de politici ar trebui să aibă în vedere următoarele acțiuni fundamentale: (i) revizuirea standardelor de calitate pentru serviciile adresate copiilor străzii cu scopul de a asigura un răspuns integrat (care să includă sprijin psihosocial, educație, asistență medicală şi asistență juridică); (ii) externalizarea sau contractarea serviciilor de la ONG-uri sau alți furnizori privați de servicii; (iii) elaborarea şi implementarea unor mecanisme de prevenție adaptate, care să elimine principalele cauze ale problemei, aşa cum sunt identificate acestea în studii; (iv) introducerea mecanismelor (multidisciplinare/intersectoriale) de identificare timpurie, referire şi răspuns pentru copiii aflați în situații de risc.

E. Copiii cu părinţi plecaţi la muncă în străinătate

Ar trebui creat un sistem permanent şi fiabil pentru monitorizarea copiilor cu părinți plecați la muncă în străinătate. Potrivit datelor oficiale (colectate de DGASPC începând cu 2006), în decembrie 2013, 80.036 de copii aveau părinți migranți.[114] Cu toate acestea, numărul lor pare să fi scăzut din decembrie 2010.[115] Însă, este posibil ca statisticile oficiale să subestimeze numărul copiilor confruntați cu această situație deoarece iau în calcul doar emigranții care intenționează să îşi schimbe oficial domiciliul.[116] În realitate, părinții migranți informează foarte rar (7%) autoritățile locale despre intenția lor de a pleca la muncă în străinătate. Alte surse de date[117] sugerează, de asemenea, că numărul copiilor cu părinți migranți este mai mare decât cel reflectat de statisticile oficiale ale DGASPC. În plus, la nivel comunitar, există mai multe instituții care adună date referitoare la aceşti copii, inclusiv SPAS (care raportează către DGASPC), şcolile şi, uneori, autoritățile locale. Totuşi, nu există o metodologie uniformă pentru colectarea şi diseminarea acestor date între instituții, ceea ce înseamnă că acestea sunt rareori analizate şi folosite pentru a informa deciziile politice de la nivel național sau local.

Copiii cu părinți plecați la muncă în străinătate prezintă o provocare aparte pentru serviciile de protecție socială deoarece nevoile lor de dezvoltare sunt, în principal, de natură emoțională, nu financiară. Aceşti copii au, în general, o situație materială bună. Un studiu al UNICEF[118] arată că migrația părinților aduce familiei unele avantaje pe termen scurt, precum creşterea nivelului de trai, dar este posibil ca aceşti copii să fie vulnerabili la şocurile sărăciei monetare din cauza puternicei lor dependențe de remitențe. Cu toate că accesul lor la serviciile de sănătate nu pare a fi foarte diferit de cel al copiilor din familii complete, principala consecință pentru aceşti copii este suferința emoțională şi psihologică, descrisă atât de părinți, cât şi de copii.[119] În ceea ce priveşte profilul copiilor lăsați acasă de migranți, jumătate dintre copiii cu ambii părinți plecați au sub 10 ani, iar peste jumătate dintre aceşti au între 2 şi 6 ani. În ceea ce priveşte timpul petrecut fără părinți, 16% dintre copiii cu ambii părinți plecați în străinătate au stat peste un an fără să-şi vadă părinții, iar 3% au petrecut peste patru ani separați de părinții lor.

În ciuda lipsei datelor cantitative exacte, se poate estima că o proporție importantă a copiilor cu părinți migranți nu par a avea nevoie de servicii de sprijin. Dintre copiii lăsați acasă, cel mai mare risc îl prezintă cei cu ambii părinți plecați peste hotare, care se pot confrunta cu traume psihologice din cauza separării îndelungate de părinții lor. În cazul majorității copiilor luați în evidență de către DGASPC,[120]

[114] Dintre aceştia, 22.329 aveau ambii părinți plecați la muncă în străinătate, 47.394 aveau unul dintre părinți plecat la muncă peste hotare şi 10.313 proveneau din familii în care părintele unic susținător era plecat la muncă în străinătate.
[115] În decembrie 2010, se aflau în evidență 84.084 de copii cu părinți migranți.
[116] Toth et al (2008).
[117] Toth et al (2007) a relevat faptul că 170.000 de elevi din clasele V-VIII aveau cel puțin unul dintre părinți plecat la muncă peste hotare, dar doar 82.464 dintre copii erau înregistrați oficial ca atare la acea vreme. Un alt studiu sociologic întreprins în 2008 a identificat 350.000 de copii români cu părinți migranți (Toth et al, 2008).

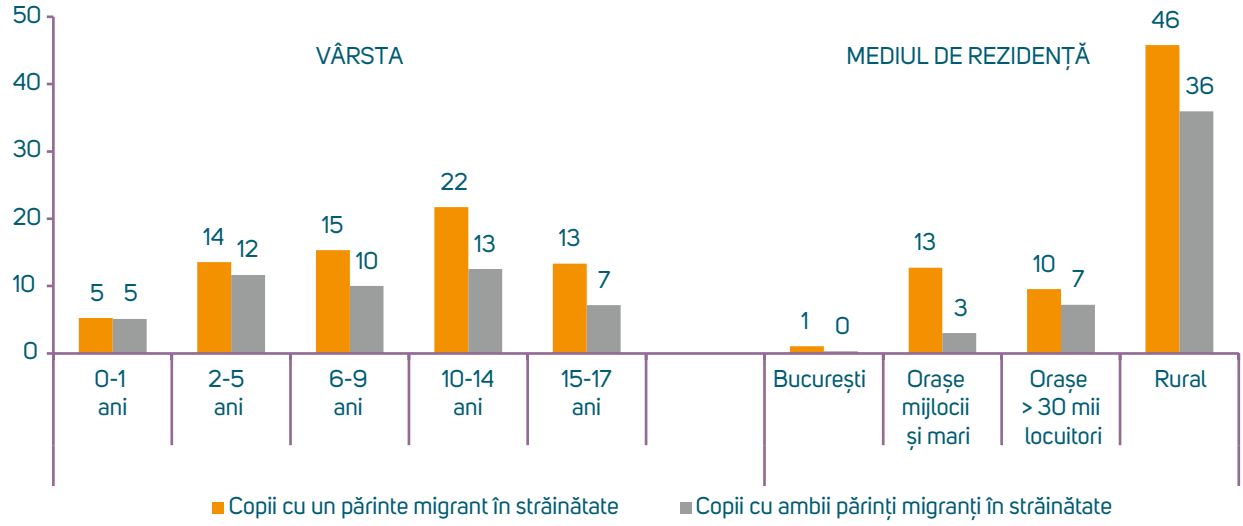
CASETA 16

Copiii cu părinţi migranţi, conform datelor Recensământului din 2011

Numărul total al copiilor cu vârste cuprinse între 0 şi 17 ani înregistrat în România cu ocazia Recensământului din 2011 a fost de 3,83 de milioane. Aproximativ 3% din totalul copiilor (sau peste 116.000 de copii) au sau au avut unul (1,8%) sau ambii (1,2%) părinți plecați la muncă în străinătate. Numărul copiilor lăsați acasă de unul sau ambii părinți ce pleacă peste hotare este mai mare în mediul rural decât în cel urban (4,1% față de 1,8%), discrepanță ce se adânceşte odată cu creşterea vârstei copilului – de la 2,6% în cazul copiilor de sub 1 an, 3% în cazul copiilor de 2-9 ani, 3,2% pentru copiii de 10-14 ani până la 3,1% în cazul adolescenților de 15-17 ani.

Datele recensământului indică un tipar predominant, potrivit căruia mama rămâne acasă să aibă grijă de copii, iar tatăl pleacă la muncă în străinătate (şi probabil trimite bani acasă pentru a-şi întreține familia). Din totalul copiilor cu părinți migranți, 43% trăiesc cu mama lor şi 16% cu tatăl lor, iar restul de 41% au ambii părinți plecați. Părinții ce rămân acasă să aibă grijă de copii sunt cel mai adesea salariați (35%), lucrători pe cont propriu în agricultură (22%) sau persoane casnice (26%). Ceilalți părinți, până la 100%, dețin un statut ocupațional diferit, precum patron (0,4%), persoană fizică autorizată în sectorul non-agricol (2%), şomer (5,2%) sau student (1,2%). Prin comparație, în familiile cu ambii părinți prezenți, 56% dintre părinți sunt salariați, 13% sunt lucrători pe cont propriu în agricultură şi alte 13% sunt persoane casnice. Prin urmare, bunăstarea familiilor cu copii în care un părinte a rămas acasă, iar celălalt lucrează peste hotare depinde puternic de remitențe. În ceea ce priveşte educația (Anexă Tabel 5.2), datele Recensământului din 2011 arată că în cazul copiilor cu ambii părinți plecați la muncă (fie în străinătate, fie în țară) riscul de a nu merge la şcoală este extrem de ridicat. Lipsa ocrotirii părinteşti plasează copilul într-o situație de mare vulnerabilitate, în timp ce prezența unui părinte în familie îi oferă un sentiment de stabilitate şi contribuie la dezvoltarea copilului.

Copii cu unul sau ambii părinţi plecaţi la muncă în străinătate (mii)



Sursa: Calculate realizate de Banca Mondială folosind datele Recensământului din 2011.
Notă: Persoane plecate la muncă sau studii în străinătate, care nu sunt prezente în familie de mai puțin de 12 luni.

persoana responsabilă de copil (părintele prezent sau o rudă) nu beneficiază de niciun fel de sprijin specializat. Dintre cei 80.036 de copii cu părinți migranți înregistrați oficial în 2013, în jur de 3.700 au avut nevoie de măsuri de protecție specială,[121] însă numărul lor a scăzut față de 2010. În prezent, autoritățile locale nu dispun de resursele umane şi materiale necesare pentru a combate acest fenomen. Este esențial să se dezvolte capacitatea instituțiilor locale de a răspunde la acest fenomen deoarece nu sunt semne care să arate că plecarea la muncă în străinătate se va reduce în viitorul apropiat, iar aceşti migranți se întorc rareori acasă sau chiar deloc.

Obiectivul principal al guvernului trebuie să fie acordarea unor servicii de sprijin adecvate copiilor în situație de risc ai căror părinți muncesc peste hotare şi adulților în grija cărora se află aceştia. Ținând cont de acest obiectiv, responsabilii de politici ar trebui să aibă în vedere următoarele demersuri: (i) consolidarea serviciilor de asistență socială la nivel comunitar, lucru esențial pentru întregul sistem de protecție socială şi pentru acoperirea unei palete largi de nevoi; (ii) îmbunătățirea şi consolidarea mecanismelor de monitorizare şi raportare la nivel local (SPAS) pentru a permite identificarea timpurie a copiilor care au nevoie de sprijin; (iii) capacitarea şcolilor în sensul compensării absenței părinților prin consiliere; (iv) dezvoltarea serviciilor socio-educaționale de tipul after-school.

Dezvoltarea serviciilor de sprijin adresate copiilor în situație de risc ai căror părinți sunt plecați la muncă în străinătate şi adulților în grija cărora se află aceştia ar putea viza zonele geografice cu cea mai mare incidență a acestei categorii de copii. Datele Recensământului din 2011 indică faptul că 71% dintre copiii cu unul sau ambii părinți plecați peste hotare provin din mediul rural şi că peste 40% trăiesc în şapte județe, respectiv Maramureş, Satu Mare, Suceava, Botoşani, Iaşi, Dâmbovița şi Bacău.[122] Mai mult, 45% dintre copiii cu ambii părinți plecați provin din aceleaşi şapte județe.

F. Servicii adresate copiilor privaţi de libertate

Numărul copiilor privați de libertate se află în scădere, în România. În al treilea trimestru al anului 2013, 2.400 de copii care au comis infracțiuni nu executau pedepse privative de libertate, iar alți 1.700 de copii figurau în statisticile Administrației Naționale a Penitenciarelor ca aflându-se în detenție.[123] Rata oficială a delincvenței juvenile[124] a rămas relativ constantă din 2003, cifrele apropiindu-se de nivelul din 2011 de 1.400 la 100.000 de copii, scăzând uşor până la 1.211 în 2012. Situația s-a ameliorat în ultimii ani la nivelul tuturor indicatorilor.[125] Băieții reprezintă 95% dintre copiii arestați, 91% dintre copiii condamnați şi 95% dintre minorii aflați în detenție.[126]

S-a înregistrat o scădere şi mai spectaculoasă în ceea ce priveşte numărul copiilor aflați în detenție (cu alte cuvinte, la nivelul numărului total al copiilor privați de libertate în regim închis în urma implicării lor probate sau suspectate în activități infracționale). Acest indicator a scăzut de la 1.955 de cazuri în 2000 la 444 în 2012, potrivit ultimelor date disponibile.[127] Este dificil de făcut comparații internaționale deoarece există diferențe semnificative între sistemele de justiție juvenilă din țările europene (Harta 2).

Nu sunt disponibile date publice cu privire la rata recidivei sau a comiterii de noi infracțiuni în rândul copiilor şi tinerilor eliberați din detenție, însă experții estimează[128] că aproximativ 8 din 10 copii şi tineri ce ies din închisoare vor ajunge din nou în detenție la un moment dat. Este necesară o analiză completă a profilului socio-demografic al copiilor

[118] Stănculescu et al (2012).
[119] Toth (2008).
[120] În decembrie 2013, 95% dintre copiii cu unul sau ambii părinți plecați şi 88% dintre copiii cu unul dintre părinți plecat la muncă în străinătate.
[121] Peste jumătate (53%) erau plasați la rude, 14% erau încredințați asistenților maternali, 8% au fost plasați la alte familii şi 25% se aflau în instituții de tip rezidențial.
[122] Numărul copiilor cu părinți migranți ca procent din numărul total al copiilor din județ era de 8,4% în Maramureş, 7,1% în Satu Mare, 6,1% în Suceava, 5,3% în Botoşani, 5% în Iaşi, 4,6% în Dâmbovița şi 4,5% în Bacău.
[123] ANP (2014a). Conform Administrației Naționale a Penitenciarelor, în România, există patru penitenciare de minori (Bacău, Craiova, Tichileşti şi Târgu Mureş) şi trei centre de reeducare (Buziaş, Găieşti şi Târgu Ocna).
[124] Datele TransMonEE includ doar infracțiunile comise de infractorii minori în vârstă de 14-17 ani şi nu iau în calcul infracțiunile comise cu participarea infractorilor minori. Sunt incluse toate infracțiunile comise de minori raportate, indiferent de anul înregistrării lor.
[125] În termeni absoluți, numărul infracțiunilor comise de minori sau cu participarea copiilor cu vârste cuprinse între 14 şi 17 ani a scăzut de mai bine de două ori în 2012 (10.713), comparativ cu 2000 (25.470). Numărul copiilor arestați a scăzut, de asemenea, de la 790 în 2004 la 450 în 2011, dar a crescut la 887 în 2012. Numărul minorilor acuzați de o infracțiune a scăzut de la 16.510 în 2001 (0,32% din populația de 0-17 ani) la 10.482 în 2012 (0,24% din populația de 0-17 ani). În 2012, 444 de copii au fost arestați şi închişi în instituții de detenție, ceea ce înseamnă mai puțin de o pătrime din nivelul perioadei 2000-2002. Numărul minorilor condamnați în 2012 a fost de 3.026, reprezentând din nou aproximativ jumătate din nivelul înregistrat între 2000 şi 2006. (Baza de date TransMonEE 2014).
[126] Baza de date TransMonEE 2014.
[127] Rata (ca procent din populația totală de copii) a scăzut de la 0,03% la 0,01%. Rata condamnării minorilor (la 100.000 de copii de 14-17 ani) s-a diminuat de asemenea, de la 518 la 342 (baza de date TransMONEE 2014).
[128] Aceste estimări au la bază consultările întreprinse în 2010-2011 de experții Salvați Copiii cu copiii şi tinerii cu pedepse şi măsuri educaționale privative de libertate şi cu experții din penitenciare. Consultările au fost realizate în cadrul proiectului JUST – Justiție juvenilă.
[129] Observatorul Internațional de Justiție Juvenilă (2010).

privați de libertate din România în vederea informării viitoarelor măsuri de politică.

Stabilirea unui răspuns de politică adecvat la problema delincvenței juvenile este relevantă atât la nivel național, cât şi la nivel UE deoarece vizează un grup vulnerabil ce prezintă risc crescut de excluziune socială. În plus, cuprinde activități de prevenire a „infracțiunilor comise de adulții de mâine."[129] Consiliul European pentru Justiție Juvenilă a selectat trei principii ce vor sta la baza intervențiilor sale în perioada 2015-2017: (i) facilitarea accesului la justiție şi drepturi procedurale, dificil de implementat în cazul copiilor care ajung în sistemul de justiție, (ii) promovarea justiției restaurative, definită ca „un sistem de justiție ce renunță la abordarea punitivă în favoarea implicării mai active a victimei, infractorului şi comunității, într-un scop educativ" şi (iii) asigurarea că „minorii neînsoțiți, copiii migranți şi victimele traficului de persoane" nu sunt supuse „exploatării, discriminării, abuzului şi violenței."[130] Cu toate acestea, problema delincvenței juvenile nu a fost abordată în cele mai recente documente relevante de programare ale României – proiectul de Strategie de dezvoltare a sistemului judiciar 2015-2020 sau recent adoptata Strategie națională în domeniul protecției şi promovării drepturilor omului 2014-2016. De asemenea, delincvența juvenilă este rar menționată în Strategia națională de reintegrare socială a persoanelor private de libertate 2015-2019, elaborată de Administrația Națională a Penitenciarelor.

Guvernul României a făcut deja câțiva paşi spre crearea unui cadru legislativ aferent măsurilor de justiție restaurativă, însă implementarea sa lasă de dorit. În ultimii doi ani, majoritatea deținuților „minori" (inclusiv cei cu vârste cuprinse între 18 şi 21 de ani) au fost eliberați din penitenciare după adoptarea de către guvern a noului Cod Penal. Direcția Națională de Probațiune raportează că, din cei 7.700 de deținuți evaluați pentru a beneficia de regimul de probațiune în 2013, peste 5.000 erau minori (sub 21 de ani). Totodată, 20.446 de foşti deținuți eliberați în 2013 şi în anii precedenți au continuat să se afle sub supraveghere, din care 18.710 erau minori. Noile prevederi ale Codului Penal stabilesc sentințe neprivative de libertate în cazul copiilor care au săvârşit o faptă penală. Aceste sentințe pot include un stagiu de formare civică, consemnare la sfârşit de săptămână şi asistare zilnică. Cu toate acestea, în afară de Tribunalul pentru Minori şi Familie Braşov, nu prea există instanțe speciale care să audieze cazurile în care sunt implicați copii, iar judecătorii şi funcționarii instanțelor nu beneficiază de formare specială care să asigure o practică coordonată şi corespunzătoare în domeniul justiției juvenile.[131]

Legislația prevede ca penitenciarele, centrele de reeducare şi centrele de detenție să organizeze şi să ofere, pe durata detenției, activități educaționale, culturale, terapeutice, psihologice şi asistență socială, care să faciliteze reintegrarea socială a persoanelor deținute. În cadrul proiectelor elaborate în parteneriat cu MMFPSPV sau alți parteneri, Administrația Națională a Penitenciarelor oferă minorilor aflați în detenție cursuri de formare profesională, orientare şi consiliere vocațională, precum şi asistență pentru plasarea pe piața muncii în ideea de a-i ajuta să se reintegreze în societate după eliberare.[132]

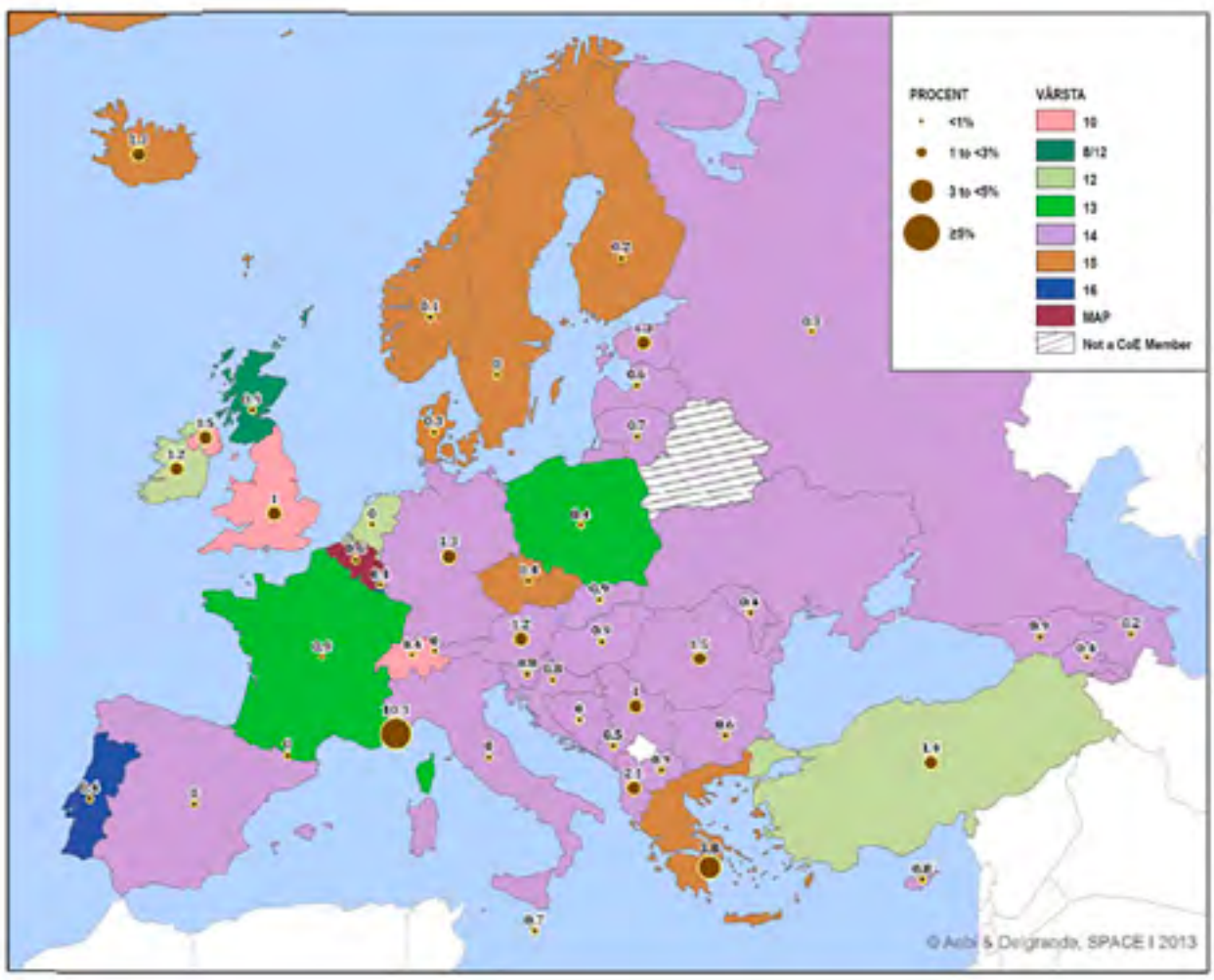
Legea prevede şi acordarea de asistență psihosocială copiilor implicați în acte de delincvență, inclusiv celor aflați în detenție. Membrii acestei categorii sunt adesea expuşi actelor de violență şi influențelor antisociale în mediul lor social şi, în perioada de detenție în centrele de reeducare sau penitenciare, riscă să nu aibă un parcurs normal de dezvoltare. Cu toate acestea, în România, măsura în care colaborează magistrații şi specialiştii din serviciile de asistență psihosocială variază de la un județ la altul şi se remarcă o lipsă acută de servicii de sprijin adresate copiilor victime şi celor în conflict cu legea.[133]

Ar trebui dezvoltată prevenția delincvenței juvenile la nivelul comunităților, cu implicarea sectorului educației şi al asistenței sociale. În plus, sistemul de justiție restaurativă nu va funcționa dacă nu se întăreşte cooperarea între membrii sistemului judiciar şi personalul DGASPC şi SPAS. Studiile au identificat lipsa serviciilor disponibile copiilor privați de libertate ca principala cauză pentru slaba colaborare intersectorială.[134]

Cu toate că în centrele de detenție se desfăşoară activități de reabilitare, când sunt eliberați, copiii şi tinerii se confruntă cu numeroase obstacole ce cresc riscul de recidivă. Cele mai frecvente sunt lipsa sprijinului şi/sau respingerea din partea familiei (ceea ce duce la lipsa unui adăpost la ieşirea din detenție), dificultăți legate de găsirea unui loc de muncă

[130] Consiliul European pentru Justiție Juvenilă, Foaie de parcurs 2015-2017.
[131] Alternative Sociale (2010).
[132] Potrivit legislației, tinerii de 16 ani şi peste cu cel puțin opt clase pot accesa o gamă de cursuri de formare.
[133] Alternative sociale (2010).
[134] Alternative sociale (2010).

HARTA 2: Distribuirea ţărilor europene, în funcţie de vârsta de răspundere penală şi proporţia copiilor sub 18 ani aflaţi în detenţie, în 2013



Sursa: Aebi şi Delgrande (2014: 83).

Notă: Această hartă trebuie folosită cu precauție. Multe din cifrele prezentate sunt parțiale şi nu permit comparații între țări. Mai multe state nu au furnizat date referitoare la populația carcerală generală. Aşadar, uneori au fost folosite datele disponibile (de exemplu, doar cele privitoare la deținuții cu condamnare). Mai mult, câteva țări incluse în hartă (de exemplu, Italia) nu cuprind în populația carcerală persoanele aflate în instituțiile pentru infractori minori. În consecință, procentul deținuților cu vârste sub 18 ani este zero sau aproape zero.

(calificări profesionale necorespunzătoare, dublate de lipsa deprinderilor şi cunoştinţelor necesare căutării unui loc de muncă), nivel scăzut de educaţie şi lipsa competenţelor şi abilităţilor minime pentru a face faţă vieţii în libertate, cum ar fi independenţă, interacţiune socială şi folosirea transportului public.

Principalele obiective ale guvernului pentru această categorie de copii trebuie să fie asigurarea reintegrării cu succes a acestora în familiile lor şi în societate şi prevenirea recidivei. În scopul atingerii acestor obiective, ar trebui avute în vedere următoarele acţiuni: (i) crearea unei reţele de servicii adresate copiilor aflaţi în conflict cu legea; (ii) creşterea calităţii serviciilor de detenţie pentru minori şi tineri; (iii) îmbunătăţirea mecanismelor de monitorizare a serviciilor de detenţie pentru minori şi tineri; (iv) consolidarea şi dezvoltarea capacităţii SPAS de a furniza servicii de sprijin la nivel local; (v) îmbunătăţirea şi consolidarea mecanismelor specifice de monitorizare şi raportare la nivelul SPAS astfel încât să se asigure identificarea timpurie a minorilor ce au nevoie de sprijin şi aplicarea unor intervenţii eficiente.

Servicii adresate mamelor mamelor minore

Numărul naşterilor în rândul mamelor minore de sub 15 ani a crescut într-un mod îngrijorător în ultimii ani. Potrivit datelor INS, în 2011, s-au înregistrat 2.898 de naşteri în rândul mamelor cu vârste de sub 20 de ani, reprezentând 10,6% din totalul naşterilor din acelaşi an. Deşi rata naşterilor a scăzut în rândul tuturor mamelor adolescente (de la 13,2% în 2006), este alarmant faptul că, în 2011, 748 dintre mame aveau mai puţin de 15 ani (3,6% din numărul total al naşterilor înregistrate în rândul mamelor adolescente), în creştere de la 551 de naşteri şi 1,9% în 2006.

Serviciile preventive, în special cele din domeniul educaţiei şi al sănătăţii, sunt esenţiale pentru reducerea sarcinilor minorelor. De exemplu, responsabilii de politici ar putea avea în vedere următoarele: (i) introducerea unor politici educaţionale (cum ar fi campanii de informare) care să prevină comportamentele sexuale riscante[135] în rândul adolescenţilor; (ii) îmbunătăţirea monitorizării stării de sănătate a adolescentelor în vederea detectării precoce a sarcinilor; (iii) sporirea accesului adolescenţilor la servicii de consiliere medicală şi planificare familială.

Din punctul de vedere al serviciilor sociale, va fi necesară consilierea categoriilor expuse riscului pentru a reduce şi a preveni comportamentele sexuale cu risc şi sarcinile în rândul adolescenţilor. Responsabilii de politici trebuie să conceapă protocoale clare privind referirea imediată a tuturor adolescentelor însărcinate către serviciile sociale pentru a beneficia de consiliere şi sprijin cât mai devreme. Aceste servicii vor urmări să menţină copilul în familie (dacă se poate) sau să îi găsească un cămin stabil, dar şi să ajute mamele să îşi continue studiile sau să îşi găsească un loc de muncă, după caz.

Serviciile adresate mamelor adolescente şi copiilor lor trebuie dezvoltate în întreaga ţară, mai ales în mediul rural. Potrivit Recensământului din 2011, 73% dintre copiii cu mame adolescente şi 72% dintre mamele adolescente trăiesc la ţară, majoritatea în 10 judeţe – Mureş, Dolj, Bihor, Iaşi, Dâmboviţa, Braşov, Bacău, Argeş, Galaţi şi Constanţa.

Servicii adresate persoanelor cu dizabilităţi

Persoanele cu dizabilităţi şi cele ce suferă de invaliditate reprezintă aproape 7% din populaţia României, procent ce a crescut constant din 2006. Persoanele cu dizabilităţi se estimează că reprezintă 3,5% din populaţie, majoritatea locuind cu familia lor sau fiind independente (peste 98%).

La ora actuală, se lucrează la crearea unui sistem unic de evaluare a limitărilor funcţionale ale persoanelor. În România, peste 1,4 milioane de persoane prezintă diferite niveluri de limitări funcţionale, fie din cauza pierderii capacităţii de muncă (parţiale sau totale) în cazul persoanelor în vârstă activă (denumită „invaliditate"), fie din cauza unei boli sau a unui handicap din naştere. Potrivit actualei legislaţii naţionale, limitările funcţionale ale persoanelor sunt evaluate de două comisii separate, una ce se ocupă de accidentele de muncă şi cealaltă de dizabilităţile ce nu ţin de domeniul muncii. În prezent, un proiect al Băncii Mondiale asistă guvernul să fuzioneze criteriile şi instrumentele de evaluare din cele două sisteme.

[135] Comportamentul sexual la risc al adolescenţilor este direct legat de fenomenul sarcinilor adolescentine şi al mamelor adolescente. Un studiu recent arată că, în România, 25% dintre adolescenţii de peste 14 ani şi 1% dintre cei sub 14 ani sunt activi din punct de vedere sexual (CURS, ISE şi UNICEF, 2013). În medie, adolescenţii îşi încep viaţa sexuală la 15 ani şi jumătate. La momentul studiului, adolescenţii activi din punct de vedere sexual avuseseră 2,3 parteneri şi 68% dintre ei erau implicaţi într-o relaţie stabilă. Mai puţin de jumătate (47%) dintre adolescenţii cu viaţă sexuală activă foloseau în mod consecvent mijloace de protecţie, în principal pentru prevenirea sarcinii şi nu pentru a se proteja împotriva bolilor cu transmitere sexuală. Sondajul din care au fost preluate aceste date a fost realizat pe un eşantion de 607 adolescenţi (de 10-17 ani), cu o marjă de eroare de +/- 3,9% şi un nivel de încredere de 95%.

CASETA 17

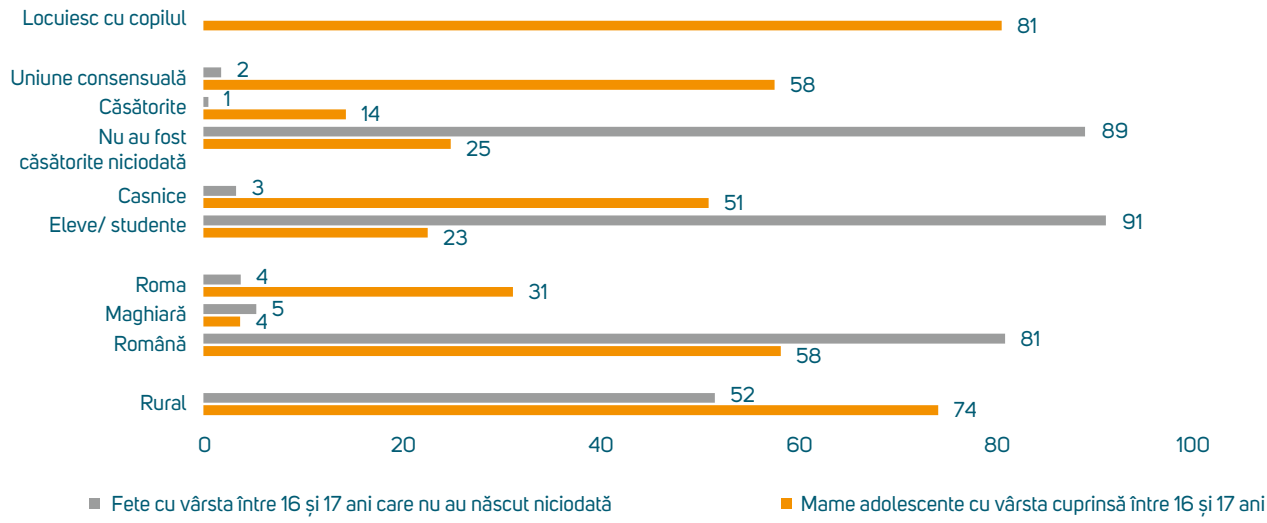
Mamele minore, conform datelor Recensământului din 2011

Datele Recensământului din 2011 au înregistrat la nivelul țării 8.605 de cazuri de mame adolescente cu vârste cuprinse între 11 şi 17 ani (cu 8.422 de copii în familiile lor). Dintre acestea, 7.175 aveau 16 sau 17 ani (7.246 de copii), ceea ce înseamnă că rata mamelor adolescente din această grupă de vârstă era de 3,3%. Această rată este semnificativ mai mare în mediul rural decât în cel urban (4,7% față de 1,8%) şi este extrem de ridicată la nivelul fetelor de etnie romă (22,1%).

Majoritatea româncelor de 16-17 ani sunt nemăritate, trăiesc cu părinții şi familia şi sunt eleve la zi. La polul opus, mamele adolescente de 16-17 ani provin de obicei din mediul rural, se află într-o uniune consensuală sau sunt căsătorite şi trăiesc – alături de partener şi copilul lor – cu familia extinsă, iar 77% dintre ele au renunțat la şcoală, majoritatea lor devenind casnice.

De asemenea, datele recensământului indică faptul că vulnerabilitățile prezentate de mamele adolescente sunt perpetuate mai târziu în viață. Astfel, tinerele de 18-24 de ani care au devenit mame în adolescență prezintă un dezavantaj față de cele care au născut primul copil după vârsta de 18 ani, dezavantaj care este şi mai mare atunci când le comparăm cu tinerele fără copii (Anexă Figură 5.3)

Comparaţie între mamele minore şi alte fete de 16-17 ani (%)



Sursa: Calcule ale Băncii Mondiale realizate folosind datele Recensământului din 2011.

Unificarea sistemelor de evaluare a limitărilor funcționale este absolut necesară având în vedere faptul că pensia de invaliditate este mult mai generoasă decât indemnizația de handicap. Această diferență face ca potențialii beneficiari să încerce să devină eligibili pentru obținerea pensiei de invaliditate, mai ales că actuala legislație permite accesarea ambelor prestații simultan. În 2010, aproximativ 50% dintre persoanele ce primeau indemnizația de handicap beneficiau şi de o pensie, iar 20% primeau o pensie de invaliditate.[136] Totuşi, acest lucru se datorează, în principal, oportunităților limitate pe care le au persoanele cu dizabilități pentru a intra pe piața muncii în timpul vieții lor active, din cauza barierelor structurale descrise în capitolul Ocuparea forței de muncă. În plus, comisia de evaluare consideră, adesea, găsirea unui loc de muncă un motiv de anulare sau reducere a eligibilității beneficiarului pentru primirea indemnizației de handicap. Aceasta descurajează aceste persoane să acceadă la piața formală a muncii şi îi determină să încerce să obțină pensia de invaliditate.

Cerințele specifice în materie de acces la servicii în cazul persoanelor cu dizabilități sau invaliditate sunt abordate în două documente de politică importante, actualmente în curs de elaborare de către MMFPSPV. Primul este Strategia națională pentru incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități 2015-2020, iar al doilea reprezintă noua metodologie unificată pentru evaluarea situației şi nevoilor persoanelor cu dizabilități şi a celor ce suferă de invaliditate, în concordanță cu Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității şi Sănătății (CIF). Recomandările formulate în studiu de fundamentare au ținut seama şi de părerile familiilor, profesioniştilor şi persoanelor cu dizabilități, exprimate în ultimii ani diferitelor ONG-uri din domeniul dizabilității sau în cadrul consultărilor din procesul de elaborare a Strategiei naționale pentru incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități 2015-2020.[137]

Persoanele cu dizabilități şi cele ce suferă de invaliditate au nevoi comune, dar şi diferite legate de serviciile sociale. Cei care se încadrează în ambele categorii necesită măsuri referitoare la accesibilitate, dar şi servicii medicale şi de (re)abilitare,[138] transport adaptat, servicii de respiro, centre de zi, îngrijire de lungă durată sau la domiciliu, adaptarea locuinței şi învățare pe tot parcursul vieții.[139] Cu toate acestea, nevoile legate de diagnosticarea şi intervenția precoce, educație şi primele etape ale formării profesionale sunt mai degrabă specifice persoanelor cu dizabilități deoarece, în cazul majorității lor, dizabilitățile se manifestă înainte de vârsta activă.

TABEL 28: Evoluţia numărului de persoane cu dizabilităţi sau invaliditate (în mii)

	Dec 2011	Dec 2012	Dec 2013
Numărul total al persoanelor cu dizabilități în România (copii + adulți), din care:	690	697	692
Copii (total)	60	61	61
Adulți (total)	629	636	631
Copii cu handicap grav	30	31	32
Adulți cu handicap grav	202	203	203
Copii în instituții de tip rezidențial pentru adulții cu dizabilități	0.026	0.015	0.012
Copii în instituții de tip rezidențial pentru copiii cu dizabilități (servicii de tip rezidențial publice şi private, cumulat)	9	9	8
Adulți în instituții de tip rezidențial	17	17	17
Numărul total al beneficiarilor unei pensii de invaliditate	805	748	715

Sursa: MMFPSPV (Buletin statistic trimestrial, decembrie 2013).

[136] Banca Mondială (2014a).
[137] Recomandări specifice legate de consultările realizate pe marginea viitoarei strategii sunt puse la dispoziție de Secretariatul ONG coordonat de Fundația Alpha Transilvana, Târgu Mureş, www.alphatransilvana.ro
[138] Prioritățile cheie pentru îmbunătățirea accesului persoanelor cu dizabilități la asistența medicală, care sunt prezentate în secțiunile următoare, sunt aliniate cu cele recomandate de UNICEF (de exemplu, Stanciu, 2013; UNICEF, 2013) și Handicap International (Chiriacescu, 2008).
[139] În contextul Convenției ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, serviciile de abilitare şi reabilitare includ o gamă variată de activități care permit persoanelor cu dizabilități să obțină gradul maxim de independență şi participare la viața socio-economică. În timp ce abilitarea se referă, în principal, la acele măsuri prin care persoanele ating un nivel de funcționare mult mai mare față de cel anterior (limitat, de obicei, din cauza deficiențelor din naştere sau apărute la o vârstă foarte fragedă), serviciile de reabilitare se concentrează asupra redobândirii (sau compensării) abilităților care s-au pierdut din cauza unei deficiențe sau vătămări. Diferențierea terminologică se datorează faptului că aceste două situații necesită, adesea, tipuri diferite de servicii şi intervenții. În documentul de față, se foloseşte termenul „servicii de (re)abilitare" atunci când se face referire la ambele măsuri.

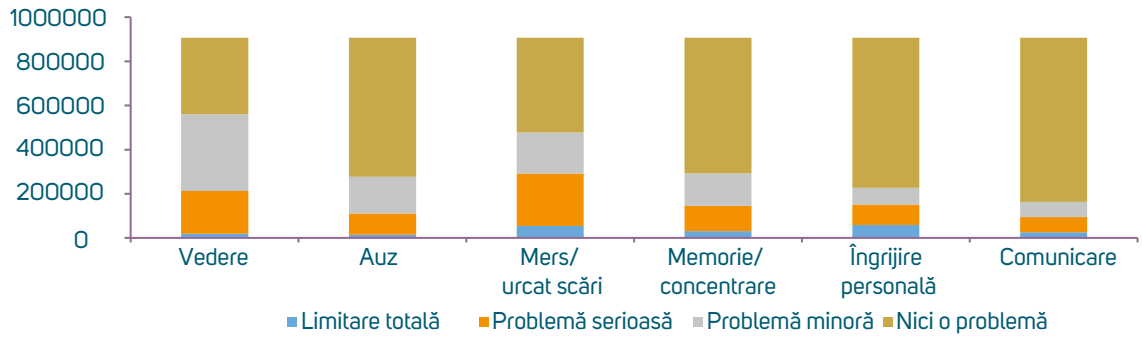
CASETA 18

Persoane cu limitări funcţionale totale, conform datelor Recensământului din 2011

Recensământul din 2011 a inclus un set de întrebări cu privire la afecțiunile medicale ce împiedică subiectul să îşi desfăşoare activitatea zilnică. Aproximativ 906.000 persoane au declarat că activitatea lor zilnică este limitată de una sau mai multe probleme de sănătate ce le afectează vederea, auzul, mersul sau urcatul scărilor, memoria sau concentrarea, îngrijirea personală sau comunicarea. Majoritatea au raportat limitări minore, cauzate de probleme de vedere. Limitarea totală datorată problemelor de sănătate a fost raportată de către 115.000 persoane (sau 0,6% din populația totală).

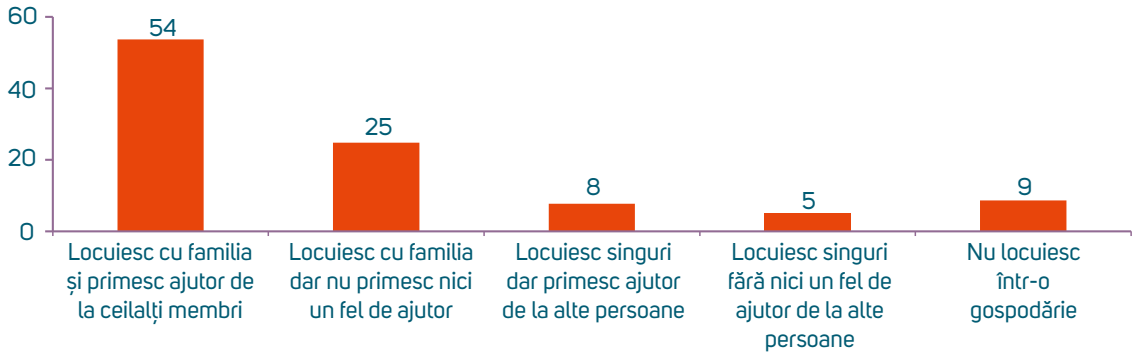
Aceste persoane sunt femei şi bărbați din întreaga țară, din mediul rural, comunitățile urbane mici şi mari şi din toate județele. Majoritatea au 55 de ani şi peste, 5% sunt copii, 28% au între 18 şi 54 de ani, 13% au vârste cuprinse între 55 şi 64 de ani, 17% au între 65 şi 74 de ani, iar 37% sunt persoane de 75 de ani şi peste. Majoritatea trăiesc în familie, iar 61% beneficiază de ajutor şi sprijin şi din partea membrilor familiei sau a altor persoane. Cu toate acestea, 30% dintre persoanele cu limitări totale datorate problemelor de sănătate se confruntă cu serioase dificultăți deoarece nu primesc ajutor din partea nimănui, în această situație aflându-se chiar şi unii dintre cei ce trăiesc cu familia.

Numărul persoanelor a căror activitate zilnică este limitată de probleme de sănătate



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele Recensământului din 2011.
Notă: N=906,5 mii de persoane.

Sprijinul acordat de familie persoanelor cu limitări totale datorate problemelor de sănătate



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele Recensământului din 2011.

Servicii de detectare precoce şi intervenţie timpurie

Este esențial să se asigure o gamă mai largă de servicii de detectare precoce şi intervenție timpurie în vederea acordării unor îngrijiri corespunzătoare copiilor cu dizabilități.[140] Diagnosticarea precoce şi intervenția timpurie dețin o importanță majoră în cazul copiilor cu dizabilități. În funcție de afecțiunea medicală a copilului, o deficiență sau limitare funcțională poate fi detectată cu succes imediat după naştere (de exemplu, diferite forme de agenezie sau paralizie cerebrală) sau în primele şase luni până la trei ani de viață. Detectarea precoce creşte şansele copilului de a dobândi deprinderile de care are nevoie pentru a trăi cât mai independent posibil. În acest sens, studiul de față recomandă următoarele:

- Fiecare spital pediatric ar trebui să aibă un departament de detectare precoce, cu profesionişti pregătiți să acopere întregul spectru al afecțiunilor ce pot cauza dizabilități.[141]

- Fiecare secție de maternitate şi spital pediatric ar trebui să aibă un departament de consiliere care să ofere sprijin familiilor după diagnosticarea dizabilității efective sau potențiale. Consilierea familială ar trebui să ofere îndrumare, sprijin concret, soluții practice şi informații în primele etape ale procesului de (re)abilitare.

- Fiecare oraş ar trebui să aibă cel puțin un departament de intervenție timpurie sau servicii speciale pentru persoanele confruntate cu diferite tipuri de limitări funcționale (fizice, senzoriale, intelectuale şi comportamentale).

Rețeaua serviciilor de detectare precoce şi intervenție timpurie ar trebui să acopere întregul spectru al dizabilităților şi întreg teritoriul țării. În prezent, în România, detectarea precoce a afecțiunilor medicale ce pot cauza apariția unei dizabilități este realizată de către medicii de familie sau specialiştii din unitățile de pediatrie, neuropediatrie sau neuropsihiatrie infantilă.

Cu toate acestea, există câteva tipuri de boli – precum tulburările din spectrul autist (TSA), tulburările de comportament, tulburarea de hiperactivitate cu deficit de atenție (ADHD) şi unele boli genetice rare – care rămân adesea nediagnosticate, chiar şi de către departamentele medicale specializate. În timp ce diagnosticarea medicală a afecțiunilor neuromotorii şi senzoriale este relativ frecventă, mai ales în spitalele de pediatrie sau în unitățile de recuperare fizică din spitalele generale, diagnosticarea dificultăților de dezvoltare şi de învățare şi a dizabilităților intelectuale este mai rară deoarece se pune accent pe detectarea precoce şi intervenția timpurie în cazul acestor afecțiuni abia din 2001 sau 2002. Mai mult, serviciile de intervenție timpurie sunt, de obicei, situate în reşedința de județ, ceea ce înseamnă că sunt generalmente inaccesibile multor familii ce trăiesc în oraşele mici sau în mediul rural deoarece transportul nu este întotdeauna bine pus la punct sau accesibil ca preț.

Calitatea serviciilor existente de detectare precoce şi intervenție timpurie din România ar putea fi îmbunătățită prin adoptarea bunelor practici testate.

- Numărul profesioniştilor ce se specializează în diagnosticarea precoce este încă foarte redus, majoritatea actualilor practicieni fiind formați – sau dobândind calificări suplimentare în domeniu – în cadrul unor programe din Europa de Vest (precum pediatrii, neuropediatrii, neurologii, logopezii, psihologii şi fizioterapeuții). Cu toate acestea, Universitatea din Cluj oferă în prezent un program de formare a profesioniştilor în detectarea precoce a deficiențelor şi în intervenția timpurie, în cadrul Facultății de Psihopedagogie Specială. Ministerul Educației a aprobat curriculumul în 2013.[142]

- În România, modul în care familiile sunt informate despre dizabilitatea copilului lor este necorespunzător. Potrivit mai multor ONG-uri,[143] părinții au declarat că personalul medical a descris adesea dizabilitatea copiilor lor ca pe o afecțiune ireversibilă şi o povară ce va afecta viața familiei. În ciuda câtorva exemple şi inițiative pozitive, practica generală este destul de umilitoare şi apăsătoare

[140] Detectarea precoce reprezintă un proces de screening şi de diagnosticare, conceput pentru a identifica posibilele riscuri de deficiență, întârzieri în dezvoltare sau limitări funcționale la sugari şi copii mici. Intervenția timpurie reprezintă un set de servicii interdisciplinare complete ce contribuie la dezvoltarea sugarilor şi a copiilor mici cu dizabilități (0-3 ani) şi reduc la minim riscul apariției retardului fizic, psihologic sau de dezvoltare.
[141] De exemplu, tulburările din spectrul autist (TSA), sindromul Down, sindromul X fragil, paralizie cerebrală, diverse forme de agenezie, sindromul Prader Willi, sindromul Coffins Siris, alte boli genetice rare, ADHD, dificultăți de învățare şi întârzieri de vorbire.
[142] http://www.monitoruljuridic.ro/act/anexa-din-18-ianuarie-2013-privind-continutul-educativ-pentru-interventie-timpurie-anteprescolara-destinat-copiilor-cu-deficiente-senzoriale-multiple-surdocecitate-emitent-ministerul-educatiei-147553.html
[143] Autism România, Centrul European pentru Drepturile Copiilor cu Dizabilități şi Asociația Părinților Copiilor cu Dizabilități Fizice.

pentru familii. Prin urmare, cadrele medicale trebuie să beneficieze de formare în acest sens.

- În ultimii cinci ani, s-au înregistrat progrese semnificative în domeniul diagnosticării TSA, însă familiile din oraşele mici şi din mediul rural au rareori acces la profesionişti medicali capabili să evalueze şi să diagnosticheze astfel de cazuri. În perioada 2010-2013, MMFPSPV, în parteneriat cu Fundația Romanian Angel Appeal şi Asociația de Psihoterapii Cognitive şi Comportamentale din România, a creat 40 de centre de consiliere şi sprijin pentru familiile persoanelor cu TSA.[144] Astfel de servicii de sprijin sunt foarte necesare în întreaga țară, cu precădere în oraşele mai mici.
- În ultimul deceniu, câteva ONG-uri[145] au început să dezvolte servicii de intervenție timpurie şi sprijin pentru copiii în situație de risc şi familiile acestora, în cooperare cu autoritățile locale şi/sau serviciile publice existente (spitale, grădinițe şi servicii de consiliere). Secțiile de maternitate şi spitalele de pediatrie din localitățile pilot au aderat treptat la programul de screening precoce al copiilor cu risc.

TABEL 29: Servicii de diagnosticare precoce şi intervenţie timpurie în România

	Servicii generale*	Servicii specifice	Servicii de sprijin
Tipologie	A. Medicină de familie B. Secții de maternitate C. Servicii de pediatrie D. Unități neuropediatrice E. Unități neuropsihiatrice	A. Servicii medicale Servicii complexe de screening şi diagnosticare pentru copiii cu risc de deficiență sau limitare funcțională. Acestea sunt disponibile, în principal, în spitalele de pediatrie, dar şi în unitățile de neuropsihiatrie pentru tulburările din spectrul autist (TSA). B. Servicii multidisciplinare Serviciile de intervenție timpurie sunt disponibile în câteva din marile oraşe, punând accent mai ales pe fizioterapie, logopedie, terapii comportamentale şi de învățare (inclusiv terapii specifice pentru TSA), stimulare senzorială (auz şi văz) şi terapie prin artă. Aceste servicii sunt oferite de unitățile de reabilitare medicală sau ONG-uri. C. Educație timpurie – descrisă în capitolul Educație	A. Consiliere familială, elaborarea planurilor individualizate de reabilitare pentru copii, adaptarea locuinței şi asistență psihologică pentru părinți şi familia extinsă B. Grupuri de auto-ajutor pentru familii C. Informare şi conştientizare, atât a familiilor, cât şi a profesioniştilor
Profesionişti ce oferă astfel de servicii în prezent	Medici de familie Neonatologi Pediatri Neuropediatri Ortopezi Neuropsihiatri	Neuropediatri Ortopezi Neuropsihiatri infantili Psihologi Educatori Psihopedagogi Logopezi Fizioterapeuți Terapeuți ocupaționali	Psihologi Logopezi Fizioterapeuți Psihopedagogi Asistenți sociali

Notă: * Aceste servicii sunt destinate să informeze familia în legătură cu riscul apariției unei deficiențe sau limitări funcționale.

[144] Poate fi consultată o hartă a acestor servicii la adresa http://autism.raa.ro/servicii/centre-de-consiliere-si-asistenta.
[145] Câteva exemple ar fi Alpha Transilvana din Târgu Mureş (pentru copiii cu dizabilități neuromotorii); Speranța din Timişoara (pentru copiii cu probleme de dezvoltare); Centrul pentru Reabilitare Motorie din Cluj; Thysia şi Albin din Oradea; Sense International din Bucureşti, Oradea, Timişoara şi Iaşi (pentru copiii cu deficiențe de auz şi vedere); World Vision din Cluj, Craiova şi Bucureşti; Help Autism din Bucureşti; Centrul Iulia Pantazi din Bucureşti şi Fundația Inocenti din Bistrița.

Servicii de reabilitare

Trebuie create echipe multidisciplinare mobile de intervenție timpurie, mai ales pentru copiii cu dependențe majore şi afecțiuni medicale complexe şi pentru cei ce trăiesc în localitățile rurale sau izolate. Numărul şi componența acestor echipe ar trebui adaptate la nevoile locale (județene). Cu toate acestea, exemplele de bună practică implică, de obicei, o medie de trei sau patru echipe pe județ, fiecare cuprinzând un fizioterapeut, un psiholog, un logoped, un asistent medical, un asistent social şi un psihopedagog sau educator. În prezent, acest gen de echipă multidisciplinară mobilă este rar folosit pentru intervenții timpurii în România. În 2011, MMFPSPV a creat 20 de echipe mobile menite să sprijine familiile ce au grijă de copiii lor cu dizabilități, în 18 județe şi două sectoare din Bucureşti.[146]

Sunt necesare mai multe centre şi servicii de (re)abilitare în comunitățile mici, inclusiv echipe mobile care pot oferi servicii integrate în zonele rurale şi cele izolate şi persoanelor cu mobilitate redusă. În mod evident, abilitarea/ reabilitarea nu se limitează la asistență medicală. Cuprinde o gamă mult mai largă de activități, inclusiv terapii fizice, psihosociale şi ocupaționale, precum şi o varietate de servicii de sprijin pentru viața în comunitate şi activitățile de zi cu zi.

Deşi, în trecut, reabilitarea medicală se făcea, în general, într-un cadru instituțional, aceste servicii sunt tot mai des furnizate la nivelul comunității de către autoritățile locale sau ONG-uri acreditate (Anexa 5 Secțiunea III. Servicii de recuperare medicală pentru persoanele cu dizabilități). Ministerul Sănătății sprijină această tendință pozitivă. Cu toate acestea, responsabilii de politici trebuie să încurajeze crearea mai multor servicii de reabilitare medicală pentru adulți, care rămân în urma celor adresate copiilor, mai ales la capitolul accesibilitate fizică şi financiară. În mod similar, în timpul cercetării calitative, ONG-urile au menționat nevoia unui număr mai mare de echipamente medicale, consumabile medicale şi medicamente gratuite sau compensate pentru persoanele cu dizabilități. De asemenea, furnizorii de servicii atrag atenția asupra stimulentelor necesare pentru a atrage şi a reține personalul ce lucrează cu persoanele cu dizabilități complexe sau dependențe majore, având în vedere plecarea în străinătate a multora dintre aceşti profesionişti, la mare cerere în Europa de Vest.

Servicii adresate persoanelor cu probleme de sănătate mintală

Potrivit OMS, sănătatea mintală reprezintă o stare de bine grație căreia individul îşi poate atinge potențialul, poate face față stresului normal al vieții, poate munci într-un mod productiv şi poate aduce o contribuție comunității. Tulburările mintale cuprind o gamă largă de probleme cu o simptomatologie diferită. Cu toate acestea, sunt generalmente caracterizate printr-o combinație de gânduri, emoții, comportamente şi relații negative cu ceilalți. Câteva exemple de afecțiuni psihice sunt depresia, anxietatea, tulburările de comportament la copii, tulburarea bipolară şi schizofrenia. Factorii cheie ce împiedică persoanele astfel afectate să acceseze servicii de calitate sunt discriminarea şi marginalizarea, stigmatizarea şi lipsa coordonării intersectoriale, care se traduce în slaba colaborare între instituțiile de la nivel central şi cel local.

Persoanele cu probleme de sănătate mintală sunt expuse unui risc crescut de sărăcie şi excluziune socială. Problemele de sănătate mintală şi sărăcia formează, de obicei, un cerc vicios. Persoanele ce trăiesc în sărăcie dezvoltă mai uşor probleme de sănătate mintală, care sunt mai grave, mai de durată şi cu consecințe mai serioase decât în cazul restului populației.[147] Invers, în absența protecției şi asistenței sociale şi financiare țintite, persoanele cu probleme mintale pot cădea în sărăcie sau nu reuşesc să iasă din sărăcie.[148] Pentru a rupe cercul vicios al sărăciei şi discriminării, va fi necesară introducerea mai multor programe de abilitare comunitară şi de generare a veniturilor adresate persoanelor cu probleme de sănătate mintală.

Stigmatizarea reprezintă un obstacol major în accesarea îngrijirilor adecvate pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală. Multora le este teamă de „etichetarea" ca persoană cu probleme de sănătate mintală, motiv pentru care amână sau evită să se trateze. Această auto-stigmatizare însoțită de experiențele anterioare negative trăite în sistemul de sănătate mintală (de exemplu, atitudinea discriminatorie a personalului medical, costurile mari şi lipsa cunoştințelor în materie de sănătate din partea pacientului) fac de multe ori ca persoana cu probleme mintale să amâne consultarea unui profesionist.[149]

[146] Arad, Argeş, Bihor, Bistrița Năsăud, Brăila, Braşov, Dâmbovița, Dolj, Galați, Giurgiu, Gorj, Mehedinți, Mureş, Neamț, Olt, Sălaj, Satu Mare, Vaslui şi Bucureşti (Sectoarele 4 şi 6). Fiecare echipă mobilă este formată dintr-un logoped, un fizioterapeut, un psiholog, un asistent social, un pediatru, un terapeut ocupațional şi un psihopedagog. http://www.mmuncii.ro/j33/index.php/ro/transparenta/comunicare/comunicate-de-presa/2009-rezultatele-implementarii-proiectului-cresterea-capacitatii-autoritatilor-publice-locale-din-romania-in-vederea-sprijinirii-copiilor-cu-dizabilitati-in-cadrul-propriilor-familii.

[147] Lunda et al (2010).

[148] OMS (2012a).

[149] Wahlbeck și Huber (2009).

În acest context, multe probleme de sănătate mintală rămân insuficient diagnosticate şi netratate. Este important ca specialiştii din domeniul medical şi social care lucrează cu persoanele cu probleme de sănătate mintală să ofere informații accesibile referitoare la simptome şi tratament şi să se asigure că pacienții îşi înțeleg drepturile. Sunt necesare programe educaționale şi de advocacy pentru promovarea sănătății mintale şi eliminarea miturilor legate de problemele mintale, în rândul populației largi şi al medicilor specialişti.

În 2002, Guvernul României a adoptat Legea sănătății mintale şi a protecției persoanelor cu tulburări psihice. Aceasta a intrat în vigoare abia în 2006, când s-a lansat Strategia națională în domeniul sănătății mintale. Din 2007, Ministerul Sănătății implementează Programul Național de Sănătate Mintală, ce are drept scop asigurarea accesibilității, continuității şi calității serviciilor adresate persoanelor cu probleme de sănătate mintală. În 2009, guvernul a înființat Centrul Național de Sănătate Mintală şi Luptă Antidrog şi a demarat procesul de reformare a sistemului de asistență în domeniul sănătății mintale. Strategia națională din domeniul sănătății 2014-2020 – „Sănătate pentru prosperitate" subliniază nevoia de a ameliora sănătatea mintală a populației prin asigurarea unui acces egal la servicii medicale adecvate şi eficiente. Dreptul copiilor cu tulburări psihice la tratament, demnitate şi participare activă în comunitate este prevăzut în Strategia națională de sănătate mintală a copilului şi adolescentului, recent aprobată după ce s-a aflat în dezbatere din anul 2007.

Există o puternică nevoie de colaborare orizontală şi verticală între instituții în vederea acordării serviciilor medicale şi sociale corespunzătoare persoanelor cu probleme mintale. Teoretic, un pacient cronic poate fi spitalizat pentru maxim 44 de zile (114 zile în cazul pacienților cronici de lungă durată) într-un spital de psihiatrie, după care ar trebui transferat într-o instituție specializată de tip rezidențial, precum centrele de recuperare şi reabilitare neuropsihiatrică (CRRN), care în principiu trebuie să ofere îngrijiri specializate de recuperare şi reabilitare de tip rezidențial şi să asigure, atunci când este posibil, reintegrarea socială şi profesională a persoanelor cu probleme de sănătate mintală. Cu toate acestea, în practică, acest lucru variază la nivelul țării fiindcă nu există mecanisme de referire clare sau protocoale de colaborare între instituții. Cel puțin două dintre ministere trebuie să îşi coordoneze politicile şi strategiile – Ministerul Sănătății şi Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale şi Persoanelor Vârstnice (MMFPSPV), dar şi cele două structuri locale – spitalele de psihiatrie şi CRRN, gestionate sau nu direct de către MMFPSPV. CRRN sunt finanțate de MMFPSPV şi consiliile județene, la nivel național sunt supravegheate de către Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Dizabilități, iar la nivel județean sunt subordonate Direcțiilor Generale de Asistență Socială şi Protecția Copilului (DGASPC) şi consiliilor județene.

Prin urmare, pentru binele pacientului, trebuie să existe mai multă colaborare între instituții şi sectoare. În momentul de față, unele servicii oferite de spitalele de psihiatrie şi de secțiile de psihiatrie ale spitalelor generale se suprapun cu serviciile CRRN. Deşi spitalele de psihiatrie şi CRRN ar trebui să furnizeze servicii complementare pacienților cu probleme de sănătate mintală, în practică oferă adesea servicii similare, dar cu specialişti diferiți, surse de finanțare diferite şi standarde diferite de costuri unitare (Caseta 19).

Lipsurile instituționale au determinat apariția unor mecanisme funcționale informale. În multe spitale de psihiatrie, chiar şi în secțiile de psihiatrie ale spitalelor generale, majoritatea pacienților rămân internați ani de zile, în unele cazuri mai bine de 15 ani. Această situație este consecința cercului vicios datorat numărului mic de instituții care pot prelua astfel de pacienți după ce ies din spital (în principal, numărului mic de CRRN) şi familiilor şi/sau autorităților locale care nu dețin capacitatea necesară pentru a le oferi îngrijirile specializate de care au nevoie. În majoritatea cazurilor, spitalele şi secțiile de psihiatrie umplu acest gol instituțional, oferind acestor pacienți tratament medical specializat de tip rezidențial ca răspuns la o problemă socială (vezi textul din Caseta 19, extras dintr-un interviu).

Aceşti factori pun şi mai multă presiune asupra familiilor persoanelor cu probleme de sănătate mintală. Pentru a combate fenomenul, responsabilii de politici ar trebui să aibă în vedere posibilitatea finanțării consilierii şi sprijinului psihosocial acordat familiilor şi altor persoane ce au grijă de aceşti pacienți.

CRRN au fost create ca o alternativă viabilă la spitalele de psihiatrie pentru pacienții cu afecțiuni psihice cronice. Acestea au rolul unor instituții în care persoanele cu dizabilități neuropsihice trăiesc într-un mediu familial şi unde nevoile lor individuale sunt satisfăcute prin activități menite să le asigure recuperarea, reabilitarea şi reintegrarea în societate. Cu toate acestea, au fost înființate foarte puține astfel de centre până acum. Potrivit rapoartelor MMFPSPV, la 31 martie 2014, doar 53 de CRRN primiseră autorizația şi funcționau în România, având 5.310 de beneficiari. Procesul de restructurare sau închidere a marilor instituții de tip rezidențial ce nu îndeplinesc standardele minime de calitate a început în 2002 şi a fost consolidat în 2006 prin Strategia națională. Scopul este reducerea dimensiunii instituțiilor ce oferă îngrijiri persoanelor cu dizabilități neuropsihice,

CASETA 19

O comparaţie între spitalele de psihiatrie şi centrele de recuperare şi reabilitare neuropsihiatrică

SPITALE DE PSIHIATRIE

- Coordonate de Ministerul Sănătății
- Finanțate de Ministerul Sănătății şi, parțial, de consiliile județene
- Reprezintă opțiunea clasică pentru persoanele neinstituționalizate care consultă specialistul din proprie inițiativă sau sunt aduse de către familie, SMURD sau altcineva
- Acordă îngrijiri pacienților cu afecțiuni acute sau cronice
- Aproximativ 50% sunt pacienți de lungă durată
- Sunt unități închise şi izolate, situate de obicei în parcuri şi/sau păduri
- Beneficiază de serviciile oferite cel puțin de către un medic psihiatru
- În caz de criză, pacienților li se administrează tratament medical pe loc sau sunt transferați la secția de urgență a celui mai apropiat spital de psihiatrie cu secție pentru pacienții acuți
- Majoritatea nu oferă servicii sociale (ergoterapie)

CENTRE DE RECUPERARE ŞI REABILITARE NEUROPSIHIATRICĂ (CRRN)

- Coordonate de DGASPC
- Finanțate de MMFPSPV şi consiliile județene
- Reprezintă opțiunea modernă în principal pentru adulții ce au fost instituționalizați în copilărie. De obicei, sunt îndrumați către CRRN de SPAS sau DGASPC, în funcție de locurile disponibile.
- Acordă îngrijiri pacienților cu afecțiuni cronice
- 100% dintre pacienți sunt de lungă durată
- Sunt unități deschise şi conectate, cu un mare grad de integrare a beneficiarilor în comunitate
- Beneficiază de serviciile oferite de un medic de familie, asistenți medicali şi infirmieri
- În caz de criză, pacientul este transferat la secția de urgență a celui mai apropiat spital de psihiatrie.
- În majoritatea cazurilor, oferă servicii sociale (de exemplu, ergoterapie).

ACCES LA SERVICII

O persoană diagnosticată cu o tulburare mintală cel mai probabil ...
... nu are o casă sau un venit
... este singură
... a fost instituționalizată în copilărie
... are familie care nu îi mai oferă sprijin.

COSTURI

- Raportul beneficiari-angajați ai spitalului nu este cunoscut
- Costul pe pacient pe zi este de aproximativ 120 RON.

- Raportul beneficiari-angajați CRRN este de 1,45.
- Costul pe pacient pe zi este de aproximativ 72 RON.

Opinia administratorului unui spital de psihiatrie

În spitalul nostru, majoritatea pacienților, peste 70%, reprezintă cazuri sociale. Teoretic, perioada de spitalizare pentru cazurile cronice este de 44 de zile. În mod normal, după 44 de zile, ar trebui să le facem ieşirea din spital, dar nu putem pentru că nu avem unde să îi trimitem. Discutăm aceste cazuri cu municipalitatea... [dar] municipalitatea nu îi acceptă, deşi fiecare primărie ar trebui să aibă locuințe speciale sau protejate pentru astfel de persoane. Însă ştim că asta implică costuri ridicate. [...] Cei care au familii ar trebui reintegrați în familie. Dar ştiți cum e, şi familiile trebuie educate. Ne spun: „Nu puteți să îl mai țineți în spital încă puțin?". Şi e normal, pentru că întreaga răspundere a tratamentului le revine lor odată ce pacientul ajunge acasă. Mulți nu înțeleg acest lucru ... aşa că nu acordă importanță tratamentului şi starea pacientului se înrăutățeşte ... Aici... toată lumea este fericită, toată lumea se simte bine. Dacă discutați cu pacienții, veți vedea, mulți dintre ei nu vor să meargă acasă, nu vor să se întoarcă la familiile lor. Ce să înțelegi din asta? Ce tratament poate primi un astfel de pacient în familia lui? Vă spun, sunt la marginea societății.

Sursa: Studiu calitativ realizat de Banca Mondială în iulie-august 2014, în vederea pregătirii volumului de față.

numărul optim de beneficiari fiind de maxim 60 de persoane. Cu toate acestea, 16 CRRN ce au primit aprobare până acum au peste 100 de locuri şi alte 17 găzduiesc deja peste 100 de beneficiari fiecare. Astfel, în 2014, 33 dintre cele 53 de CRRN existente erau suprapopulate. În ceea ce priveşte disponibilitatea locurilor în cele 53 de CRRN, 13 nu mai au locuri, 13 au între unu şi zece locuri disponibile, 16 au peste 10 locuri vacante, 8 şi-au depăşit capacitatea cu 1-10 persoane, iar 3 şi-au depăşit capacitatea cu peste 10 persoane. La nivel național, în cele 53 de CRRN, există peste 400 de locuri libere şi totuşi 97 de beneficiari trăiesc în CRRN care au depăşit capacitatea aprobată.

Locurile din cadrul CRRN sunt rezervate persoanelor diagnosticate cu o afecțiune ori handicap psihic, psihologic sau asociat. În 2014, aproximativ 80% dintre beneficiari aveau probleme probleme de sănătate mintală. În restul de 20% din cazuri, 9% suferă de afecțiuni asociate şi 11% prezintă alte tipuri de handicap, persoane ce ar putea fi considerate mai degrabă cazuri sociale decât pacienți cu probleme neuropsihice.

Deşi se doreşte ca CRRN să constituie un pas spre reintegrarea pacienților în comunitate, majoritatea pacienților consideră că acestea sunt instituții ce oferă îngrijire de lungă durată sau chiar pe viață. Prin urmare, mulți pacienți cronici preferă spitalele unde şederea este pe perioadă determinată. Un director CRRN din județul Arad afirmă, într-un studiu al Băncii Mondiale, că „probabil, se gândesc că venirea lor aici este pentru totdeauna, o decizie pe viață. Şi, în acest context, preferă să nu adopte o poziție definitivă... cel puțin teoretic, când duci pacienții la spital, la un moment dat trebuie să îi iei înapoi acasă."[150]

Un Raport de evaluare al ANPIS[151] din 2013 a relevat faptul că numeroşi pacienți din cadrul CRRN nu beneficiază de nicio terapie de recuperare sau programe de incluziune socială fiindcă nu sunt disponibile astfel de programe (din cauza lipsei de personal, a unui număr adecvat de locuri sau a materialelor), acestea nu răspund nevoilor beneficiarilor sau pacienții nu sunt încurajați să participe. Totuşi, comparativ cu spitalele de psihiatrie, CRRN sunt mai bine conectate la viața comunității, beneficiarii putând ieşi în afara centrului, lucra în comunitate şi lua parte la evenimente sociale (cum ar fi zilele comunității şi evenimente religioase).

Deşi CRRN au fost create pentru a reintegra în comunitate pacienții pacienții cu probleme cronice de sănătate mintală ce au ieşit din spitale, majoritatea actualilor beneficiari sunt foştii copii instituționalizați. CRRN sunt folosite ca o soluție la problema copiilor instituționalizați după împlinirea vârstei de 18 ani. Succesul pe termen lung al serviciilor de sănătate mintală va depinde de coordonarea între serviciile medicale şi cele oferite de alte sectoare, în special de cel social. Provocările întâmpinate de sectorul sănătății mintale țin de schimbarea paradigmei în tratarea persoanelor cu probleme de sănătate mintală. În trecut, politica adoptată a fost segregarea lor de restul societății, pe când acum se urmăreşte reintegrarea în comunitate, pe cât posibil.

Aceasta implică trecerea de la un model de îngrijiri preponderent spitaliceşti la un model integrat de îngrijiri în comunitate.[152] Pentru reuşita acestei abordări, va trebui să se ofere servicii multidisciplinare de sprijin la nivel comunitar astfel încât să se asigure că persoanele cu probleme de sănătate mintală sunt acceptate de comunitățile lor şi să li se protejeze dreptul la o viață independentă.

Servicii de abilitare şi reabilitare psihiatrică şi psihosocială

Numărul serviciilor de abilitare şi reabilitare psihiatrică şi psihosocială ar trebui, de asemenea, să crească, iar distribuția lor geografică ar trebui să reflecte repartizarea nevoilor la nivelul țării. În prezent, acest tip de (re)abilitare este oferit astfel: (i) se acordă servicii generale copiilor în câteva şcoli şi grădinițe de masă, programe publice şi private de tip after-school şi centre de (re)abilitare publice şi private şi (ii) se oferă servicii specifice persoanelor cu dizabilități în structuri de tip rezidențial pentru copiii şi adulții cu dizabilități, centre de zi publice şi private pentru persoanele cu dizabilități şi centre de reabilitare publice şi private pentru persoanele cu dizabilități sau afecțiuni psihice. (Re)abilitarea psihiatrică şi psihosocială este reglementată prin standardele de calitate stabilite în comun de către MMFPSPV, Ministerul Sănătății şi Ministerul Educației şi este oferită de psihologi, psihopedagogi, psihiatri şi terapeuți ocupaționali. Foarte probabil, odată cu dezvoltarea corespunzătoare a terapiei ocupaționale în

[150] Studiu calitativ realizat de Banca Mondială în iulie-august 2014, în vederea pregătirii volumului de față.
[151] ANPIS (2013) - Agenția Națională pentru Plăți şi Inspecție Socială.
[152] Caldas de Almeida şi Killaspy (2011).

CASETA 20

Cele mai bune practici: implicarea comunităţii creşte şansele de reabilitare ale persoanelor cu probleme de sănătate mintală

Succesul intervențiilor menite să ajute o persoană cu probleme de sănătate mintală se datorează adesea strânsei colaborări dintre comunitate şi asistenții sociali. Această colaborare s-a dovedit a fi foarte eficientă în cazul unei femei din Arad ce suferea de schizofrenie, care a primit ajutor după ce serviciile de asistență socială (SPAS) fuseseră sesizate de asociația proprietarilor din blocul în care locuia aceasta. Femeia locuia singură, cu mijloace financiare limitate (ceva bani primiți după moartea mamei), fără asigurare de sănătate sau un diagnostic. Asociația proprietarilor şi-a asumat un rol proactiv în vederea ameliorării stării de sănătate a vecinei lor, oferindu-i sprijinul necesar (mai ales în ceea ce priveşte cheltuielile de bloc şi costul utilităților). Provocarea pentru SPAS a fost diagnosticarea şi acordarea accesului la tratament fără costuri enorme pentru beneficiar. Acest lucru a fost posibil numai grație generozității personalului medical implicat, care a lucrat gratis. Totodată, pacienta a fost inclusă într-un program local de asistență socială ce îi oferă hrană în cadrul unei cantine sociale şi care a ajutat-o să solicite şi să primească o pensie de invaliditate şi ajutor pentru încălzirea locuinței. Săptămânal, este vizitată de asistentul medical comunitar, care îi monitorizează starea de sănătate. Acesta este un exemplu al modului în care o intervenție integrată oferită de comunitate, asistenți sociali şi specialişti din domeniul medical poate acorda sprijin eficient şi prompt persoanelor cu probleme de sănătate mintală, într-un cadru neinstituționalizat. Concluzia cea mai importantă este că intervenția a fost inițiată de către comunitate.

Sursa: Interviu cu un reprezentant al Direcției de Dezvoltare şi Asistență Comunitară Arad, Studiu calitativ realizat de Banca Mondială în iulie-august 2014, în vederea pregătirii volumului de față.

România, reabilitarea psihosocială şi terapia ocupațională vor fuziona. Va fi esențial să se creeze un sistem de formare continuă a profesioniştilor la nivel județean şi național deoarece aceştia lucrează adesea singuri, fără o rețea profesională sau sprijin reciproc. Suplimentar, s-ar putea oferi formare psihiatrilor pe tema diferitelor tipuri de dizabilități şi a prevederilor Convenției ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

Servicii de terapie ocupaţională

Guvernul trebuie să elaboreze norme complete în domeniul terapiei ocupaționale.[153] Acestea ar trebui să vizeze metodologiile de finanțare şi evaluare şi includerea profesioniştilor nou formați în toate serviciile publice şi private ce lucrează cu persoanele cu dizabilități. Dezvoltarea terapiei ocupaționale în România este în fază incipientă. Aceasta reprezintă un nou punct de plecare pentru practica (re)abilitării. Ca un prim pas în dezvoltarea serviciului, ar trebui creată o echipă mobilă formată din terapeuți ocupaționali în fiecare județ, aşa cum s-a realizat în programul coordonat de MMFPSPV în 2011.[154] Pe termen lung, fiecare unitate ce oferă servicii de reabilitare (în domeniul medical, social sau al sănătății mintale) ar trebui să angajeze cel puțin un terapeut ocupațional. Profesioniştii din domeniu sunt actualmente formați în Bacău (unde există un programe de studii de licență la Universitatea Vasile Alecsandri), Timişoara (Universitatea de Vest) şi

[153] Terapia ocupațională se referă la folosirea tratamentului în scopul dezvoltării, recuperării sau menținerii deprinderilor necesare vieții cotidiene şi profesionale în cazul persoanelor ce suferă de o afecțiune fizică, psihică sau de dezvoltare. Terapia ocupațională pune accent pe adaptarea mediului, modificarea sarcinilor, predarea competențelor şi educarea persoanelor cu dizabilități (şi/sau a familiilor lor) pentru ca acestea să se bucure de un nivel mai ridicat de participare şi să îşi poată desfăşura activitățile zilnice, mai ales cele importante pentru persoana în cauză. Terapia ocupațională implică, adesea, terapii fizice menite să prevină apariția unor boli, să crească calitatea vieții şi să amelioreze funcționalitatea fizică. Pe de altă parte, mai include: (i) activități de dezvoltare a abilităților copiilor şi tinerilor, care îi ajută să se implice în activități importante şi răspund nevoilor lor psihosociale astfel încât să poată participa la evenimente importante în viață; (ii) servicii de sănătate mintală, precum stabilirea unei rutine, abilități de gestionare a unor situații, gestionarea medicației, ocupare, educație, acces şi participare la viața comunității, dezvoltarea abilităților sociale, activități de timp liber, gestionarea banilor şi protecția copilului; (iii) servicii adresate vârstnicilor cu dizabilități care îi ajută să îşi păstreze independența şi rutina zilnică şi le adaptează corespunzător locuința; (iv) formare cu privire la utilizarea dispozitivelor asistive.

[154] http://www.mmuncii.ro/j33/index.php/ro/transparenta/comunicare/comunicate-de-presa/2009-rezultatele-implementarii-proiectului-cresterea-capacitatii-autoritatilor-publice-locale-din-romania-in-vederea-sprijinirii-copiilor-cu-dizabilitati-in-cadrul-propriilor-familii

[155] Aceste facultăți pregătesc profesioniști pentru următoarele servicii: (i) servicii de sănătate – spitale generale, centre de reabilitare, stațiuni termale, chirurgie estetică, secții de neurologie, secții de pediatrie, medicină internă, secții de cardiologie şi secții de pneumologie; (ii) Centre de Îngrijire şi Asistență (CIA) - centre de reabilitare de tip rezidențial pentru persoanele cu dizabilități şi centre de integrare prin terapie ocupațională (CITO) coordonate de DGASPC; (iii) centre de plasament publice şi private pentru copii; (iv) servicii publice şi private pentru persoanele vârstnice; (v) servicii de probațiune.

Oradea,[155] în cooperare cu ENOTHE, o rețea profesională europeană a terapeuților ocupaționali (European Network of Occupational Therapy in Higher Education). Finanțarea serviciului de terapie ocupațională ar putea fi asigurată de Ministerul Sănătății împreună cu MMFPSPV.

Servicii de sprijin în cadrul comunităţilor

Serviciile de sprijin pentru persoanele cu dizabilități menite să le ajute să ducă un trai independent sau într-un mediu asistat sunt cruciale pentru a asigura incluziunea cu succes a acestora în societate. Acesta este domeniul în care serviciile de sprijin joacă cel mai important rol (vezi Anexa 5, Secțiunea IV). Majoritatea persoanelor cu dizabilități din România trăiesc în familie şi nu reuşesc să acceseze locuințe cu prețuri convenabile sau servicii de sprijin pentru un trai independent. Adaptarea locuințelor la dizabilitatea persoanei este costisitoare din moment ce subvențiile statului acoperă doar dobânda unui împrumut bancar făcut în acest scop. Multe dintre familiile persoanelor cu dizabilități nu câştigă venituri suficient de mari pentru a fi eligibile pentru un împrumut bancar, astfel încât subvenționarea dobânzii este irelevantă. Mai mult, din cercetarea calitativă reiese că autoritățile locale nu acordă întotdeauna prioritate solicitărilor depuse de familiile persoanelor cu dizabilități pentru obținerea unei locuințe sociale, aşa cum prevede Legea nr. 448/2006. Au început să apară diferite case de tip familial şi oportunități de trai asistat, majoritatea adresate copiilor şi adulților cu dizabilități intelectuale. Sprijinul la domiciliu, asistența juridică şi programele recreative, culturale şi sportive accesibile, toate sunt foarte limitate la nivel național, dar se dezvoltă treptat. Pentru a accelera acest proces, responsabilii de politici ar putea avea în vedere următoarele:

- Crearea unui program național care să încurajeze traiul independent sau asistat al persoanelor cu dizabilități şi care să acopere costul total sau parțial al adaptărilor locuințelor.
- Revizuirea sistemului de reglementare şi a standardelor de cost şi de calitate astfel încât serviciile de locuire să țină cont de nevoile persoanelor cu dizabilități.[156]
- Creşterea numărului de centre de respiro pentru copiii şi adulții cu dizabilități. Aceste centre oferă un moment de pauză familiilor care acordă îngrijire permanentă persoanelor cu dependențe complexe şi, astfel, permit acestor persoane să rămână în familie. Centrele de respiro nu sunt reglementate în întregime la nivel național, de exemplu, în ceea ce priveşte standardele de calitate şi costurile unitare.
- Testarea unui buget personalizat pentru un trai independent, un mecanism care ar permite persoanelor cu dizabilități să îşi acopere cheltuielile de bază ale vieții în comunitate (precum chiria pentru un apartament şi costul utilităților şi transportului) după o îndelungată instituționalizare. Acest aspect ar trebui avut în vedere în contextul unei reforme menite să eficientizeze întregul set de prestații financiare acordate persoanelor cu dizabilități.
- Consolidarea şi dezvoltarea serviciilor de asistență socială la nivel comunitar în vederea acordării de sprijin profesional şi reciproc familiilor şi îngrijitorilor persoanelor cu dizabilități, inclusiv consiliere, grupuri de auto-ajutor şi asistență legată de procedurile administrative şi pentru solicitarea prestațiilor sau serviciilor pertinente. Cu totul importantă este asistarea îngrijitorilor în vederea obținerii certificatului de handicap pentru copiii cu nevoi, ca un prim pas spre accesarea unor drepturi (prestații financiare şi servicii). În practică, familiile din mediul rural sau comunitățile defavorizate nu prea solicită eliberarea certificatului de încadrare în grad de handicap. Potrivit UNICEF şi câtorva ONG-uri,[157] un număr semnificativ de copii cu dizabilități nu sunt declarați în aceste zone, din trei motive: (i) lipsa informațiilor despre procedura de solicitare, (ii) stigmatizarea ce însoțeşte adesea dizabilitatea în aceste comunități şi (iii) costurile implicate, inclusiv cele de deplasare din oraşul de domiciliu al persoanei până la comisia județeană sau sediul DGASPC.
- Creşterea controlului asupra modului de aplicare a legislației, mai ales prin prisma abuzurilor şi a neregulilor sesizate de către numeroase familii ale persoanelor cu dizabilități. Un exemplu este prezentat în Caseta 21.

[156] De exemplu, o persoană care a fost instituționalizată mulți ani s-ar putea să aibă nevoie de sprijin mai consistent în primul an de după dezinstituționalizare, însă această nevoie de sprijin se va diminua progresiv pe parcursul anilor.
[157] Salvați Copiii, World Vision şi Alpha Transilvana.

CASETA 21

Remunerarea asistenţilor personali ai persoanelor cu dizabilităţi grave

În perioada 2009-2013, persoanele cu dizabilități grave au sesizat numeroase abuzuri şi întârzieri în remunerarea asistenților lor personali (de obicei, membri de familie). În unele cazuri, salariul asistentului personal a fost plătit la nivelul indemnizației de însoțitor, care este mai mică. Aceste două tipuri de prestații sunt folosite după cum urmează:

Legea 448/2006 privind protecția şi promovarea drepturilor persoanelor cu handicap face referire la asistentul personal în felul următor: „Art. 42 alin. 4: 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 şi primirea unei indemnizații lunare." Indemnizația lunară este mai mică decât salariul asistentului personal, fiind echivalentul salariului net al unui asistent social debutant cu studii medii din sistemul public.

În septembrie 2010, guvernul a emis Ordonanța nr. 84/2010, ce permite autorităților locale să ignore opțiunea părinților sau a persoanelor cu dizabilități şi să treacă automat de la plata salariului asistentului personal la cea a indemnizației de însoțitor, efectuată direct persoanei cu dizabilități. Această schimbare a fost justificată de imposibilitatea autorităților locale de a acoperi salariile asistenților personali şi de blocarea posturilor în sistemul public. În urma acestei reglementări, marea majoritate a asistenților personali nu şi-au primit salariile timp de peste şase luni în 2010 şi 2011 sau au fost concediați (colectiv) de către primării, salariile lor fiind înlocuite automat de indemnizațiile de însoțitor. Asistenții personali au pierdut contractele de muncă şi, prin urmare, drepturile de asigurări de sănătate şi cele sociale. Numărul proceselor intentate de asistenții personali împotriva autorităților publice locale a crescut semnificativ în 2011 şi 2012.

Legislația a fost modificată pentru a se reveni la situația din 2006, însă autoritățile locale adoptă în continuare aceeaşi practică. În prezent, multe familii vorbesc despre presiunea puternică exercitată de primării, mai ales în mediul rural, să accepte indemnizația în locul salariului asistentului personal (însoțit de un contract de muncă pentru asistent).

Mulți membri ai familiilor din România nu au altă posibilitate decât să devină asistenți personali pentru copiii lor cu dizabilități grave. Lipsa serviciilor de sprijin şi venitul mic al acestor asistenți nu oferă familiilor prea multe opțiuni. În aceste condiții, eliminarea acestei oportunități de a deveni asistent personal remunerat (cu contract/ asigurat) în cadrul familiei face ca multe dintre aceste familii să fie expuse riscului sărăciei, ceea ce pune în pericol bunăstarea acestui grup vulnerabil.

Surse: http://legeaz.net/legea-448-2006/art-42-asistentul-personal-servicii-si-prestatii-sociale; http://www.dsclex.ro/legislatie/2010/septembrie2010/mo2010_654.htm#oug84; http://www.mmuncii.ro/pub/imagemanager/images/file/Legislatie/LEGI/L%20136-2012.pdf

Există o nevoie aparte de servicii de sprijin pentru tinerii cu dizabilități ce trăiesc în comunitățile lor. Nevoile adulților cu dizabilități au fost adesea tratate ca şi cele ale persoanelor vârstnice. Cu toate acestea, în timp ce unele servicii de sprijin pot deservi ambele categorii (precum sprijin la domiciliu pentru persoanele cu dependențe complexe, asistență pentru realizarea activităților casnice zilnice şi îngrijire personală), există o gamă largă de nevoi specifice tinerilor cu dizabilități care, de obicei, nu se întâlnesc în cazul vârstnicilor. Printre acestea se numără: (i) nevoia de a obține şi a păstra o locuință accesibilă, de a trăi independent şi, în unele cazuri, de a gestiona bunurile financiare şi personale; (ii) nevoia de servicii de abilitare şi reabilitare adaptate nevoilor specifice ale adulților cu dizabilități şi oferite în contextul traiului independent; (iii) nevoia de pregătire profesională, formare, îndrumare profesională şi sprijin pentru angajare (toate adaptate la persoanele de diferite vârste şi în diferite etape ale ciclului profesional); (iv) nevoia de a accesa alte servicii comunitare (precum asistență medicală, servicii juridice, activități desfăşurate în aer liber, activități culturale şi centre de agrement); (v) nevoia de a avea o viață familială echilibrată (ceea ce implică, de exemplu, consiliere familială şi educație sexuală). Din aceste motive, serviciile pentru un trai independent reprezintă o categorie distinctă şi importantă, ce trebuie dezvoltată în anii ce urmează.

Continuarea planului național de transformare a spațiilor publice în locuri mai accesibile ar trebui să fie o prioritate majoră în domeniul dizabilității. Acest plan a fost inițiat în 2006 şi urmăreşte să sporească accesibilitatea serviciilor, precum a celor de transport, şi a mediului construit pentru persoanele cu dizabilități. Trebuie evaluat stadiul de implementare a planului în vederea continuării sale. Reînnoirea şi extinderea acestui plan prezintă o relevanță aparte pentru România având în vedere că respectarea art. 9 al Convenției ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (Accesibilitate) reprezintă o condiționalitate ex-ante generală pentru obținerea finanțării din fondurile structurale şi de investiții europene (ESI).[158]

Tranziția de la îngrijirea de tip rezidențial la servicii comunitare

Tranziția de la îngrijirea de tip rezidențial la serviciile comunitare în cazul adulților cu dizabilități rămâne o prioritate şi este inclusă în Strategia națională de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități (2015-2020). Procesul de dezinstituționalizare a adulților cu dizabilități a fost unul foarte lent. În timpul regimului comunist, serviciile de (re) abilitare şi îngrijire a persoanelor cu dizabilități din România erau acordate în instituții segregate de tip rezidențial, foarte mari. Condițiile de trai inacceptabile oferite persoanelor cu dizabilități în aceste instituții au fost aduse în centrul atenției în repetate rânduri de către numeroase organizații internaționale, activişti pentru drepturile persoanelor cu dizabilități şi mass-media. În ultimul deceniu, s-au făcut tot mai multe apeluri la acțiune adresate guvernului pentru a închide aceste instituții şi pentru a crea rapid servicii comunitare în locul lor. Cu toate că vechile instituții mari de tip rezidențial au fost, în mare parte, transformate în centre de reabilitare[159] şi modernizate într-o oarecare măsură, practicile generale de îngrijire nu au cunoscut o îmbunătățire simțitoare, iar procentul serviciilor reale şi eficiente de (re)abilitare este în continuare foarte redus în aceste instituții. Rapoartele recente ale Centrului de Resurse Juridice au ridicat serioase preocupări legate de calitatea serviciilor oferite în centrele mari de (re)abilitare şi în secțiile de neuropsihiatrie.

Trebuie să crească ritmul şi eficacitatea procesului de dezinstituționalizare a adulților cu dizabilități. În acest scop, responsabilii de politici ar trebui să aibă în vedere următoarele acțiuni: (i) elaborarea şi implementarea unui plan național pentru transferul progresiv al adulților cu dizabilități din centrele rezidențiale în case de tip familial cu maxim 50 de beneficiari (case sau apartamente închiriate în comunitate sau structuri rezidențiale de mici dimensiuni pentru persoanele cu dependențe majore sau afecțiuni medicale ce necesită servicii permanente de îngrijire medicală sau reabilitare); (ii) crearea unui mecanism permanent de monitorizare a tuturor formelor de abuz şi neglijare a persoanelor cu dizabilități din serviciile de tip rezidențial; (iii) încetarea tuturor noilor investiții în infrastructura actualelor centre de tip rezidențial, cu excepția cazului în care siguranța şi/sau viața actualilor beneficiari este pusă în pericol de lipsa unor astfel de investiții; (iv) consolidarea serviciilor de asistență socială la nivelul comunității şi investirea în serviciile comunitare, precum centre de zi şi alte servicii de sprijin pentru un trai independent sau asistat (cum ar fi transport, asistenți personali, dispozitive asistive şi interpreți).

[158] Comisia Europeană (2014a: 349).
[159] În prezent, acestea sunt coordonate din punct de vedere metodologic de către Direcția Protecția Persoanelor cu Handicap (din cadrul MMFPSPV), iar din punct de vedere administrativ şi financiar țin de DGASPC.

Servicii adresate persoanelor vârstnice

Se aşteaptă ca ponderea persoanelor vârstnice în populația totală să crească considerabil, ceea ce înseamnă că cererea de servicii medicale şi de îngrijire de lungă durată va înregistra o creştere constantă. Potrivit Recensământului din 2011, 16,1% din populația României avea 65 de ani şi peste (în jur de 3,24 de milioane de persoane). Conform previziunilor UE, acest procent va creşte rapid în viitorul apropiat şi va ajunge la aproape 30% în 2050. În 2011, peste 1,45 milioane de persoane aveau 75 de ani şi peste (7,2% din populația României). Această grupă de vârstă necesită o atenție specială din partea responsabililor de politici sociale având în vedere nevoia mai mare a populației în vârstă de servicii de îngrijire de lungă durată.

Persoanele vârstnice fără sprijin din partea familiei sunt expuse unui risc mai mare al sărăciei şi excluziunii sociale. Aşa cum s-a menționat deja, populația în vârstă a României prezintă un risc relativ scăzut de sărăcie comparativ cu alte grupe de vârstă, mai ales copiii şi tinerii, însă riscurile cu care se confruntă se datorează pensiilor mici (pensii din agricultură, pensii de boală sau de urmaş) şi incidenței mai mari a problemelor de sănătate.[160] Vârstnicii fără sprijin familial sunt expuşi unui risc mult mai ridicat al sărăciei, în special femeile în vârstă (vezi profilurile sărăciei din capitolul Categorii sărace şi vulnerabile). Numărul persoanelor vârstnice fără sprijin familial se aşteaptă să crească pe viitor, mai ales din cauza migrației în masă peste hotare a populației active.

Guvernul a făcut un prim pas spre definirea sistematică a nevoilor sociale şi medicale ale persoanelor în vârstă în anul 2000, când a introdus Grila națională de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice. Aceasta include toate elementele necesare pentru a evalua situația socio-economică a persoanei în vârstă, starea sa de sănătate şi nevoile de îngrijire asociate, astfel încât să se determine trei niveluri de nevoi de îngrijire şi tipurile de servicii sociale şi medicale necesare. Grila ține cont de preferințele beneficiarului şi ale persoanei care are grijă informal de acesta, precum şi de disponibilitatea serviciilor locale. În prezent, sunt în pregătire reforme legislative în vederea unificării procedurilor de evaluare folosite pentru persoanele cu dizabilități şi cele în vârstă.

Reglementarea, dezvoltarea şi finanțarea unui spectru larg de servicii adaptate nevoilor specifice ale vârstnicilor dețin o importanță majoră. Trebuie puse la dispoziția populației în vârstă mai multe servicii eficiente în comunitățile rurale şi urbane, în special celor fără sprijin familial şi/sau cu dependențe complexe. În prezent, în România, gama serviciilor de îngrijire (inclusiv îngrijire la domiciliu şi îngrijire de lungă durată), dar şi numărul angajaților acestor servicii sunt insuficiente. Trebuie dezvoltate toate tipurile de servicii de îngrijire, inclusiv centre de îngrijire, centre de respiro, centre de zi şi servicii sociale furnizate la domiciliu pentru persoanele dependente.

MMFPSPV şi Ministerul Sănătății trebuie să creeze o rețea integrată a serviciilor sociale, medicale şi de îngrijire la domiciliu. Aşa cum indică datele Recensământului din 2011, aproximativ 6-7% din populația în vârstă a României are nevoie de servicii de îngrijire la domiciliu, însă doar 0,23% beneficiază efectiv de astfel de servicii în momentul de față. Numărul cererilor de îngrijire de lungă durată, la domiciliu sau în centrele de tip rezidențial creşte constant şi 81% dintre furnizorii români de servicii raportează o creştere permanentă a cererilor de servicii din partea vârstnicilor.[161] În multe gospodării, veniturile bătrânilor nu sunt suficiente pentru a le acoperi costurile legate de medicamente, hrană şi utilități. Din acest motiv, multe persoane în vârstă preferă îngrijirea de lungă durată într-o instituție de tip rezidențial. Totuşi, nivelul acestor servicii este în continuare insuficient. În România, există la ora actuală 393 de centre de tip rezidențial, din care 67 nu sunt acreditate, iar capacitatea lor totală nu depăşeşte 17.000 de locuri.[162] Responsabilii de politici trebuie să acorde prioritate creării unei rețele ample de servicii de îngrijire la domiciliu accesibile ca preț şi centrate pe persoană în mediul urban şi rural, dezvoltării infrastructurii TIC şi a noilor tehnologii care ar putea veni în sprijinul nevoilor persoanelor vârstnice la domiciliu şi diversificării îngrijirilor astfel încât acestea să includă centre de îngrijire, teleasistență, centre de zi, servicii integrate etc. Pe termen lung, aceste acțiuni ar reduce semnificativ presiunea exercitată asupra sistemului instituțional de îngrijire.

Servicii adresate persoanelor aflate în alte situaţii vulnerabile

Pe lângă grupurile vulnerabile mari, mai precis copiii, persoanele cu dizabilități şi persoanele vârstnice, guvernul ar trebui să urmărească şi reglementarea, dezvoltarea şi finanțarea serviciilor sociale adaptate nevoilor altor grupuri vulnerabile, inclusiv ale adulților privați de libertate sau în

[160] Vezi, de asemenea, şi CNPV (2013) – Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice.
[161] Conform proiectului SeniorNet al Confederației Caritas - http://www.seniorinet.ro/.
[162] http://www.seniorinet.ro/.

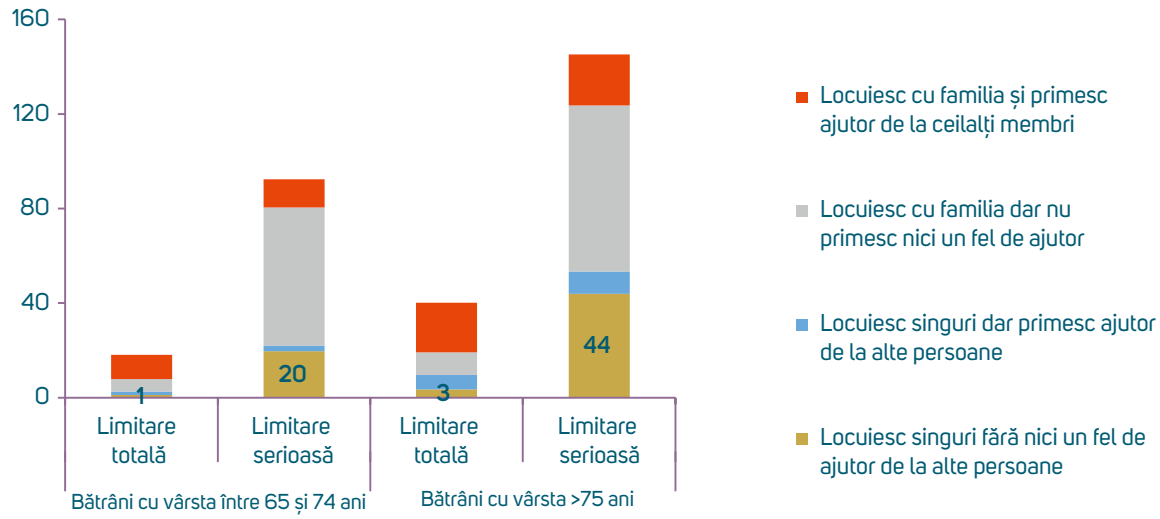
CASETA 22

Persoanele vârstnice aflate în situaţii vulnerabile, potrivit datelor Recensământului din 2011

Dintre românii de 65 de ani şi peste, sub 1% trăiesc în instituții, iar restul trăiesc în familie. Peste 26% locuiesc singuri, 28% locuiesc în gospodării cu alte persoane în vârstă (majoritatea acestora reprezintă cupluri de pensionari) şi 45% trăiesc cu familia extinsă. Persoanele cu vârste cuprinse între 65 şi 74 de ani reprezintă 55% dintre bătrâni, iar femeile ating un procent de aproape 60%. Majoritatea persoanelor vârstnice trăiesc în mediul rural (55%).

Potrivit Recensământului din 2011, 14% dintre persoanele vârstnice au declarat că activitatea lor zilnică este limitată din cauza uneia sau mai multor probleme de sănătate ce le afectează vederea, auzul, mersul sau urcatul scărilor, memoria sau concentrarea, îngrijirea personală sau comunicarea. Peste 242.000 de vârstnici au raportat serioase limitări, din care aproximativ 5.000 locuiau în structuri de tip rezidențial şi 237.000 trăiau în familie. În plus, peste 62.000 de persoane vârstnice au raportat o limitare totală din cauza problemelor de sănătate, din care în jur de 4.000 trăiesc în instituții şi 58.000 în familie. Aproximativ 212.000 de bătrâni (sau 6,5% dintre persoanele de 65 de ani şi peste) se confruntă cu limitări serioase sau totale, dar nu beneficiază de ajutorul familiei şi, prin urmare, au nevoie de sprijin pentru realizarea activităților lor zilnice. Dintre aceste persoane, 68.200 locuiesc singure, 127.000 au 75 de ani şi peste şi 47.300 sunt persoane singure de 75 de ani şi peste.

Sprijinul acordat de familie persoanelor vârstnice cu limitări totale sau serioase datorate problemelor de sănătate, pe grupe de vârstă



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele Recensământului din 2011.
Notă: Limitări totale sau serioase încadrate în oricare dintre următoarele categorii medicale: vederea, auzul, mersul sau urcatul scărilor, memoria sau concentrarea, îngrijirea personală sau comunicarea.

supravegherea serviciilor de probațiune, ale persoanelor dependente de droguri, alcool sau substanțe, ale victimelor traficului de persoane şi ale victimelor violenței. Aceste servicii ar trebui create în colaborare de către MMFPSPV şi Administrația Națională a Penitenciarelor (responsabilă de Strategia națională de reintegrare socială a persoanelor private de libertate 2015-2019, HG 389/2015), Agenția Națională Antidrog (responsabilă de Strategia națională antidrog 2013-2020, HG 784/2013), Agenția Națională Împotriva Violenței Domestice (responsabilă de Strategia națională pentru prevenirea şi combaterea fenomenului violenței în familie 2013-2017, HG 1156/2012) şi Agenția Națională împotriva Traficului de Persoane (responsabilă de Strategia națională împotriva traficului de persoane 2012-2016, HG 1142/2012).

A. Servicii adresate adulţilor privaţi de libertate sau în supravegherea serviciilor de probaţiune

În prezent, în România nu există un sistem eficient pentru promovarea incluziunii sociale a foştilor deținuți, după eliberarea acestora din închisoare. Politici necorespunzătoare de integrare pot afecta negativ posibilitățile de ocupare ale acestor persoane, precum şi accesul la o locuință, documente de identitate, prestații sociale şi servicii de sănătate mentală. Prin urmare, pentru foştii deținuți, riscul de excluziune socială este mare şi mulți dintre aceştia recurg din nou la activități infracționale, din nevoie. Administrația Națională a Penitenciarelor (ANP) estimează că între 60% şi 80% din actualii deținuți vor ajunge din nou în închisoare. Oricum, în prezent nivelul de recidivă este ridicat, 45% din deținuții din 2013 fiind recidiviști.

În perioada 2010- 2013,[163] sistemul închisorilor şi cel de probațiune au resimțit o presiune foarte mare, din cauza numărului mare de deținuți şi al celor eliberați sub supravegherea sistemului de probațiune. Populația din închisoare a crescut de la 28.244 (în 2010) la 33.434 (în 2013). Dintre aceştia din urmă, peste 10.000 au fost eliberați sub supraveghere în 2013 (față de aproximativ 8.000 în 2010) şi 659 au fost eliberați condiționat. Ca în majoritatea statelor membre ale UE27, închisorile din România sunt suprapopulate, depăşind rata de ocupare de 100%.[164]

Există mai mulți factori care expun populația din penitenciare la un risc ridicat de excluziune socială.[165] Majoritatea deținuților sunt bărbați (peste 90%), cu un nivel scăzut de studii. Un număr semnificativ dintre aceştia au urmat doar învățământul primar, în timp ce doar un sfert au absolvit învățământul vocațional. Înainte de a fi închişi, jumătate dintre ei erau şomeri sau lucrau la negru. Cu toate acestea, majoritatea deținuților au o atitudine pozitivă față de muncă şi formare profesională. Deşi s-au făcut eforturi pentru a-i ajuta pe deținuți să îşi găsească un loc de muncă după eliberare, aceştia au la dispoziție puține oportunități viabile de angajare, atât în timpul detenției, cât şi după eliberare, mai ales după apariția crizei economice.

În general, nivelul scăzut de educație şi instruire reprezintă unul din principalii factori ai excluziunii sociale a prizonierilor. Statisticile europene arată că maximul 25% din populația adultă din penitenciarele din statele membre UE (inclusiv România) beneficiază de vreo instruire în timpul detenției.[166] Conform estimărilor la nivel european, doar între 3 şi 5% din populația din penitenciare are nivelul de educație corespunzător pentru a urma învățământul terțiar.[167] În plus, deținuții percep învățământul într-un mod negativ, ca urmare a propriilor experiențe negative din timpul şcolii şi nu văd utilitatea pe termen lung a programelor socio-educative.[168] Anumitor categorii de deținuți, ca minorii, femeile şi cetățenii străini, le este mai greu să aibă acces la educație în timp ce sunt închişi.

Sistemul penitenciarelor şi de probațiune nu dispun de suficient personal socio-educativ şi psihosocial, care să îi ajute pe deținuți, pregătindu-i pentru reintegrarea în societate, reducând astfel riscul de recidivă. Standardele europene recomandă un psiholog/ asistent social la fiecare 200 de deținuți şi un educator pentru aproximativ 100 de deținuți. Cu toate acestea, conform datelor ANP,[169] în 2013, în închisorile din România lucrau doar 659 specialişti în domeniul socio-educativ. În plus, asistenților sociali - care joacă un rol important în sprijinirea reabilitării sociale a deținuților - nu le este permis (prin regulile interne din

[163] ANP (2013).
[164] În România sunt 36 de închisori (dintre care patru sunt pentru minori şi tineri, una pentru femei şi încă şase secții pentru femei în închisori mixte), şase spitale penitenciar şi două centre de corecție. Dintre penitenciare, 16 sunt în regim deschis sau semi-deschis, iar 17 în regim închis, de maximă securitate.
[165] IRECSON (2012) prezintă rezultatele unui sondaj realizat pe un eşantion de 5000 de deținuți, reprezentativ la nivel național.
[166] GHK Consulting (2013).
[167] Conform legislației române, deținuții de toate vârstele au dreptul să beneficieze de formare profesională generală şi de educație non-formală, în timpul detenției. Începând cu 2011, guvernul a introdus un sistem de credite, prin care deținuții care participă şi finalizează programe educaționale sau alte activități (ca diferite tipuri de munci) primesc puncte. Acumularea de puncte le aduce deținuților beneficii suplimentare, ca vizite ale membrilor familiei. În anumite situații, dacă deținuții termină programele de educație generală sau de calificare, sentința le poate fi redusă cu un anumit număr de zile. Deținuții care urmează învățământul universitar sau cursuri de calificare pot primi şi o sumă de bani lunar, echivalentul venitului minim garantat.
[168] Dâmboeanu (2011).
[169] ANP (2013).

penitenciare) să viziteze locuințele deținuților, pentru a le vedea condițiile de viață. În 2013, sistemul de probațiune avea mai puțin de 400 de ofițeri, pentru aproximativ 10.000 de persoane în supravegherea sa.[170] În plus, nu există niciun fel de formare specifică continuă pentru fiecare tip de personal, din penitenciare sau din sistemul de probațiune.[171] Şi nici nu există spațiul corespunzător sau materiale suficiente pentru a organiza eficient activități educative şi psihosociale în penitenciare.

Nu a fost posibil ca deținuții să aibă acces suficient la servicii medicale generale sau la servicii specializate (de exemplu, programe de tratament cu metadonă pentru dependenții de droguri sau teste pentru depistarea HIV, a hepatitei B sau a hepatitei C). De asemenea, nici serviciile medicale din comunitate nu sunt disponibile suficient pentru a le asigura asistență medicală deținuților, după eliberare.[172] În primul rând, cultura din penitenciare perpetuează condiții şi practici care pun în pericol sănătatea fizică şi mentală a deținuților (igienă precară, tatuaje, consum de droguri, mai ales a celor injectabile, consum de alcool, violență şi abuz psihologic în rândul deținuților). În al doilea rând, odată întorşi în comunitate, deținuții se găsesc în condiții care le limitează accesul la servicii medicale şi de recuperare, mai ales la intervenții majore, ca cele chirurgicale, tratament anti-TBC şi tratament psihiatric. Printre aceste condiții se numără stigmatizarea, lipsa asigurărilor medicale, a documentelor de identitate sau a unui domiciliu stabil, sau resurse financiare insuficiente pentru a achiziționa servicii medicale.

Reglementarea, dezvoltarea şi finanțarea serviciilor post-detenție la nivelul comunității sunt esențiale pentru a asigura incluziunea eficientă a foştilor deținuți. După ce părăsesc închisorile, foştii deținuți tind să fie marginalizați din punct de vedere social, din cauza lipsei serviciilor esențiale post-detenție, într-un moment în care nu dispun de capital economic sau social şi când, de multe ori, sunt stigmatizați de comunitate.[173] Strategia Națională pentru integrarea socială a persoanelor private de libertate 2015-2019 vede procesul de integrare ca pe un proces continuu, care începe în penitenciar şi continuă după eliberare. Datele existente sugerează că este nevoie ca măsurile de integrare să fie adaptate deținuților, atât atunci când sunt închişi, cât şi după eliberare. Cum nu există prea multe servicii post-detenție, mulți deținuți care primesc acest suport în penitenciare sunt privați de el odată eliberați. În continuare nu există o legislație relevantă pentru organizarea serviciilor suport post-detenție. Serviciile existente trebuie dezvoltate şi integrate (de exemplu, cele care urmăresc reducerea efectelor nocive şi de reabilitare socială) continuu, făcând o legătură între viață în detenție şi viața pe care persoana respectivă o are apoi în comunitate. Aceste măsuri ar trebui să se concentreze pe reducerea riscului de recidivă, pe o mai bună integrare a foştilor deținuți pe piața forței de muncă şi pe reducerea stigmatizării sociale şi instituționale asociate cu statutul de deținut.

Sistemul de probațiune este responsabil cu gestionarea reintegrării sociale a persoanelor condamnate, cu pedepse neprivative de libertate, servind drept punte între sistemul judiciar (în timp ce se execută pedeapsa) şi comunitate.[174] Între 2007 şi 2011, numărul persoanelor care aveau de executat pedepse neprivative de libertate, sub supravegherea serviciului de probațiune, a crescut treptate de la 7673 la 12.857 cazuri. Se estima că la momentul la care noul cod penal va intra în vigoare, în 2014, numărul cazurilor administrate de sistemul de probațiune ar fi fost de 34.000, urmând să crească şa 48.400 în anii următori. Pe măsură ce cifrele la nivel național sunt în creştere si Uniunea Europeană încurajează alternativele la detenție, administrarea eficientă a procesului de probațiune pentru fiecare infractor aflat în evidență va necesita resurse semnificative.[175] În prezent nu există o strategie sectorială publică pentru sistemul de probațiune.

În acest context, parteneriatele dintre serviciile de probațiune, administrațiile locale şi/sau centrale şi societatea civilă pot reprezenta o soluție. În multe țări

[170] Sistemul de probațiune este coordonat de Direcția Națională de Probațiune, subordonată Ministerului de Justiție. Există servicii de probațiune în fiecare reședință de județ şi în București, ca urmare a restructurării serviciilor de probațiune de pe lângă tribunale. Numărul maxim de persoane în aceste structuri teritoriale a fost de 370 în 2013, 663 în 2014, 945 în 2015 şi un număr previzionat de 1177 posturi în 2016. Personalul din fiecare serviciu de probațiune este alcătuit din şeful de serviciu şi ofițerii de probațiune, care trebuie să aibă studii universitare şi să dețină o diplomă în asistență socială, psihologie, pedagogie, drept sau sociologie.

[171] Datele ANP (2013) arată că peste 3000 de angajați ANP au urmat o formare continuă în măsuri de prevenire şi control, însă personalul din domeniul socio-educativ nu au beneficiat de nicio formare.

[172] ANP (2014b). Conform Legii privind asistența socială (2011), deținuții pot beneficia de servicii educaționale, sociale şi de consiliere psihologică, precum şi de asistență medicală, gratuit, în penitenciare. Aceste servicii ar trebui furnizate ca parte a unui sistem integrat, cu servicii educaționale, psihologice, asistență socială, formare profesională şi vocațională, care sunt asigurate de Ministerul Educației, Ministerul Sănătății, Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale şi al Persoanelor Vîrstnice sau ONG-uri, în parteneriat cu Administrația Națională a Penitenciarelor. În timpul detenției, aceştia pot beneficia şi de consiliere cu privire la serviciile sociale disponibile în comunitatea în care vor locui după eliberare. Același tip de consiliere este disponibilă şi în cadrul serviciilor de probațiune. În plus, penitenciarele trebuie să asigure servicii prin care se reduce riscul de vătămare (sesiuni educative privind sănătatea, teste pentru HIV, hepatită B sau C şi tratamente de substituție cu metadonă pentru dependenții de droguri), dar şi măsuri specifice pentru reintegrarea socială a deținuților care îşi revin după o dependență de droguri (în trei comunități terapeutice, în Jilava, Rahova şi Târgşor).

[173] ANP (2014b) - Administrația Națională a Penitenciarelor.

[174] Acesta operează ca parte a sistemului judiciar, însă are legături puternice cu organizații şi instituții publice, private şi non-profit care asigură servicii sociale. Sistemul de probațiune este finanțat de la bugetul de stat, însă dezvoltarea sa instituțională a fost puternic sprijinită de proiecte finanțate din surse externe.

[175] Serviciile de probațiune le asigură persoanelor pe care le au în evidență următoarele servicii: consiliere psihologică, asistență pentru găsirea unui loc de muncă şi mediere, formare, asistență pentru a avea acces la îngrijire medicală şi la serviciile comunitare de suport.

europene fondurile structurale UE sunt folosite adesea pentru reintegrarea deținuților, însă în prezent, în România, nu există o cooperare foarte bună între penitenciare şi sistemele de probațiune, pe de o parte, şi instituțiile din comunitate, de cealaltă parte. De exemplu, conform legislației în vigoare (Legea 275/2006 privind executarea sentințelor), în penitenciare se vor organiza cursuri de şcolarizare pentru ciclul primar, gimnazial şi liceal. Cu toate acestea, deşi sistemul reuşeşte adesea să satisfacă nevoia pentru învățământ primar, de multe ori nu poate asigura cursurile gimnaziale, din cauza faptului că profesorii din comunitate refuză să predea în comunitate sau a faptului că inspectoratele şcolare susțin că nu dispun de resursele necesare pentru organizarea acestor cursuri. Un studiu[176] din 2011 a arătat că, la nivel local, există o lipsă de cooperare între penitenciare şi serviciile de probațiune (care nu dispun de personal suficient pentru a-i acorda asistență personalizată fiecărui deținut eliberat cu măsuri de supraveghere), Direcțiile de asistență socială şi protecția copilului (care, de multe ori, sunt reticente când vine vorba ca un copil să meargă la penitenciar pentru a-şi vizita un părinte), Casa de pensii şi chiar ONG-uri (a căror misiune poate nu reflectă nevoia de reintegrare socială a deținuților). Prin urmare, consolidarea cooperării dintre penitenciare, serviciile de probațiune şi instituțiile de la nivel local şi central care joacă un rol în reintegrarea socială a deținuților va fi vitală pentru ca România să îşi poată atinge ținta privind incluziunea socială.

CASETA 23

Servicii de integrare pe piaţa muncii a foştilor deţinuţi în judeţul Arad

Cercetarea calitativă întreprinsă pentru acest studiu de fundamentare a confirmat rezultatele rapoartelor şi documentelor disponibile, potrivit cărora există puține servicii care acordă sprijin foştilor deținuți, fie că e vorba de servicii de pregătire şi integrare pe piața muncii sau de servicii de promovare a incluziunii sociale. Cu toate acestea, în județul Arad se remarcă o serie de inițiative locale ce răspund nevoilor acestei categorii sociale vulnerabile.

Două instituții publice sunt implicate în promovarea serviciilor de integrare pe piața muncii a foştilor deținuți în Arad. Serviciul de Probațiune este principalul responsabil pentru incluziunea socială a persoanelor condamnate ce nu se află în detenție, iar cealaltă entitate este Direcția Generală de Asistență Socială şi Protecția Copilului (DGASPC), printr-un proiect finanțat de Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 (POS DRU). În plus, interviurile realizate cu reprezentanții Serviciului de Probațiune în cadrul cercetării calitative a studiului de fundamentare au indicat faptul că penitenciarul Arad oferă, ocazional, un oarecare sprijin educativ şi psihosocial informal anumitor foşti deținuți. Agenția Județeană pentru Ocupare a Forței de Muncă (AJOFM) nu lucrează în mod special cu această categorie, iar rolul său se limitează la a transmite posturile vacante Serviciului de Probațiune sau DGASPC.

Serviciul de Probațiune din Arad a fost creat în cadrul unui proiect pilot de către autoritățile centrale, în 1997. Conform legislației din 2014, Serviciul de Probațiune se adresează mai multor tipuri de clienți adulți: (i) persoane condamnate în cazul cărora judecătorul a solicitat un raport de evaluare; (ii) adulții în cazul cărora s-a dispus suspendarea pedepsei; (iii) adulți în cazul cărora s-a dispus amânarea pedepsei; (iv) adulți pentru care s-au dispus măsuri educative neprivative de libertate; (v) adulți eliberați condiționat din închisoare; (vi) deținuți sau foşti deținuți ce solicită sprijinul Serviciului de Probațiune; (vii) victimele infracțiunilor comise cu violență. Tipul de intervenție şi frecvența interacțiunii serviciului cu beneficiarii variază în funcție de tipul de pedeapsă şi regimul de executare.

Una dintre principalele provocări ale consilierilor de probațiune este timpul limitat avut la dispoziție pentru a lucra direct cu fiecare beneficiar, un demers esențial pentru orice încercare de reintegrare socială. Aceasta se datorează lipsei de personal. În Arad, sunt disponibili doar şase consilieri de probațiune, care lucrează cu 500 de beneficiari din diverse categorii, cu diferite tipuri de intervenții pentru fiecare client. Numărul beneficiarilor a crescut în ultimul timp şi se aşteaptă să crească şi mai mult având în vedere extinderea categoriilor supuse în prezent acestui tip de supraveghere, conform noului Cod Penal şi noului Cod de Procedură Penală. Reforma

[176] Dâmboeanu (2011).

CASETA 23 (continuare)

administrativă (Legea 252/2013) a trecut finanțarea sistemului de la instanțele locale la Direcția Națională de Probațiune din cadrul Ministerului Justiției, mărind presiunea asupra personalului existent. Acum, consilierii de probațiune trebuie să se ocupe de sarcini precum planificare bugetară, contabilitate sau achiziții publice, fără a avea pregătire corespunzătoare în domeniu.

Cu toate acestea, Serviciul de Probațiune din Arad încearcă să recurgă la o abordare personalizată, de la caz la caz, în relația cu foştii deținuți pentru a promova perspectivele de angajare. Serviciul de Probațiune a încheiat un parteneriat cu Inspectoratul Şcolar Județean, în baza căruia beneficiarii cu studii incomplete au acces la şcolile ce oferă programe de educație „A doua şansă". Conform acestui protocol, Inspectoratul monitorizează prezența şi rezultatele şcolare ale acestora. Se acordă şi sprijin ocazional, precum îmbrăcăminte, articole igienico-sanitare şi transport subvenționat, în urma unui parteneriat cu un ONG local. O relație similară cu AJOFM asigură accesul persoanelor supravegheate la listele cu locurile de muncă actualizate săptămânal. Dacă o persoană aflată sub supraveghere este interesată de un anumit loc de muncă, consilierul său de probațiune contactează angajatorul şi stabileşte un interviu. Serviciul de Probațiune ajută beneficiarii şi să îşi redacteze CV-ul şi le oferă îndrumare în legătură cu interviurile pentru un loc de muncă.

Foştii deținuți se confruntă cu numeroase obstacole majore în ceea ce priveşte găsirea unui loc de muncă. De exemplu, nu există suficiente cursuri de formare adresate lor. Acest lucru este exacerbat de gradul mare de stigmatizare asociată statutului de fost deținut, ceea ce înseamnă că puțini angajatori sunt dispuşi să îi ia în calcul ca posibili angajați. În interviurile din cadrul cercetării calitative, au fost menționate câteva cazuri de succes, dar acestea sunt considerate mai degrabă excepții de la regulă deoarece majoritatea beneficiarilor nu reuşesc să îşi găsească de lucru.

DGASPC Arad are un departament specializat ce promovează ocuparea persoanelor aparținând categoriilor vulnerabile. Acest departament a fost creat în cadrul proiectului POS DRU „Şanse egale pe piața muncii", menit să crească şansele de angajare ale persoanelor cu dizabilități. Finanțarea s-a încheiat în 2012, însă proiectul are o perioadă de sustenabilitate de trei ani. În această fază, proiectul a extins eligibilitatea la nivelul tuturor categoriilor vulnerabile din punct de vedere social, inclusiv foştilor deținuți. Reprezentanții DGASPC au raportat că se confruntă cu dificultăți similare celor întâmpinate de Serviciul de Probațiune în ceea ce priveşte încercarea de a identifica oportunități reale de angajare pentru foştii deținuți.

Sursa: Studiu calitativ realizat de Banca Mondială în iulie-august 2014, în vederea pregătirii acestui volum.

B. Servicii adresate persoanelor care au probleme cu alcoolul

Nu există un sistem național de colectare şi analiză a datelor care să permită realizarea unor estimări periodice a numărului de persoane care fac abuz de alcool (inclusiv a celor dependente). Singurele estimări disponibile în ceea ce priveşte abuzul de alcool în România sunt cele ale Organizației Mondiale a Sănătății (OMS).[177] Potrivit celor mai recente date disponibile, 3,8% dintre bărbații de 15 ani şi peste şi 1,1% dintre femeile de aceleaşi vârste fac abuz de alcool,[178] în timp ce dependența de alcool afectează 2% dintre bărbați şi 0,6% dintre femei.[179] Nu există alte date din sondaje recente care să documenteze nevoile şi profilul categoriilor predispuse la abuzul de alcool. De asemenea, nu există niciun sistem național de culegere și analiză a datelor care să permită o estimare periodică a numărului de indivizi care fac abuz de alcool (situația este aceeași în cazul dependenței). Prin urmare, este esențial să se stabilească modalități de identificare a acestor persoane astfel încât să se conceapă măsuri preventive adresate efectiv celor cu risc crescut.

La nivelul comunității, acțiunile actuale de prevenție sunt în general pasive, în timp ce activitățile desfăşurate în rândul elevilor constă mai degrabă în intervenții active. Principalele

[177] OMS (2014a).
[178] Abuzul de alcool se referă la consumul cronic cu efecte medicale, psihologice şi sociale asupra individului, precum şi la dependența de alcool (OMS, 2014a: 232).
[179] România este una dintre țările europene cu cel mai mare număr de decese cauzate de ciroză sau cancer hepatic datorat consumului de alcool (70-102 decese la 100.000 locuitori în 2013). În 2012, suma totală decontată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate pacienților spitalizați din cauza problemelor de sănătate provocate de consumul nociv de alcool a fost de 107.487.375,50 RON – în jur de 25 de milioane de EUR. În acelaşi an, s-au înregistrat 1.396 de accidente rutiere în care unul dintre şoferi se afla sub influența alcoolului (OMS, 2013b).

măsuri la nivel comunitar sunt: impunerea unei vârste minime legale pentru consumul de alcool (18 ani); toleranță zero față de condusul sub influența alcoolului; avertismente în presă despre riscurile asociate consumului excesiv de alcool la finalul reclamelor la băuturi alcoolice; interzicerea reclamelor la băuturi alcoolice în apropierea şcolilor şi în mass-media între orele 6 şi 22.[180] Intervențiile realizate în şcoli constă în cursuri opționale de educație pentru sănătate în clasele I-XII şi concursul național al proiectelor antidrog „Împreună" care ajută, de mai bine de 10 ani, elevii din clasele IX-X să îşi pună în practică ideile legate de prevenirea consumului de droguri în licee.[181]

Pe lângă oferta insuficientă de servicii, accesul la serviciile existente este împiedicat de o serie de factori, inclusiv de lipsa resurselor umane specializate, lipsa informării şi de stigmatizare. Peste 80% dintre persoanele care au probleme cu alcoolul nu au apelat la serviciile disponibile actualmente pentru că nu ştiau de existența lor. Cei care recurg la aceste servicii sunt, de obicei, într-o stare avansată a abuzului de alcool, majoritatea fiind dependenți.[182] Cu toate acestea, principala barieră în accesarea acestor servicii este stigmatul ce apare atunci când o persoană este identificată ca având o problemă cu alcoolul. 70% dintre medicii specialişti, peste 50% dintre beneficiarii tratamentului şi 80% dintre persoanele cu probleme de consum de alcool care nu au apelat la servicii specializate au identificat stigmatul ca principala barieră în accesarea serviciilor.[183]

În România, nu s-a realizat nicio evaluare a eficienței şi a impactului măsurilor de prevenție, recuperare şi reintegrare socială în sfera consumului şi abuzului de alcool. În cazul populației şcolare, singurul instrument ce adună date referitoare la impactul măsurilor de prevenție este Proiectul european de sondaje privind alcoolul şi alte droguri în şcoli (ESPAD), la care România contribuie din 2004.[184] Totuşi, nu există studii care să fi evaluat impactul măsurilor pasive sau active menite să prevină consumul şi abuzul de alcool în rândul adulților.[185]

CASETA 24

Cele mai bune practici – Centre de tratament şi reintegrare socială pentru persoanele dependente de alcool

Două centre de tratament şi reintegrare socială au fost înființate în 2011, în Bucureşti şi Târgovişte, sub coordonarea ONG-ului ALIAT, cu co-finanțare din partea Fondului Social European. Aceste centre oferă servicii de selecție şi evaluare a cazurilor (evaluări psihiatrice, evaluarea nivelului de consum al pacienților şi planuri personalizate de intervenție), tratament personalizat (consiliere psihologică adresată pacienților pentru a-i motiva şi a preveni recidiva, dar şi familiilor şi copiilor afectați de abuzul de alcool) şi asistență socială (consiliere juridică, consiliere profesională, evaluarea competențelor profesionale, acces la formare profesională şi medierea muncii). Centrele fac parte dintr-un mecanism de servicii intersectoriale ce implică psihiatri, psihologi, psihoterapeuți, asistenți sociali, psihopedagogi, consilieri juridici, consilieri vocaționali şi furnizori de formare profesională. Între 2011 şi 2014, cele două centre au ajutat 1.220 de persoane dependente de alcool (din care 400 au beneficiat şi de formare profesională) şi 440 de membri ai familiilor acestora, inclusiv copii. ALIAT dorește, de asemenea, să formeze 750 de medici generaliști din Bucureşti-Ilfov şi Sud-Muntenia pentru a recunoaşte primele semne ale dependenței de alcool şi pentru a implementa intervenții pe termen scurt care pot reduce nivelul de dependență al pacientului.

[180] În plus, se acordă servicii de informare, evaluare şi referire şi de către: (i) Centrele de Prevenire, Evaluare şi Consiliere Antidrog (CPECA) ale Agenției Naționale Antidrog din fiecare județ; (ii) cele patru Infocentre înființate de ALIAT în București, Câmpulung Moldovenesc, Miercurea Ciuc şi Craiova, în parteneriat cu spitalele locale; (iii) singura platformă de sănătate online pentru prevenirea şi tratarea abuzului de alcool (www.alcohep.ro), gestionată tot de ALIAT. Între 2010 şi 2013, ALIAT a implementat singura sa măsură activă de prevenție – Caravana Alcoohelp, o campanie mobilă în cadrul căreia au fost organizate evenimente în comunitățile urbane şi rurale cunoscute pentru nivelul ridicat al consumului de alcool.

[181] Pe lângă inițiativele Ministerului Sănătății, câteva alte instituții publice (Centrele de Prevenire, Evaluare şi Consiliere Antidrog ale Agenției Naționale Antidrog) şi ONG-uri desfăşoară anual acțiuni de prevenție adresate elevilor (precum sesiuni de informare în şcoli, competiții, tabere, evenimente sportive şi culturale).

[182] Medicii generaliști nu reuşesc, de obicei, să diagnosticheze din timp bolile asociate consumului de alcool, ci doar când acestea sunt într-un stadiu destul de avansat. Astfel, 55% dintre pacienții cu probleme de alcool au primit informații legate de abuzul de alcool din partea medicului lor generalist şi 44% au fost trimişi la un serviciu de specialitate, comparativ cu doar 2% şi 3% dintre non-pacienți (ALIAT, 2011).

[183] ALIAT (2011).

[184] Hibell et al (2012).

[185] Deşi implementarea Strategiei naționale antidrog 2005-2012 (ANA, 2005a) a beneficiat de o evaluare finală în 2012, aceasta s-a concentrat asupra măsurilor de reducere a cererii şi ofertei de droguri ilegale, nu asupra alcoolului.

În prezent, nu există un document strategic național pentru prevenția, recuperarea şi reintegrarea socială a persoanelor ce se confruntă cu abuzul de alcool. În principiu, reducerea cererii de alcool este unul dintre obiectivele Strategiei naționale antidrog, fiind de asemenea de-a lungul timpului o componentă a diferitelor programe naționale implementate de Ministerul Sănătății (inclusiv a unui program de promovare a sănătății şi a unui program de sănătate mintală). Cu toate acestea, nu există nicio instituție care să coordoneze efectiv toate acțiunile legate de prevenție, tratament şi îngrijire în acest sector. Mai mult, cu excepția documentelor redactate de Agenția Națională Antidrog (Strategia națională antidrog 2013-2020 şi Standardele sistemului național de asistență medicală, psihologică şi socială a consumatorilor de droguri), nu sunt disponibile linii directoare sau protocoale care să reglementeze tratamentul integrat al abuzului de alcool. Un sondaj realizat în 2011 de către Alianța pentru Lupta împotriva Alcoolismului şi Toxicomaniilor (ALIAT), a indicat faptul că, dintre toți psihiatrii secțiilor în care se tratează dependența, doar jumătate au beneficiat de pregătire în domeniul dependenței de alcool în ultimii trei ani şi aproape o treime nu aveau nicio astfel de pregătire. Procentul este şi mai ridicat la nivelul medicilor generaliști şi al celor cu alte specializări medicale, care pot juca un rol important în referirea persoanelor cu probleme legate de abuzul de alcool către serviciile specializate, 65% dintre ei nebeneficiind de niciun fel de pregătire pe această temă. Până în prezent, de formarea specialiştilor în domeniul identificării timpurii a abuzului de alcool şi al terapiilor comportamentale s-au ocupat mai ales ONG-urile.[186]

Intervenția este foarte necesară în condițiile în care, potrivit OMS, la fiecare persoană care are probleme cu alcoolul, sunt afectate în medie şapte alte persoane (familie, rude şi prieteni). Mai mult, studiile recente realizate de UNICEF[187] au arătat că nutriția copilului, neglijarea şi/sau abuzul copilului şi separarea acestuia de familie sunt puternic corelate cu abuzul de alcool al părinților.

Documentul de față recomandă guvernului să redacteze o strategie integrată multisectorială pentru prevenirea şi combaterea abuzului de alcool, atât în rândul adulților, cât şi al minorilor. Acest plan național ar trebui să fie însoțit de o metodologie clară pentru monitorizarea şi evaluarea realizărilor şi a rezultatelor măsurilor de prevenție, asistență şi recuperare adresate persoanelor cu probleme legate de abuzul de alcool.

C. Servicii adresate consumatorilor de droguri

Cu toate că există date referitoare la prevalența consumului de droguri ilegale de-a lungul vieții la nivelul populației generale, nu există evidențe clare cu privire la numărul consumatorilor de droguri cu risc crescut (sau consumatori

CASETA 25

Profilul consumatorilor de droguri injectabile

În 2012, consumatorul tipic de heroină prezenta următoarele caracteristici: bărbat de 30-39 de ani, cu un nivel scăzut de educație. Majoritatea au solicitat ajutor din proprie inițiativă. Majoritatea aveau un cămin stabil, trăiau cu părinții sau familia şi, în general, nu aveau niciun venit, fiind şomeri. Majoritatea au început să consume droguri la 15-19 ani, erau consumatori de lungă durată (cel puțin şase ani) şi au solicitat anterior tratament pentru consumul de substanțe cu proprietăți psihoactive. De obicei, îşi injectau heroină zilnic (majoritatea injectându-şi drogul în ultimele 30 de zile de dinaintea internării pentru tratament) şi majoritatea consumau exclusiv heroină (cu alte cuvinte, nu exista un policonsum de droguri sau consum secundar de alte droguri).

Consumatorul tipic de substanțe noi cu proprietăți psihoactive (SNPP) prezintă următoarele caracteristici: bărbat până în 40 de ani, cu un nivel scăzut de educație, utilizator al serviciilor medicale de urgență, trăieşte cu părinții/ familia într-un cămin stabil, cel mai probabil fără niciun venit sau elev/ student. Aproximativ unu din trei consumatori de SNPP au început să consume droguri înainte de împlinirea vârstei de 19 ani. Majoritatea consumau SNPP de maxim doi ani, cel mai adesea prin injectare, şi au experimentat policonsumul (inclusiv alcool, opiacee sau canabis).

Sursa: ANA și EMCDDA (2013).

[186] De exemplu, în 2013, ALIAT a implementat două programe de formare pentru specialiştii din domeniul medical şi psihosocial ce lucrează cu persoanele afectate de abuzul de alcool. Peste 130 de medici generaliști au participat la o sesiune de formare privind identificarea timpurie şi intervențiile pe termen scurt în cazul bolilor asociate consumului excesiv de alcool, iar 24 de specialiști au fost formați în domeniul terapiei prin artă şi al tehnicilor de terapie cognitiv-comportamentală (ALIAT, 2013).

[187] Precum Klingeman (2001), Stănculescu et al (2012).

problematici) la nivel național. Potrivit ultimelor date disponibile furnizate de Agenția Națională Antidrog pentru anul 2010,[188] 4,3% dintre românii de 15-64 de ani declară că au consumat droguri ilegale cel puțin o dată (inclusiv substanțe cu proprietăți psihoactive vândute sub denumirea de „etnobotanice", legale la momentul sondajului) şi aproximativ alte 4 procente au afirmat că au luat medicamente fără recomandarea medicului (tranchilizante, sedative şi antidepresive). Drogurile folosite cel mai des au fost „etnobotanicele" şi canabis, urmate de ecstasy, heroină şi cocaină – în ordinea descrescătoare a frecvenței.[189]

Consumatorii de droguri problematici şi cei cu risc crescut reprezintă principalele grupuri țintă ale politicilor guvernamentale concepute pentru a reduce vulnerabilitățile asociate drogurilor. Consumul cu risc crescut a fost definit de către Centrul European de Monitorizare a Drogurilor şi Abuzului de Droguri (EMCDDA) în 2012 ca fiind „consumul de droguri în mod repetat ce cauzează daune efective (consecințe negative) persoanei (inclusiv dependență, dar şi alte probleme psihologice sau de sănătate) sau pune persoana într-o situație de probabilitate/ risc crescut de a suferi astfel de daune."[190] Potrivit legislației române (Legea 143/2000, revizuită), drogurile de mare risc aflate sub control includ opiaceele, cocaina, fentanilul, derivatele şi „etnobotanicele." Substanțele precum canabis şi barbituricele intră într-o altă categorie – „droguri de risc."

În rândul consumatorilor de droguri cu risc crescut, consumatorii de droguri injectabile (CDI) prezintă o vulnerabilitate socială ridicată.[191] Consumul de droguri injectabile predispune individul la infecții cu transmitere hematogenă (precum HIV, virusul hepatitei B sau C), la condiții de trai precare şi la şomaj. Datele disponibile indică o creştere, în 2012, a prevalenței hepatitei B, hepatitei C şi HIV în rândul CDI, ultimele două depăşind mediile europene.[192]

Măsurile de reintegrare socială a consumatorilor de droguri cu risc crescut urmăresc două scopuri: (i) reducerea efectelor nocive asupra sănătății fizice şi mintale, asociate consumului de droguri injectabile (inclusiv infecții cu HIV, virusul hepatitei B sau C, supradoze, abcese la locul injectării şi efecte neurocognitive) şi (ii) sprijinirea şi încurajarea consumatorilor să renunțe la droguri şi să-şi refacă viața.

CASETA 26

Îngrijiri integrate pentru persoanele dependente

În 2013, în Bucureşti şi Ilfov erau disponibile următoarele servicii de îngrijire adresate persoanelor dependente:

- Cinci unități medicale ale Ministerului Sănătății, trei dintre care oferă servicii de dezintoxicare şi asistență medicală şi psihologică, iar două oferă servicii în ambulatoriu ce includ asistență medicală, psihologică şi socială şi tratament substitutiv cu metadonă, suboxonă sau naltrexonă pentru dependența de opiacee
- Trei centre ale Agenției Naționale Antidrog, ce oferă asistență medicală, psihologică şi socială pacienților în ambulatoriu şi asistență integrată persoanelor dependente, inclusiv tratament substitutiv cu metadonă, suboxonă sau naltrexonă pentru dependența de opiacee
- Trei centre/ clinici private din Bucureşti (administrate de Asociația Națională de Intervenții în Toxicomanii, PSYMOTION şi D&C Medical), care oferă asistență integrată persoanelor dependente, inclusiv tratament substitutiv pentru dependența de opiacee pacienților în ambulatoriu
- Două centre din Bucureşti, denumite Arena şi Titan, administrate de organizația neguvernamentală ARAS, care oferă asistență integrată persoanelor dependente (inclusiv tratament substitutiv pentru dependența de opiacee) în ambulatoriu
- Două centre ale Administrației Naționale a Penitenciarelor, situate în închisorile Jilava şi Rahova, care oferă asistență integrată deținuților dependenți (inclusiv tratament substitutiv pentru dependența de opiacee).

[188] ANA şi EMCDDA (2013). Ultimul sondaj ce a adunat date referitoare la prevalență a fost realizat de către Agenția Națională Antidrog în 2014, dar aceste date nu sunt încă disponibile.
[189] Există o asociere între droguri şi diferitele profiluri socio-demografice. De exemplu, solvenții şi medicamentele luate fără rețetă sunt cel mai des folosite de femeile adulte cu vârste între 45 şi 64 de ani. Heroina şi cocaina sunt cele mai răspândite în regiunile Bucureşti-Ilfov, Vest şi Centru, în timp ce solvenții/ substanțele inhalante sunt cel mai des consumate în regiunile Vest, Sud-Vest, Bucureşti, Nord-Est şi Nord-Vest. Există şi droguri care sunt consumate în aproape toate regiunile – etnobotanice, canabis şi ecstasy.
[190] EMCDDA (2012).
[191] Iliescu şi Georgescu (2013).
[192] Abel-Ollo et al (2014).

În România, majoritatea acestor inițiative au reprezentat proiecte implementate de ONG-uri şi/sau organizații publice.[193] Numărul acestor servicii a scăzut semnificativ în 2010, odată cu finalizarea programelor finanțate de Fondul Global de Luptă împotriva SIDA, Tuberculozei şi Malariei şi de Biroul ONU pentru Droguri şi Criminalitate (UNODC). Specialiştii estimează că restrângerea serviciilor reprezintă unul dintre principalii factori ce au determinat creşterea numărului de infecții cu HIV în rândul consumatorilor, în perioada 2010-2013.[194]

Pentru a oferi un răspuns de politică coerent, trebuie dezvoltate în continuare servicii integrate de îngrijire acordate persoanelor dependente (asistență medicală, psihologică şi socială) la nivel național.[195] În prezent, doar Bucureşti şi Ilfov dețin o gamă variată de servicii, inclusiv măsuri de reducere a riscurilor, disponibile atât în comunitate, cât şi în penitenciare.[196] Cu toate că furnizorii de servicii şi cadrele universitare active în domeniu au atras atenția guvernului asupra necesității unor servicii specializate de reducere a riscurilor şi de reintegrare socială adresate minorilor ce consumă droguri, nu s-au luat măsuri în acest sens până în prezent.

Pentru a asigura integrarea socială a consumatorilor de droguri problematici (CDP), serviciile de sănătate ar trebui integrate sau puternic corelate cu serviciile de reabilitare socială.[197] Consilierea psihologică/ psihoterapia şi sprijinul social ar trebui oferite CDP înainte şi după tratamentele de dezintoxicare, mai ales în cazul CDP care prezintă deficiențe neurocognitive cauzate de consumul cronic de droguri. În prezent, nu există suficiente servicii disponibile CDP ce trăiesc în comunități sau în detenție.

Serviciile preventive, mai ales cele din sectorul educației şi al sănătății, sunt vitale pentru reducerea consumului de droguri şi al consumului nociv de tutun şi alcool în rândul adolescenților. Responsabilii de politici ar trebui să aibă în vedere: (i) introducerea unor politici educaționale adecvate vizând prevenirea comportamentelor de risc în rândul adolescenților şi (ii) acordarea mai intensă a serviciilor de consiliere în materie de sănătate şi planificare familială adolescenților.

D. Servicii de reducere a riscului de a deveni victimă a traficului de persoane

Evidențele disponibile sugerează că femeile şi persoanele cu o situație socio-economică precară sunt extrem de vulnerabile la fenomenul traficului de persoane în

TABEL 30: Numărul victimelor traficului de persoane identificate

	Victime identificate * (număr)	Tendință (an anterior)	Victime ale traficului (număr)	Tendință (an anterior)
2013	896	-14%	419	-24%
2012	1,041	-1%	554	-9%
2011	1,048	-9%	606	-3%
2010	1,154	+32.5%	626	+94.5%
2009	780	-37%	322	+0.4%
2008	1,240	-30%	321	

Sursa: ANITP (2014a).

Notă: *Victime identificate în 2013 = victime ale traficului identificate în 2013 + victime ale traficului din anii precedenți, dar identificate în 2013.

[193] De exemplu, în perioada 2010-2013, ONG-ul ARAS (Asociația Română Anti-SIDA) a implementat un proiect care a ajutat foşti consumatori de droguri injectabile să se reintegreze pe piața muncii prin cursuri de calificare, consiliere şi orientare profesională şi medierea muncii. Totuşi, aceste activități au fost sistate odată cu finalizarea proiectului.
[194] Institutul Național de Boli Infecțioase "Prof. dr. Matei Balş" (2013), ANA şi EMCDDA (2014) şi Andrus et al (2014).
[195] Principiile ce stau la baza organizării şi furnizării serviciilor adresate consumatorilor de droguri în România sunt prezentate în Anexa 5, Secțiunea V.
[196] ANA şi EMCDDA (2014) şi Andrus et al (2014).
[197] EMCDDA (2003) ECDC şi EMCDDA (2011), EMCDDA (2012).

România.[198] Cel mai mare număr de cazuri se înregistrează în județele din regiunile Nord-Vest, Sud-Vest, Vest şi Centru.

Raportul din 2014[199] al Agenției Naționale împotriva Traficului de Persoane (ANITP) arată o scădere generală a numărului de victime ale traficului de persoane în 2013 comparativ cu anii precedenți, precum şi o diminuare a proporției victimelor provenite din mediul rural. Asemenea anilor anteriori, în 2013 riscul cel mai mare de a fi traficate l-au prezentat femeile (77%), persoanele cu un nivel scăzut de educație (47% cu cel mult opt clase) şi minorii (48%).[200] Cu toate acestea, nu există suficiente informații sistematice cu privire la caracteristicile traficului de ființe umane. Cu excepția datelor statistice adunate şi furnizate de autoritățile publice, s-au realizat puține studii recente (în ultimii cinci ani) care să descrie profilul şi nevoile persoanelor celor mai vulnerabile la trafic sau ale victimelor. Analiza statistică recentă a victimelor traficului de persoane identificate în perioada 1 ianuarie-30 iunie 2014, publicată de ANITP[201], confirmă faptul că tendințele sociale şi demografice prezentate mai sus au continuat în 2014.

Sistemul românesc de gestionare a victimelor traficului de persoane ar trebui construit în jurul Mecanismului național de identificare şi referire cu aplicare interinstituțională, care reprezintă un instrument intersectorial şi interinstituțional de monitorizare a copiilor exploatați, a celor cu risc de exploatare prin muncă, a copiilor victime ale traficului de ființe umane, a copiilor români migranți şi a victimelor altor tipuri de violență pe teritoriul altor state.[202] Agenția Națională împotriva Traficului de Persoane (ANITP) din cadrul Ministerului de Interne[203] este instituția centrală ce coordonează, monitorizează şi analizează politicile din domeniul traficului de persoane.[204] În prezent, acest sistem funcționează defectuos la nivelul identificării victimelor şi referirii acestora către serviciile de protecție şi asistență. Prin urmare, este necesară o evaluare care să determine măsura în care scăderea numărului victimelor identificate se datorează unei reduceri efective a fenomenului sau funcționării deficitare a Mecanismului național de identificare şi referire.

Serviciile disponibile create pentru prevenirea şi combaterea traficului de persoane şi pentru protecția şi reintegrarea socială a victimelor au o capacitate extrem de redusă de a-şi duce la îndeplinire atribuțiile.[205] Diversele demersuri preventive inițiate de către autoritățile publice şi ONG-uri nu sunt coordonate sau de durată şi nu au o acoperire națională. Singura intervenție permanentă este linia de asistență telefonică creată de ANITP, un număr gratuit la care poate suna oricine să ceară informații despre drepturile victimelor traficului de persoane şi despre serviciile disponibile la nivelul țării. Un raport din 2012 al Ministerului de Interne[206] a evidențiat capacitatea relativ scăzută de monitorizare şi evaluare a măsurilor de prevenire a traficului de persoane şi a sprijinului acordat victimelor. Această constatare relevă lipsa unor date actualizate şi complete care să permită analiştilor să facă estimări corecte ale fenomenului şi ale nevoii de servicii adresate victimelor, precum şi lipsa evaluărilor imparțiale ale impactului politicilor naționale din acest domeniu. În prezent, principalul raport ce evaluează rezultatele politicilor naționale din domeniu este cel realizat anual de Ambasada Statelor Unite în România.

Cel mai recent raport al Ambasadei SUA, referitor la anul 2014, arată că numărul psihologilor ce lucrează în actualele servicii nu atinge nivelul necesar, chiar dacă asistența psihologică constituie una dintre principalele modalități de a ajuta victimele traficului de persoane. În întreaga țară, există doar şase centre de tranzit pentru minorii neînsoțiți sau victime ale traficului de persoane, deşi copiii reprezintă aproape jumătate (48%) dintre victime.

[198] Traficul de persoane (conform art. 165 al Codului Penal) înseamnă recrutarea, transportarea, transferarea, adăpostirea sau primirea unei persoane în scopul exploatării sexuale comerciale sau necomerciale a acesteia, prin muncă sau servicii forțate, în sclavie sau în condiții similare sclaviei, de folosire în conflicte armate sau în activități criminale, de prelevare a organelor sau țesuturilor pentru transplantare, săvârşită prin: amenințare cu aplicarea violenței fizice sau psihice nepericuloase pentru viața şi sănătatea persoanei, inclusiv prin răpire, prin confiscare a documentelor sau servitute, în scopul rambursării unei datorii a cărei mărime nu este stabilită în mod rezonabil; înşelăciune; abuz de poziție de vulnerabilitate sau abuz de putere, dare sau primire a unor plăți sau beneficii pentru a obține consimțământul unei persoane care deține controlul asupra unei alte persoane, cu aplicarea violenței ce pune în pericol viața, sănătatea fizică sau psihică a persoanei; prin folosirea torturii, a tratamentelor inumane sau degradante pentru a asigura subordonarea persoanei ori prin folosirea violului, a dependenței fizice, a armei, a amenințării cu divulgarea informațiilor confidențiale familiei victimei sau altor persoane, precum şi a altor mijloace.

[199] ANITP (2014a).

[200] Numărul cel mai mare de victime ale traficului de persoane s-a constatat în județul Mureş (peste 40 de victime) şi în Iaşi, Dolj, Olt, Braşov, Bihor şi Timiş (între 21 şi 40 de victime). La polul opus, în 2013, nu s-a înregistrat niciun caz în județele Maramureş, Harghita şi Vrancea. Pentru mai multe detalii, vezi Harta 3. În general, femeile victime ale traficului de persoane sunt supuse exploatării sexuale, iar bărbații sunt exploatați prin muncă în agricultură şi construcții. Datele disponibile nu includ numărul cetățenilor străini identificați ca victime ale traficului de persoane pe teritoriul României.

[201] ANITP (2014b)

[202] Descrise în HG 49/2011.

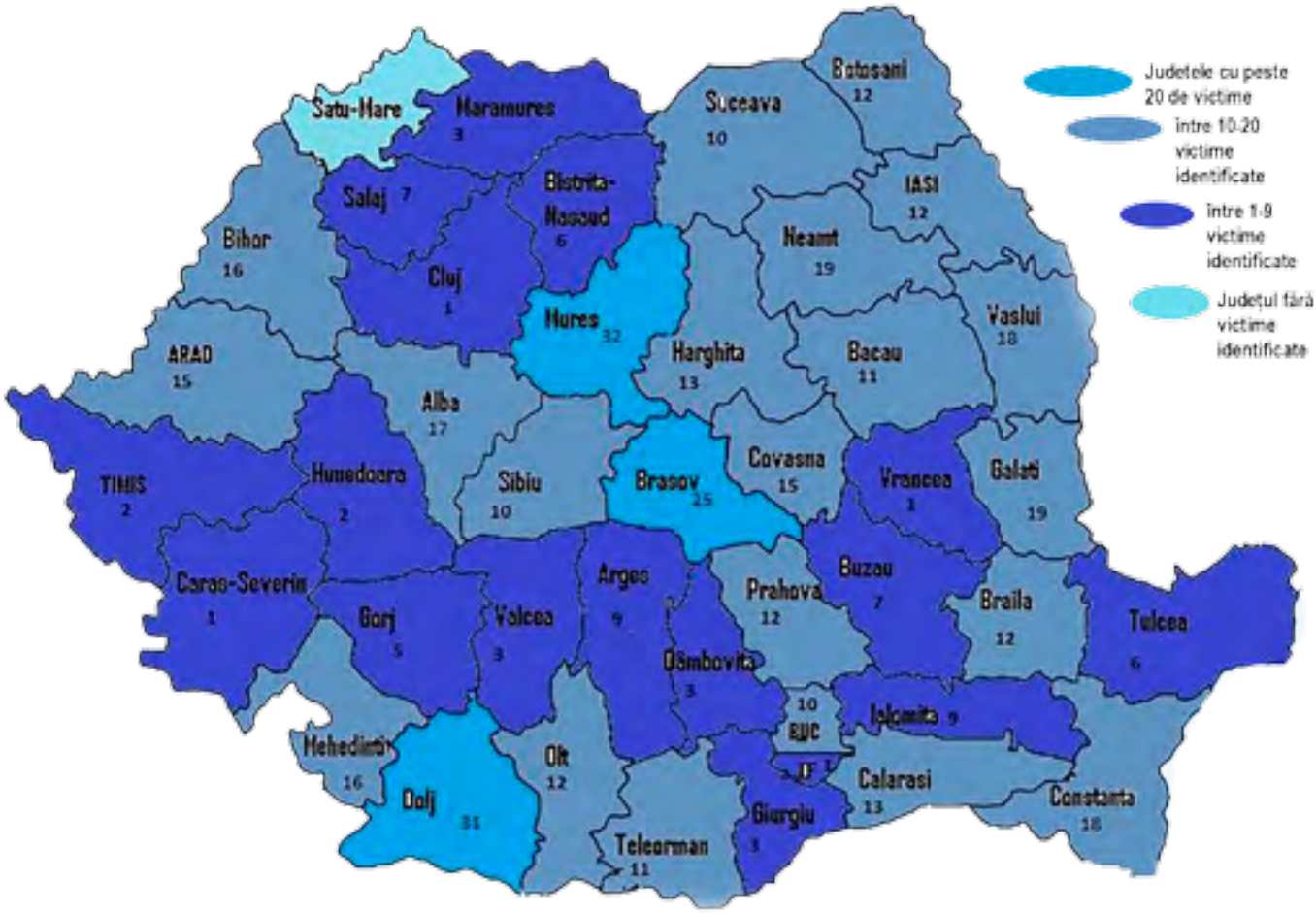
[203] În 2012, acest minister se numea Ministerul Administrației şi Internelor.

[204] ANITP deține 15 centre regionale în județele în care există curți de apel: Oradea, Cluj, Suceava, Iaşi, Bacău, Mureş, Alba, Timiş, Craiova, Argeş, Braşov, Galați, Prahova (Ploieşti), Constanța şi București. Principalele atribuții ale centrelor regionale sunt diagnosticarea şi monitorizarea fenomenului (inclusiv colectarea datelor referitoare la fiecare victimă identificată), referirea victimelor către serviciile de protecție, asistență şi reintegrare socială şi coordonarea activităților actorilor publici şi neguvernamentali activi în acest domeniu în regiune. Victimele care solicită să le fie protejată identitatea sau care refuză sprijinul sunt înregistrate ca şi cazuri anonime în scop statistic.

[205] Organizarea şi tipurile de servicii adresate victimelor traficului de persoane în România sunt prezentate în Anexa 5, Secțiunea VI.

[206] Ministerul Afacerilor Interne (2012).

HARTA 3: Judeţele de origine ale victimelor traficului de persoane, 2014



Sursa: ANITP (2014b).

Niciunul dintre aceste centre de tranzit pentru minori nu este situat în Bucureşti, cu toate că o mare parte dintre victime sunt repatriate cu avionul şi ajung la aeroportul internațional din Bucureşti. Când nu sunt transferați la unul din cele şase centre de tranzit, victimele minore sunt îndrumate către serviciile generale de protecție a copilului (din cadrul DGASPC), care nu sunt calificate să ofere asistență specializată victimelor traficului de persoane.[207]

Sub aspectul cererii, serviciile existente sunt accesate de un număr foarte mic de victime, şi pentru că aceste servicii adresate victimelor le restrâng drepturile. Raportul din 2014 al Ambasadei SUA evidențează faptul că, deşi există centre de asistență şi servicii de protecție în fiecare județ, doar una din trei victime înregistrate în 2013 (291 de persoane) au beneficiat de servicii specializate de protecție, asistență şi reintegrare. Potrivit legislației, victimele sunt acceptate în centrele de primire de tip rezidențial, la solicitarea lor. Cu toate acestea, victimele se plâng de faptul că le este restricționată libertatea de mişcare pe timpul şederii în aceste centre. În plus, în unele cazuri, deşi beneficiarii au dreptul la asistență medicală gratuită, accesul lor la servicii medicale specializate este limitat dacă nu sunt asigurați sau nu au acte de identitate.

[207] Ambasada SUA în România (2014).

În concluzie, reducerea riscului de a deveni victimă a traficului de persoane necesită inițiative multisectoriale integrate deoarece acest risc depinde de o varietate de factori – gen, vârstă, mediu familial, condiții de trai, valori personale şi nivelul de dezvoltare economică al mediului de rezidență al victimei.[208] Din cauza resurselor limitate disponibile şi a capacității instituționale reduse, inițiativele implementate actualmente la nivel național nu dau dovadă de integrare, continuitate şi acoperire corespunzătoare. Trebuie continuate eforturile de creştere a gradului de conştientizare a populației cu privire la riscurile şi formele traficului de persoane. Inițiativele de prevenire a traficului de persoane trebuie extinse şi dezvoltate la nivel național şi local prin campanii de sensibilizare, linii de asistență telefonică, programe şcolare şi distribuirea de materiale informative moderne şi interactive.

E. Servicii de reducere a riscului de a deveni victimă a violenţei

Se remarcă necesitatea colectării mai multor date cu privire la dimensiunea şi caracteristicile violenței domestice[209] în România. Ca şi în cazul altor țări, statisticile oficiale referitoare la acest fenomen sunt contradictorii la nivelul instituțiilor ce îndeplinesc roluri diferite (prevenție, asistență şi reglementare).[210] Mai trebuie încă elaborată o metodologie completă pentru înregistrarea numărului de persoane (victime şi autori), care să permită compararea cu numărul de infracțiuni sau cazuri sesizate instanței de către victime. În prezent, principalele statistici disponibile sunt cele privitoare la numărul victimelor violenței domestice care au acces la servicii sociale (gestionate de MMFPSPV)[211] şi cele privitoare la numărul infracțiunilor ce implică violență domestică (de competența Inspectoratului General al Poliției Române). Şi Ministerul Justiției deține date cu privire la numărul de dosare legate de incidentele de violență în familie, inclusiv dosare în care victimele au solicitat eliberarea unui ordin de restricție împotriva agresorului. Totuşi, din cauza toleranței ridicate a populației şi a autorităților față de violența domestică, există de asemenea numeroase cazuri „invizibile", ce nu sunt raportate sau incluse în statistici.[212]

Nu există măsuri naționale permanente pentru prevenirea[213] violenței în familie (inclusiv a abuzului emoțional şi a abandonului copilului) şi pentru reducerea factorilor de risc, cum ar fi dependența, dizabilitatea, problemele de sănătate mintală şi dependența economică. Potrivit raportului european al rețelei Women Against Violence Europe (WAVE),[214] România este unul din cele nouă state membre din UE-28 care nu au o linie națională de asistență telefonică pentru identificarea cazurilor de violență domestică împotriva femeilor şi pentru referirea victimelor către serviciile specializate. Experiența internațională demonstrează eficiența implementării inițiativelor integrate, care îmbină măsurile de prevenire a violenței în familie cu cele de reducere a acesteia. Astfel, documentul de față recomandă guvernului să ia în considerare implementarea următoarelor măsuri în perioada 2014-2020: (i) dezvoltarea intervențiilor psihoterapeutice şi a terapiilor comportamentale adresate familiilor afectate de abuzul de alcool sau substanțe; (ii) crearea mai multor inițiative de genul „Şcoala părinților" (care informează şi formează părinții pe teme legate de creşterea, îngrijirea şi educarea copiilor, cu accent pe adoptarea practicilor pozitive); (iii) dezvoltarea măsurilor psihoterapeutice şi a terapiilor comportamentale adresate victimelor violenței în familie şi agresorilor; (iv) dezvoltarea măsurilor psihoterapeutice şi a terapiilor comportamentale adresate copiilor cu tulburări de comportament (violență, abandon şcolar şi delincvență); (v) formarea profesorilor, a personalului medical şi a angajaților serviciilor sociale cu privire la procedurile de identificare şi referire a cazurilor de violență domestică spre serviciile specializate; (vi) desfăşurarea unor campanii de sensibilizare a populației pentru a face cunoscute prevalența şi efectele violenței în familie, alături de campanii menite să schimbe atitudinea şi comportamentul prin modificarea normelor sociale din România referitoare la violența domestică.

Câteva ONG-uri şi parteneriate public-private oferă servicii pentru prevenirea şi combaterea violenței în familie.

---

[208] Preda (coord., 2009).

[209] Potrivit legislației române (Legea nr. 271/2003), infracțiunile de violență domestică acoperă un spectru larg, precum abandon familial, privare de libertate, amenințarea de vătămare gravă, omor şi tentativă de omor.

[210] În 2013, au fost înregistrate 4.619 de infracțiuni domestice în dosarele penale. Majoritatea infracțiunilor (2.900 de cazuri) au constat în abandon familial, însă este îngrijorător faptul că aproape una din cinci infracțiuni s-au încadrat în categoria „lovire sau alte violențe" (864 cazuri) şi vătămare (57 cazuri), în timp ce 4,7% din totalul infracțiunilor au reprezentat crime (115 cazuri), loviri sau vătămări cauzatoare de moarte (20 de cazuri) şi tentative de omor (73 de cazuri). Aceste statistici nu arată însă numărul persoanelor implicate (victime şi agresori) deoarece un dosar poate avea o singură victimă şi mai mulți agresori, mai multe victime şi un singur agresor, o victimă sau un agresor şi mai multe infracțiuni (Inspectoratul General al Poliției Române, 2014). De asemenea, numărul şi profilul victimelor şi autorilor nu sunt înregistrate în datele referitoare la numărul de cazuri sesizate instanței de către victime pentru obținerea unui ordin de restricție (2.453 de dosare în aproximativ 14 luni în perioada 2012-2013). MMFPSPV (2012) şi Transcena (2013b).

[211] Potrivit datelor MMFPSPV, în 2012, numărul victimelor violenței domestice înregistrate de serviciile sociale era de 7.000 de persoane, din care 2.575 erau femei, 4.955 erau copii şi 898 erau bărbați.

[212] De exemplu, Stănculescu şi Marin (2012).

[213] Definită ca măsurile de prevenire a violenței sau care creează circumstanțe ce reduc probabilitatea ca o persoană să devină victimă sau agresor.

[214] Lesur et al (2014).

În ceea ce priveşte serviciile sociale disponibile[215] victimelor violenței în familie şi agresorilor (vezi VII. Organizarea serviciilor adresate victimelor violenței în familie din România), majoritatea sunt organizate de către instituțiile publice (65%), aproximativ o treime de către actorii privați (ONG-uri sau organizații cu scop lucrativ) şi doar 3% reprezintă parteneriate public-private, potrivit datelor MMFPSPV pentru anul 2012.

Capacitatea serviciilor sociale adresate victimelor violenței în familie este redusă față de standardele UE, în ceea ce priveşte atât serviciile disponibile, cât şi personalul specializat. Standardele UE recomandă câte un loc într-un adăpost specializat la 10.000 de locuitori. Luând în calcul actuala populație a României, aceasta ar însemna că este nevoie de 2.000 de locuri în astfel de adăposturi. Însă, numărul total al locurilor disponibile este mult mai redus, 14 din cele 41 de județe ale țării neavând niciun serviciu specializat de tip rezidențial în domeniul protecției victimelor. În 2012, doar 689 de femei şi 1.136 de copii au beneficiat de un loc într-un adăpost, ceea ce înseamnă că s-a acoperit doar aproximativ un sfert din cerere (7.530 de femei, copii şi bărbați se aflau în evidența serviciilor specializate).[216] Mai mult, doar unele victime primite în unitățile de tip rezidențial în 2012 au beneficiat de servicii precum: consiliere psihologică şi juridică (595 persoane), asistență şi consiliere în vederea găsirii unui loc de muncă (478 persoane), consiliere şi asistență pentru creşterea gradului de siguranță personală la ieşirea din centru (445 persoane) sau asistență în cadrul audierilor în instanță (82 persoane).

Pe lângă numărul mic al serviciilor disponibile, victimele violenței domestice întâmpină încă un obstacol în încercarea de a le accesa. Legislația română prevede ca victimele să dețină un certificat medico-legal pentru a putea obține ordinul de restricție împotriva agresorilor lor şi pentru a primi un loc într-un adăpost.[217] Acest certificat costă în jur de 40 de lei şi, prin urmare, este prea scump pentru multe victime. Au existat unele inițiative menite să uşureze obținerea certificatului medico-legal, însă acestea au avut o acoperire locală şi de scurtă durată şi au vizat doar un număr mic de cazuri.[218] Astfel, măsurile recomandate în acest volum pentru perioada 2015-2020 includ: (i) asigurarea accesului tuturor victimelor violenței în familie la servicii specifice, inclusiv la cele create pentru a oferi sprijin persoanelor dependente, persoanelor cu dizabilități şi persoanelor cu boli contagioase sau tulburări de comportament, fie prin adaptarea serviciilor existente la nevoile acestor grupuri, fie prin crearea de noi servicii; (ii) asigurarea accesului tuturor victimelor violenței domestice la consultul medico-legal prin informarea acestora şi prin acoperirea costurilor consultului; (iii) realizarea unor studii privind factorii ce influențează accesul victimelor la serviciile specializate.

În ceea ce priveşte personalul specializat, serviciile oferite victimelor violenței pun mare accent pe voluntari. Un studiu recent[219] realizat de un ONG arată că aproximativ un sfert dintre persoanele ce lucrează în cadrul serviciilor adresate victimelor violenței sunt voluntari, majoritatea lucrând pe posturi administrative, ca asistenți sociali şi psihologi.[220] Prin urmare, apar diferențe majore între servicii similare, la nivelul numărului şi calificării angajaților. Există centre de tip rezidențial care au doar doi angajați (un psiholog şi un asistent social), în timp ce altele au 11 angajați.[221] Participarea personalului la cursuri de formare continuă este de asemenea redusă.[222] În plus, nu există un sistem de supervizare profesională a personalului ce lucrează cu victimele violenței în familie. Angajații au nevoie de feedback cu privire la calitatea intervențiilor lor, dar şi de sprijin care să îi ajute să facă față stresului psihologic ce apare în mod normal în lucrul cu victimele violenței.

Pe partea de politici, sunt necesare îmbunătățiri pentru a transforma ordinul de restricție într-un instrument eficient şi eficace de protecție a victimelor violenței domestice. Problemele cheie țin de: (i) accesul la informații; (ii) termenul de eliberare a ordinului de restricție; (iii) tipul restricțiilor incluse în ordinul de restricție. Adesea, victimele nu dețin suficiente informații despre cum pot obține un ordin de restricție sau despre efectele acestuia.[223]

[215] Organizarea şi tipurile de servicii adresate victimelor violenței domestice în România sunt prezentate în Anexa 5, Secțiunea VII.
[216] Deficitul de adăposturi este menționat şi în raportul WAVE 2013 (Lesur et al, 2014), care estima că în 2013 era nevoie de 2.012 de locuri în adăposturi pentru femeile victime din România, însă erau disponibile doar 590.
[217] Legea 25/2012 prevede eliberarea unui certificat medico-legal înainte ca victima unui abuz domestic să poată solicita un ordin de restricție împotriva agresorului său.
[218] De exemplu, în baza unui protocol de cooperare încheiat între un ONG şi Institutul de Medicină Legală din Bucureşti, în jur de 100 de femei victime au beneficiat gratuit de consult medico-legal, în 2012 şi 2013. De asemenea, anumite servicii publice acoperă costul eliberării acestor certificate din propriile bugete.
[219] Transcena (2013a).
[220] Numărul cel mai mic de voluntari se observă la nivelul asistenților sociali, consilierilor şi doctorilor. Aceste servicii au printre angajați şi asistenți medicali, profesori şi consilieri juridici (Transcena, 2013a).
[221] Majoritatea centrelor de tip rezidențial au între patru şi opt angajați (Transcena, 2013a).
[222] Participarea la cursurile de formare continuă este mai frecventă în rândul consilierilor (64% dintre aceştia au luat parte la cursuri de formare în perioada 2011-2013) şi al psihologilor (aproape jumătate din ei au luat parte la cursuri de formare în 2012), atât în serviciile de tip rezidențial, cât şi în cele non-rezidențiale. Mai mult, doar 11% dintre angajații centrelor de tip rezidențial au participat la cursuri de formare între 2011 şi 2013 (Transcena, 2013a).
[223] Un studiu recent arată că aproximativ jumătate dintre cererile depuse de victime sunt acceptate de judecători, restul fiind respinse (în general) sau retrase. Principalul motiv pentru care judecătorii resping solicitarea unui ordin de restricție este că cererea a fost completată incorect sau parțial (Transcena, 2013b).

Mai mult, termenul de eliberare a ordinelor de restricție este prea lung (în medie, între 20 şi 60 de zile).[224] În plus, chiar dacă se emite un ordin de restricție, acesta poate fi uneori insuficient (de exemplu, agresorul trebuie să păstreze o distanță de doar 1,5 metri față de victimă) sau poate include restricții contradictorii (de exemplu, agresorul trebuie să păstreze o distanță de 50 de metri față de victimă, dar nu se impune agresorului sau victimei să părăsească domiciliul comun). Aceasta sugerează interpretarea neuniformă de către instanțe a rolului pe care ar trebui să îl aibă acest instrument în prevenirea şi combaterea violenței domestice. Modul în care instanțele aplică la ora actuală legea privind emiterea ordinelor de restricție are un impact negativ asupra eforturilor de prevenire şi combatere a violenței domestice.[225] Pentru ca ordinul de restricție să devină un instrument mai eficient de protecție a victimelor violenței în familie, studiul de fundamentare recomandă următoarele acțiuni prioritare: (i) desfăşurarea unor intervenții naționale (precum campanii de sensibilizare şi servicii de informare) care să ofere victimelor violenței în familie informații cu privire la drepturile lor şi la modul de folosire şi de aplicare a ordinelor de restricție; (ii) creşterea competențelor de utilizare a acestui tip de ordine în cazul angajaților ce trebuie să le emită, prin formare, modificarea/îmbunătățirea normelor metodologice pentru aplicarea Legii 25/2012 de modificare şi completare a Legii nr. 217/2003 pentru prevenirea şi combaterea violenței în familie; (iii) reducerea stigmatizării sociale ce este adesea întâlnită în cazul victimelor violenței domestice, prin introducerea unor campanii de informare şi sensibilizare şi a unor programe educative în şcoli.

Trebuie dezvoltată capacitatea guvernului de a monitoriza şi a evalua nevoile la nivel central. Măsurile cheie din sfera politicilor de prevenire şi combatere a violenței domestice în România sunt incluse în Strategia națională pentru prevenirea şi combaterea fenomenului violenței în familie 2013-2017, HG 1156/2012.[226] Această strategie a fost concepută grație unui efort intersectorial coordonat de MMFPSPV, în parteneriat cu Ministerul de Interne, Ministerul Sănătății şi Ministerul Justiției. Cu toate acestea, nu există studii care să evalueze rezultatele şi impactul măsurilor implementate în cadrul strategiei. Nu există nici un mecanism pentru evaluarea impactului şi a rezultatelor serviciilor şi campaniilor care vizează prevenirea şi combaterea violenței în familie. Mai exact, guvernul nu deține un feedback care să stea la baza programării viitoare a unor aspecte importante, precum impactul campaniilor de prevenție asupra grupurilor țintă, măsura şi modul în care serviciile acordate în adăposturi sau centre de recuperare contribuie la creşterea calității vieții beneficiarilor sau cost eficiența serviciilor adresate femeilor, copiilor şi agresorilor.

Legea 292/2011 prevede acordarea serviciilor sociale victimelor violenței domestice în cadrul unui sistem integrat, care ține cont de toate aspectele problemei, respectiv medicale, psihologice, sociale şi juridice. Ar trebui adoptată o abordare integrată pentru stabilirea standardelor de cost aferente acestor servicii, însă deocamdată nu se întâmplă acest lucru. De exemplu, stabilirea costurilor pentru centrele de tip rezidențial nu ia în calcul costurile dobândirii certificatelor medico-legale sau ale acordării de produse igienico-sanitare beneficiarilor.[227] De asemenea, servicii similare pot avea costuri standard diferite. De exemplu, centrele de recuperare au costuri pe beneficiar mai mari decât centrele de primire în regim de urgență, deşi ambele tipuri de unități oferă servicii asemănătoare.[228] Aşadar, costurile standard ale serviciilor adresate victimelor violenței domestice trebuie revizuite pentru a creşte calitatea, accesibilitatea financiară şi eficiența serviciilor.

[224] Victima trebuie examinată mai întâi de o unitate de urgență, apoi trebuie să obțină un certificat medico-legal care să ateste agresiunea fizică, iar pe urmă trebuie să depună o cerere instanței. Pe lângă certificatul medico-legal, victima trebuie să adune alte tipuri de dovezi, precum dovada unei plângeri depuse anterior. În cazurile ce nu sunt urgente, ordinele de restricție pot fi emise chiar şi peste mai bine de 60 de zile (Transcena, 2013b).

[225] De exemplu, aceleaşi studii Transcena (2013a şi 2013b) relevă faptul că, uneori, victimele îşi retrag cererea de a beneficia de protecție sau refuză să acceseze serviciile specializate de teama agresorului sau pentru că nu doresc să fie stigmatizate ca victime. Personalul serviciilor ce asistă victimele violenței în familie se simte expus, la rândul său, riscului unor acte de violență din partea agresorilor împotriva cărora nu beneficiază de niciun fel de protecție. În plus, adesea poliției îi este greu şi uneori imposibil să aplice ordinul de restricție care conține prevederi contradictorii.

[226] MMFPSPV (2012). Această Strategie are următoarele priorități: (i) stabilirea unui cadru legislativ coerent şi funcțional; (ii) promovarea unor practici profesionale armonizate în rândul serviciilor sociale oferite victimelor violenței; (iii) dezvoltarea serviciilor prin extinderea gradului lor de acoperire şi a numărului şi a calificării specialiştilor lor; (iv) promovarea unei culturi a non-violenței.

[227] Transcena (2013a).

[228] MMFPSPV și SERA România (2012).

2.4. Educaţie

Guvernul ar trebui să asigure tuturor copiilor acces egal la educație de calitate. O atenție specială ar trebui acordată calității educației şi a formării, precum şi relevanței acestora în raport cu nevoile pieței muncii şi cele individuale.

Obiective principale

2.4. Educație 184

2.4.1. Îmbunătățirea sistemului de îngrijire şi educație timpurie a copilului 186

2.4.2. Creşterea participării şi îmbunătățirea rezultatelor tuturor copiilor la nivelul învățământului primar şi secundar 190

2.4.3. Promovarea unui acces mai mare la învățământul terțiar în cazul categoriilor subreprezentate 201

2.4.4. Îmbunătățirea accesului la învățare şi formare pe tot parcursul vieții pentru tinerii dezavantajați şi populația în vârstă de muncă 201

2.4.5. Creşterea accesului la educație de calitate pentru copiii din grupurile vulnerabile 202

2.4.6. Creşterea eficacității programelor de protecție socială la nivelul educației 220

2.4. Educaţie

Discuțiile din acest capitol sunt structurate pe niveluri de învățământ, cu accent special pe creşterea accesului copiilor aflați în situații vulnerabile la o educație de calitate. Conținutul capitolului de față se află în concordanță cu raportul OCDE din 2012,[229] Echitatea şi calitatea în educație, şi cu proiectul de Cadru strategic pentru reducerea părăsirii timpurii a şcolii (PTS) în România (denumit în continuare, în acest capitol, Cadrul strategic PTS), elaborat de Banca Mondială.[230] Raportul OCDE a prezentat, la nivel mondial, date potrivit cărora sprijinirea elevilor şi a şcolilor dezavantajate conduce la dezvoltarea capacității indivizilor şi a societății de a răspunde la recesiune şi contribuie la creşterea economică şi bunăstarea socială. Cadrul strategic PTS al Băncii Mondiale a stabilit principalele direcții strategice pentru atingerea țintei prevăzute în strategia Europa 2020 a Uniunii Europene, şi anume reducerea ratei de părăsire timpurie a şcolii[231] de la 17,3% în 2013 la 11,3% până în 2020.

CASETA 27

Îmbunătăţirea echităţii şi calităţii în educaţie

În 2012, OCDE a realizat un raport denumit Echitatea şi calitatea în educație, care a demonstrat beneficiile demersurilor de îmbunătățire a echității şi de reducere a ratei de eşec şcolar, în condițiile în care educația reprezintă un motor al creşterii economice. Una dintre cele mai eficiente strategii educaționale disponibile guvernelor este investirea în toate nivelurile de învățământ, de la cel preşcolar la învățământul secundar superior, astfel încât să se asigure că toți elevii au acces la o educație de calitate pe parcursul ciclului, rămân în sistem până cel puțin la finele învățământului secundar superior şi dobândesc competențele şi cunoştințele necesare participării în cadrul societății şi pe piața muncii. Guvernele pot preveni eşecul şcolar şi reduce abandonul prin două abordări paralele: eliminarea practicilor de la nivelul sistemului care împiedică asigurarea echității şi acordarea de sprijin şcolilor dezavantajate cu performanțe slabe. Elevii din familiile sărace sunt, probabil, cei mai dezavantajați. Potrivit rezultatelor obținute la evaluarea PISA din 2012, atât la citire, cât şi la matematică, se remarcă o diferență de aproximativ 100 de puncte între elevii de 15 ani care se încadrează, în baza statutului socio-economic, în primii 20% şi cei încadrați în ultimii 20%, echivalentul unui decalaj şcolar de aproximativ 2,5 ani.

Raportul OCDE a formulat cinci recomandări ce vizează prevenirea eşecului şi promovarea absolvirii învățământului secundar superior: (1) eliminarea repetenției; (2) evitarea orientării precoce spre anumite filiere educaționale şi amânarea procesului de selecție a elevilor pentru nivelul secundar superior; (3) gestionarea procesului de alegere a şcolii pentru a evita segregarea şi creşterea inechităților; (4) elaborarea unor strategii de finanțare care răspund nevoilor de incluziune ale elevilor şi şcolilor; (5) stabilirea unor parcursuri şcolare alternative şi echivalente la nivelul învățământului secundar superior pentru a asigura absolvirea acestuia.

Raportul a conturat alte cinci recomandări referitoare la sprijinirea dezvoltării şcolilor dezavantajate (cu un procent mai ridicat de elevi dezavantajați). Acestea sunt: (6) întărirea şi sprijinirea conducerii şcolii; (7) stimularea unei atmosfere şcolare favorabile şi a unui mediu propice învățării; (8) atragerea, sprijinirea şi păstrarea profesorilor de calitate; (9) utilizarea unor strategii eficace de învățare în clasă; (10) stabilirea legăturii dintre şcoli, pe de-o parte, şi părinții şi comunitățile locale, pe de alta.

În plus, politicile educaționale trebuie aliniate la alte politici guvernamentale, precum cele care vizează locuirea sau protecția socială, în vederea garantării succesului elevilor.

Sursa: OCDE (2012a: 9-12).

[229] OCDE (2012a).
[230] Banca Mondială (2014b).
[231] Părăsirea timpurie a şcolii (PTS) este definită în România ca procentul tinerilor de 18-24 de ani care au absolvit cel mult ciclul gimnazial (echivalentul a 8 clase) şi nu urmează nicio formă de învățământ/ instruire. Cei care au absolvit învățământul obligatoriu, respectiv 10 clase conform legislației române, nu sunt incluşi în definiția PTS, chiar dacă nu au absolvit învățământul secundar superior (12 clase).

Aspectele cheie ale sectorului educației[232] din România țin de calitatea educației şi a formării, precum şi de relevanța acestora în raport cu nevoile pieței muncii şi cele individuale. Provocările ce necesită un răspuns sunt: (i) şcolarizarea şi frecventarea educației timpurii, (ii) participarea la învățământul terțiar şi (iii) participarea la programe de învățare pe tot parcursul vieții.[233] Responsabilii de politici din sectorul educației şi al formării ar trebui să urmărească o creştere inteligentă şi incluzivă pentru a preveni şi a reduce fenomenul părăsirii timpurii a şcolii, dar şi pentru a asigura o mai bună participare la nivelul învățământului terțiar şi al programelor de învățare pe tot parcursul vieții. Cadrul strategic PTS subliniază necesitatea prioritizării acordării de sprijin categoriilor ce prezintă risc de părăsire timpurie a şcolii. Fără un astfel de sprijin, este posibil ca principalul obiectiv al Cadrului strategic PTS să nu fie atins sau, cel puțin, să fie compromis. Cadrul defineşte următoarele categorii ce prezintă risc de părăsire timpurie a şcolii în România şi care, implicit, sunt potențiale ținte ale intervențiilor propuse:

- Copiii şi tinerii cu vârste cuprinse între 11 şi 17 ani
- Copiii şi tinerii din familii cu o situație socio-economică precară
- Copiii şi tinerii din mediul rural
- Romii şi alte categorii marginalizate şi subreprezentate.

Cadrul strategic PTS propune patru piloni şi şase programe cheie menite să reducă părăsirea timpurie a şcolii în România, în perioada 2014-2020, aşa cum este prezentat în Tabel 31.

TABEL 31: Scurtă prezentare a pilonilor, programelor cheie şi domeniilor tematice din Cadrul strategic PTS

	Domeniu tematic
Pilon 1: Asigurarea Accesului la Educație și o Educație De Calitate Pentru Toți Copiii	
Program cheie 1.1: creşterea accesului la îngrijirea şi educația timpurie a copilului	P
Program cheie 1.2: asigurarea unui învățământ primar şi gimnazial de calitate pentru toți copiii	P I
Pilon 2: Asigurarea finalizării învățământului obligatoriu de către toți copiii	
Program cheie 2.1: Dezvoltarea unor sisteme de avertizare timpurie şi consolidarea programelor remediale şi de sprijin adresate elevilor în situație de risc din învățământul obligatoriu	P I
Program cheie 2.2: Creşterea atractivității, incluziunii, calității şi relevanței sistemului de învățământ profesional şi tehnic VET/ IVET	I
Pilon 3: Reintegrarea în sistemul educațional a persoanelor care au părăsit timpuriu şcoala	
Program cheie 3.1: Asigurarea unei oferte corespunzătoare de programe educaționale de tipul „a doua şansă", de calitate	C
Pilon 4: Acordarea de sprijin instituțional adecvat	
Program cheie 4.1: Consolidarea capacității guvernului de a implementa, monitoriza şi evalua strategia de reducere a părăsirii timpurii a şcolii	P

Sursa: Banca Mondială (2014b: 9).

Notă: *P = Prevenție, I = Intervenție, C = Compensare.

[232] În România învățământul obligatoriu este de 11 ani, începând cu învățământul primar şi cuprinzând învățământul secundar inferior şi primii doi ani din învățământul secundar superior (clasele a IX-a şi a X-a). Învățământul românesc preuniversitar cuprinde: (i) educația timpurie (0-6 ani), (ii) învățământul primar (clasele 0-IV), (iii) învățământul secundar inferior/ gimnaziul (clasele V-VIII) şi (iv) învățământul secundar superior (clasele IX-XII sau IX-XIV, în funcție de filieră: teoretică, vocațională sau tehnologică). Întregul ciclu al învățământului secundar superior (liceal) este preconizat să devină obligatoriu până în anul 2020. Învățământul terțiar include învățământul universitar şi non-universitar. Sistemul de evaluare a elevilor include două praguri care determină trecerea la nivelurile superioare: un examen național la finele clasei a VIII-a şi Bacalaureatul la absolvirea învățământului secundar superior, acesta fiind obligatoriu pentru admiterea la universitate, dar nu şi pentru absolvirea învățământului secundar superior sau pentru admiterea în învățământul terțiar non-universitar.

[233] Ministerul Fondurilor Europene (2013). Fiecare dintre cele trei provocări trebuie detaliată şi programată prin strategii separate: Strategia de reducere a abandonului şcolar, Strategia în domeniul învățământului terțiar, Strategia privind învățarea pe tot parcursul vieții şi Strategia pentru dezvoltarea infrastructurii educaționale.

În linie cu această abordare centrată pe categoriile de copii şi tineri cu risc crescut şi pe şcolile dezavantajate, capitolul de față furnizează informații suplimentare ce vor putea fi folosite la elaborarea unor politici eficace prin care să se asigure că fiecare copil rămâne în sistemul de educație şi formare cel puțin până la vârsta de 16 ani şi termină minim zece clase.[234] Capitolul este structurat pe niveluri de învățământ, cu accent special pe creşterea accesului copiilor aflați în situații vulnerabile la o educație de calitate.

2.4.1. Îmbunătăţirea sistemului de îngrijire şi educaţie timpurie a copilului

Îngrijirea şi educația timpurie ajută copiii să îşi atingă potențialul maxim, fiind un factor cheie determinant pentru parcursul lor ulterior atât în şcoală, cât şi pe piața muncii. Literatura de specialitate din domeniul educației subliniază permanent importanța unei îngrijiri şi educații timpurii a copilului (IETC) de bună calitate, care asigură copilului capacitatea de a se adapta la mediul şcolar, de a dobândi competențe şi de a obține performanțe bune pe viitor în posturi ce îi oferă satisfacție. Datele arată şi că accesul la IETC de calitate creşte şansele obținerii unui nivel mai ridicat de educație şi reduce riscul de părăsire timpurie a şcolii. Potrivit ultimei evaluări PISA, „la nivelul statelor OCDE, elevii care au declarat că au frecventat unitățile de învățământ preşcolar mai bine de un an au obținut un punctaj mai mare cu 53 de puncte la matematică – echivalentul a peste un an de şcoală – față de elevii care nu au participat la educația preşcolară".[235] Conform unui studiu recent,[236] creşterea participării la nivelul educației preşcolare de la 0% la 100% poate determina mărirea cu 6,6% a PIB-ului.

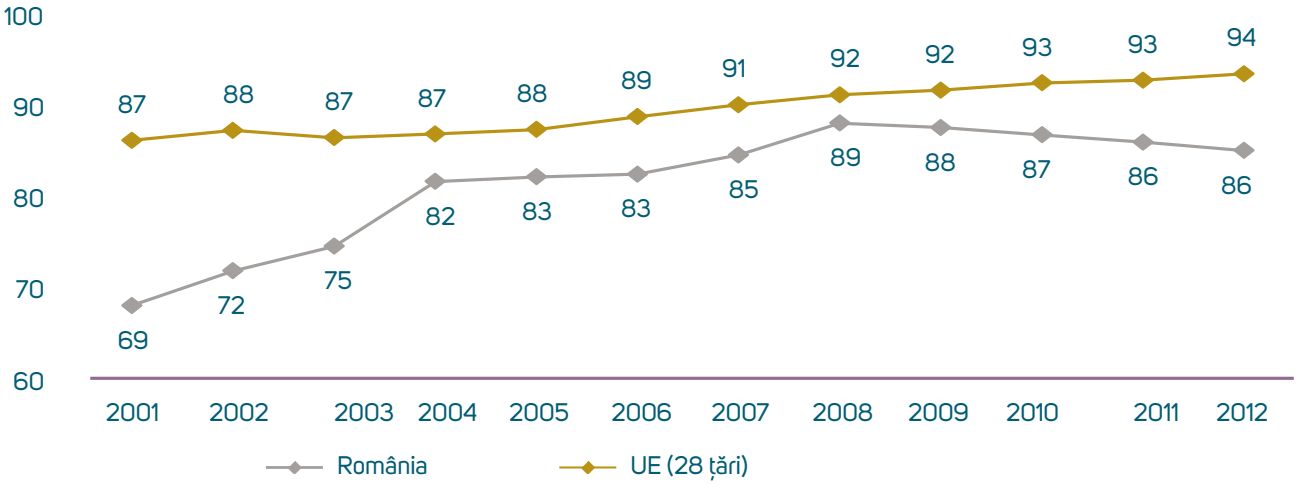
După tendința puternic ascendentă a ratei educației timpurii a copilului înregistrată în România până în 2008, nivelul de participare a început să scadă. În ultimul deceniu, s-au dezvoltat educația şi îngrijirea timpurie a copiilor cu vârste cuprinse între 4 şi 6 ani, rata brută de cuprindere crescând semnificativ din 2001-2002 până în 2008 şi scăzând uşor până la 85,5% în 2012.[237] Sunt în continuare prezente discrepanțe între mediul rural şi cel urban, cu toate că s-au redus în fiecare an.[238] România are o situație mai bună decât unele dintre țările vecine de la sud şi est, însă rata sa de cuprindere rămâne sub media UE-28 şi are slabe şanse să atingă ținta UE de 95%. În procesul de elaborare a unor politici care să sporească accesul echitabil la IETC, va trebui ca responsabilii de politici să țină seama de două aspecte cheie: (i) abordarea problemei celor 15% din copii de vârstă preşcolară (4-6 ani) care sunt *privați de educație timpurie* şi (ii) inegalitățile legate de *calitatea educației timpurii a copilului* înregistrate în rândul celor care au acces la acest tip de educație.

La nivelul ofertei, reducerea numărului de grădinițe, în urma raționalizării de către guvern a costurilor din învățământ, a afectat în mod inegal copiii din mediul rural şi din cel urban. Odată cu mutarea grădinițelor mici în centrul comunelor pentru a reduce costurile, satele mai mici şi cătunele cu un număr mai redus de copii de vârstă preşcolară au rămas fără nicio unitate de învățământ preşcolar. Această situație face ca mulți copii din aceste localități să nu beneficieze de educație timpurie, nu doar din cauza costurilor implicate, ci şi a distanțelor mari. Cadrul strategic PTS evidențiază importanța creşterii accesului la serviciile IETC. Măsurile propuse în raportul respectiv vizează consolidarea demersurilor realizate de Guvernul României în două domenii cheie: (i) extinderea cadrului instituțional astfel încât să cuprindă copiii de 0-6 ani şi (ii) formarea cadrelor didactice şi a inspectorilor în vederea aplicării noului curriculum şi a metodologiilor de predare incluzivă la nivelul IETC. Mai mult, Cadrul strategic PTS propune crearea unui program cheie care să introducă un mix de scheme de mobilitate şi stimulente financiare, menite să încurajeze profesorii tineri să se ofere voluntar pentru posturile din învățământul preşcolar disponibile în zonele izolate, rurale şi dezavantajate.

La nivelul cererii, rata reală de frecventare a grădiniței în mediile dezavantajate pare a fi mai mică decât cea din datele oficiale. Deşi, în România, rata de participare la educația timpurie a copilului este încurajatoare față de situația din alte state UE, evidențele empirice obținute prin intermediul interviurilor realizate cu experții din domeniu[239] indică faptul că rata reală de frecventare a grădiniței, în special în zonele rurale şi marginalizate, este semnificativ mai redusă decât se arată în datele oficiale.

[234] În România, învățământul obligatoriu este de zece clase.
[235] OCDE (2013b: 14).
[236] Checchi et al (2014).
[237] În acelaşi timp, îngrijirea copiilor de 0-3 ani în cadrul unor centre este relativ rară, doar 2% dintre aceşti copii fiind înscrişi în creşe. Creşterea disponibilității unor centre de zi sigure şi fiabile ar permite mai multor copii să beneficieze de IETC, mai ales celor ale căror mame lucrează şi nu au membri de familie la care să apeleze pentru a avea grijă de copil.
[238] Arnhold et al (2013).

FIGURA 29: Procentul aferent grupei de vârstă cuprinse între vârsta de 4 ani şi vârsta de începere a învăţământului obligatoriu



Sursa: Eurostat.

Aceasta înseamnă că acei copii ce aparţin categoriilor celor mai vulnerabile – din mediul rural, de etnie romă, cu dizabilităţi şi cei din comunităţile marginalizate – sunt mai puţin pregătiţi pentru şcoală şi mai puţin capabili să se adapteze la cerinţele învăţământului primar. Părinţii din gospodăriile marginalizate şi cu venituri mici au, de obicei, un nivel scăzut de educaţie, prin urmare nu îşi pot ajuta în mod eficient copiii la teme. În plus, este posibil ca pentru ei educaţia să nu fie un lucru important în viaţă, acordând astfel o atenţie redusă participării copiilor lor la activităţile educative. Aceasta pe lângă faptul că au la dispoziţie puţini bani pe care să îi investească în educaţia copiilor. O altă măsură propusă de Cadrul strategic PTS vine în sprijinul eforturilor depuse în prezent de Guvernul României prin: (i) dezvoltarea unor scheme de sprijin adresate părinţilor din grupurile vulnerabile şi comunităţile dezavantajate; (ii) desfăşurarea unor campanii de conştientizare a importanţei educaţiei timpurii a copilului; (iii) dezvoltarea şi extinderea educaţiei parentale (prin mentorat şi furnizarea de materiale didactice) în rândul categoriilor vulnerabile, inclusiv al romilor; (iv) acordarea de sprijin financiar părinţilor din grupurile vulnerabile sub forma unor tichete de creşă şi a programelor de protecţie socială existente, precum alocaţia familială complementară, venitul minim garantat pentru familiile sărace, „cornul şi laptele" gratuit în şcoli şi rechizite gratuite pentru elevii vulnerabili. Grădiniţele sunt stimulate să înscrie aceşti copii, dar nu le pot controla prezenţa.

Cu toate că grădiniţele de stat ar trebui să fie gratuite deoarece sunt subvenţionate integral din fonduri publice, accesul la educaţia timpurie a copilului la nivelul preşcolar este împiedicat de taxele percepute părinţilor de către aceste unităţi pentru a funcţiona. Aceste taxe constituie, adesea, o povară pentru familiile sărace şi vulnerabile, care nu îşi permit să îşi înscrie copiii în instituţiile de educaţie timpurie. Acest lucru limitează capacitatea copiilor respectivi de a se adapta la cerinţele învăţământului primar şi îi împinge spre un risc crescut de eşec şcolar pe viitor.

Practica anumitor grădiniţe de a selecta „cei mai buni copii" reprezintă o altă cauză a accesului inegal la educaţia timpurie a copilului. Deşi nu s-a efectuat până acum o analiză sistematică a acestui fenomen, evidenţele empirice arată că unii directori de grădiniţă refuză să accepte copii din familii sărace şi vulnerabile, percepând taxe suplimentare sau manipulând în mod arbitrar numărul de locuri disponibile. Acest fenomen este întâlnit, se pare, mai

[239] Interviurile cu reprezentanţii Ministerului Educaţiei, cu directorii de şcoli şi profesorii din judeţele Botoşani şi Arad au fost realizate în aprilie-august 2014, pentru acest studiu de fundamentare.

des în marile oraşe, care se confruntă anual cu o lipsă acută de locuri în grădiniţe. Combinate, restricţionarea opţiunilor pe care la au la dispoziţie părinţii şi selectarea copiilor de către unitate pot duce la apariţia unor grădiniţe segregate din punct de vedere social.

În România, s-au implementat mai multe proiecte în domeniul educaţiei timpurii incluzive, eforturi ce trebuie consolidate şi continuate. Două exemple extrem de vizibile ar fi următoarele:

- Din 2007, Ministerul Educaţiei implementează Programul de Educaţie Timpurie Incluzivă[240], finanţat de Banca Mondială (6,1 milioane de EUR) şi Guvernul României (1,7 milioane de EUR), în cadrul Programului de Incluziune Socială I. Acest program se adresează copiilor cu vârste între 3 şi 6 ani de etnie romă şi din alte categorii dezavantajate. În 2013, programul a vizat 5.000 de copii, beneficiind de 4 milioane de RON.

- Proiectul „Grădiniţe incluzive" a fost implementat de către Asociaţia RENINCO România (Reţeaua Naţională de Informare şi Cooperare pentru Integrarea în Comunitate a Copiilor şi Tinerilor cu Cerinţe Educative Speciale), cu sprijinul UNICEF, în perioada 2009-2011, şi a vizat cu precădere copiii cu dizabilităţi.[241]

Prioritățile responsabililor de politici din domeniul educației în viitorul apropiat sunt îmbunătățirea calității sistemului IETC şi dezvoltarea unei abordări centrate pe egalitate, în vederea asigurării participării universale. Pentru a atinge aceste obiective, aceştia pot avea în vedere următoarele acțiuni:

- Introducerea unor tichete pentru familiile dezavantajate. Fiecare tichet ar trebui să acopere taxa medie lunară sau anuală percepută de grădiniţe. Aceste tichete ar trebui să fie nominale şi netransferabile. Beneficiarii ar trebui să fie copiii din familiile vizate de venitul minim garantat. Folosirea tichetelor ar trebui să fie strict condiţionată de frecventarea efectivă a grădiniţei de către copii.

- Identificarea unor modalităţi de evaluare corectă a ratei de frecventare a grădiniţei şi stabilirea unor măsuri pentru creşterea numărului de zile/ ore petrecute de copii în aceste unităţi.

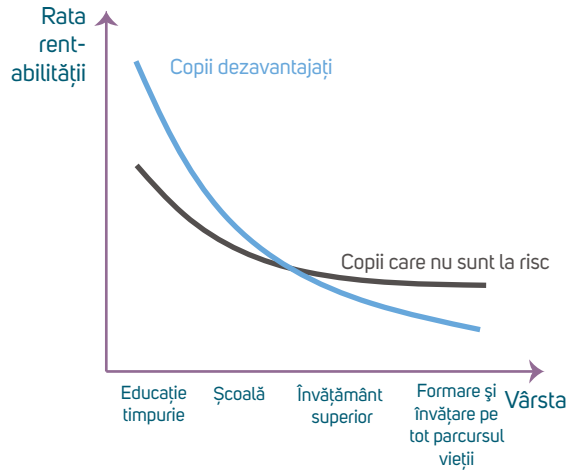
- Formarea sistematică a educatorilor şi îngrijitorilor cu privire la acordarea serviciilor de IETC copiilor din familii sărace şi vulnerabile şi implementarea unor riguroase politici anti-discriminare la nivel preşcolar.

- Extinderea proiectului de microbuze şcolare (sau a valorii cheltuielilor de transport decontate) pentru a acoperi transportul copiilor preşcolari la grădiniţe.

CASETA 28

Eficienţa şi echitatea investiţiilor timpurii în educaţie

Figura de alături prezintă diferitele rate ale rentabilității unei investiții constante la toate nivelurile de învățământ. Investiția în îngrijirea şi educația timpurie a copilului are o rentabilitate ridicată, mai ales în cazul copiilor dezavantajați, în timp ce investiția în formare şi învățare pe tot parcursul vieții prezintă o rentabilitate pozitivă, dar mai redusă decât în cazul nivelurilor de învățământ inferioare. Elevii dezavantajați beneficiază mai mult de pe urma investițiilor educaționale timpurii, pe când copiii înstăriți beneficiază mai mult de pe urma celor ulterioare.



Surse: OCDE (2012a: 27) în baza datelor oferite de Cunha şi Heckman (2007 şi 2008) pentru SUA şi de Woessmann (2008) pentru Europa.

[240] http://proiecte.pmu.ro/web/guest/peti
[241] Vrăjmaş şi Vrăjmaş (coord., 2012).

CASETA 29

Folosirea tichetelor de masă pentru a încuraja copiii dezavantajaţi să frecventeze grădiniţa

Programul Fiecare copil în grădiniță (FCG), implementat de asociația OvidiuRo, asigură tichete de masă copiilor dezavantajați dintr-o serie de localități rurale selecționate, cu condiția de a frecventa regulat grădinița. Acest program este finanțat de importanți investitori privați şi prin Schema de granturi Schema de granturi a Spațiului Economic European (2009-2014), în timp ce autorităților locale din localitățile respective li se solicită să asigure sume mici care să acopere plata îmbrăcămintei şi încălțămintei elevilor. Autoritățile locale se pot înscrie în program fie pentru întreaga comună, fie doar pentru unul sau mai multe din satele componente. Pentru a fi eligibile, autoritățile locale trebuie: (i) să estimeze numărul copiilor dezavantajați care nu frecventează grădinița; (ii) să dovedească faptul că există capacitatea locală şi dorința de a implementa programul (actorii cheie sunt considerați primarul şi directorul şcolii, dar existența unor mediatori şcolari, asistenți sociali, profesori, mediatori sanitari sau inspectori şcolari județeni care să susțină proiectul este considerată de asemenea relevantă); (iii) să se angajeze că vor derula un proces temeinic de recrutare din uşă în uşă. Decizia finală de selecție a unei localități se face după vizita la fața locului a echipei OvidiuRo. Se formează un grup de acțiune locală în satul sau comuna selectată pentru implementarea programului, iar mediatorul şcolar şi asistentul social fac un recensământ al gospodăriilor pentru a determina dimensiunea reală a nevoilor locale şi pentru a stabili o listă provizorie a beneficiarilor. Echipa OvidiuRo întreprinde apoi o a doua vizită la fața locului pentru a stabili lista finală a beneficiarilor.

Familiile şi copiii sunt eligibili pentru program dacă: (i) nivelul venitului pe membru de familie este sub 150 RON, (ii) condițiile de locuit sunt sub standard (aşa cum sunt definite în prevederile Legii asistenței sociale stabilite în baza Legii locuinței 114/1996) şi (iii) părinții au un nivel de educație scăzut. Conform reprezentaților OvidiuRo, marea majoritate a beneficiarilor trăiesc în condiții caracterizate prin sărăcie intergenerațională extremă, condiții de locuit precare şi gospodării extinse suprapopulate. Le lipseşte accesul la apă potabilă sau canalizare şi trăiesc în case cu sisteme de încălzire improvizate, adesea situate la marginea localității, cu un risc crescut de tuberculoză şi de mortalitate a copiilor sub vârsta de 5 ani. Stimulentul constă într-un tichet lunar în valoare de 50 RON acordat familiei pentru fiecare copil care frecventează grădinița. Principala condiție pentru obținerea acestuia este ca prezența la grădiniță să fie de aproape 100%, singurele absențe admise fiind cele pentru care există un certificat eliberat de medicul de familie. În lunile în care nu se respectă această cerință, beneficiul este suspendat. Beneficiul este acordat individual, ceea ce înseamnă că nu se pierde în cazul în care îi este retras fratelui sau surorii copilului din cauza absențelor de la grădiniță. Prin aceasta programul diferă de programele publice de asistență socială, cum ar fi alocația pentru susținerea familiei. Programul le mai solicită părinților să participe la Ziua părinților (o activitate specială lunară care implică părinți şi copii) şi la activitățile de zi cu zi de la grădiniță, ca asistenți ai educatorilor, 5 zile pe an.

Pe lângă tichetele de masă, programul mai oferă, în fiecare an, şi alte tipuri de ajutor financiar. OvidiuRo alocă 15 euro pentru fiecare copil pentru materiale şcolare, iar consiliul local trebuie să asigure fiecărui copil încălțăminte şi îmbrăcăminte în valoare de 35 de euro. O serie de activități interconectate facilitează implementarea programului. Instruirea echipelor de implementare şi a personalului didactic este asigurată la fața locului, iar pentru copiii selectați şi elevii din ciclul primar şi cel gimnazial sunt organizate şcoli de vară.

Începând cu anul 2012, a fost inclusă în program o componentă de sănătate, constând în activități preventive, cum ar fi vaccinări, analize medicale complexe, nutriție sănătoasă (fructe) şi suplimente nutritive cu vitamine, lecții de igienă şi ajutor pentru accesarea serviciilor de sănătate (de exemplu, acoperirea costurilor medicației, transport până la unitățile medicale şi chiar tratament pentru copiii bolnavi).

Programul FCG s-a extins semnificativ în ultimii ani. În anul 2014, a fost implementat într-un număr de sate de patru ori mai mare decât în 2010 (84 de sate din 43 de localități). În jur de 2.400 de copii din 89 de grădinițe sunt cuprinşi în program în anul şcolar 2014/2015. Mai mult, rata de reținere s-a îmbunătățit. Dacă, după primul an de implementare, şase din cele 21 de sate implicate au ieşit din program, în 2014 aceasta s-a întâmplat în cazul unui singur sat. Modificările aduse structurii programului vizează în mod constant atingerea unor rezultate mai bune.

CASETA 29 (continuare)

Sistemul tichetelor de masă este în prezent destul de răspândit în mediul comercial din România. Reprezentanții OvidiuRo raportează că, de regulă, există câteva magazine în fiecare localitate, unde beneficiarii pot folosi tichetele de masă. Coordonatorii programului își amintesc o singură situație în care beneficiarii dintr-un sat au fost nevoiți să meargă în localitatea învecinată pentru a utiliza tichetele. Au fost menționate chiar şi câteva mici magazine care nu sunt înscrise în sistemul tichetelor de masă, dar care le acceptă pentru că le pot folosi în achiziționarea de produse de la furnizorii importanți. Cu toate acestea, există o problemă de implementare care afectează sustenabilitatea programului, legată de absența legislației care să reglementeze dreptul autorităților publice de a folosi tichete de masă. Managementul programului asigurat de autoritățile publice locale diferă de la un județ la altul. De exemplu, în Cluj, Consiliul Județean a acceptat să preia coordonarea programului şi se folosesc actualmente tichetele de masă, pe când alte autorități publice locale le folosesc pentru diverse programe sociale (cum ar fi ajutoare alimentare pentru cei săraci şi ajutor pentru vârstnici).

Supervizarea programului la nivel local şi central de către OvidiuRo pare a fi esențială pentru succesul funcționării FCG. Dacă se pune problema extinderii programului, este posibil să fie nevoie de elaborarea unor reguli mai stricte şi mai standardizate şi ar putea fi necesară supervizarea calității la nivel local, asigurată extern.

Impactul unei intervenții similare, bazate pe FCG cu adaptare locală, este evaluat în prezent în Bulgaria cu participarea OvidiuRo, a Băncii Mondiale, a Ministerului Educației din Bulgaria, a Trust for Social Achievement Bulgaria şi a diverse instituții academice. Această evaluare analizează impactul beneficiilor şi al condițiilor legate de prezența la grădiniță asupra dezvoltării eficiente a aptitudinilor ce țin de educația timpurie. Grupul de control selectat aleatoriu va include aproximativ 200 de comunități rurale şi 2.000 de copii, iar rezultatele evaluării se aşteaptă să fie disponibile în 2016.

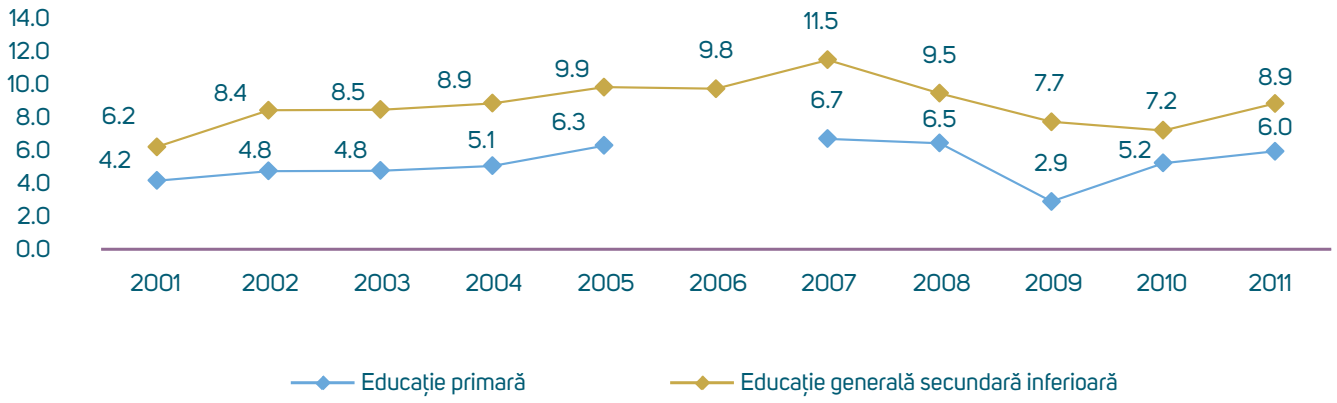
2.4.2. Creşterea participării şi îmbunătăţirea rezultatelor tuturor copiilor la nivelul învăţământului primar şi secundar

Ratele de participare în învățământul primar şi în cel secundar inferior sunt, în continuare, reduse în România comparativ cu media europeană, în ciuda unor îmbunătățiri înregistrate în ultimii ani. În 2012, rata de participare în învățământul primar a coborât până la 90,6% de la un maxim de peste 100%[242] în 2005-2006, observându-se o disparitate constantă între ratele de cuprindere din mediul rural şi cel urban. După o scurtă perioadă în care rata abandonului şcolar a scăzut, criza economică a schimbat tendința, iar în 2010 şi 2011, rata abandonului a crescut din nou până la 6% în învățământul primar şi până la 8,9% în cel secundar.

Aproximativ 69.800 de copii cu vârste între 7 şi 14 ani au fost înregistrați ca aflându-se în afara sistemului de educație cu ocazia Recensământului din 2011, din care 48.400 erau analfabeți (definiți ca persoanele fără o educație formală). Aproape 99% dintre ei locuiau cu familia şi doar 1% trăiau fie în instituții, fie pe străzi. Cu toate acestea, rata copiilor de vârsta ciclului primar (7-9 ani) aflați în afara sistemului de educație era de 6% în rândul copiilor din familie şi peste 16% în cazul celor din instituții sau care trăiau pe străzi.[243] Ratele echivalente ale adolescenților de vârsta ciclului gimnazial (10-14 ani) aflați în afara sistemului de educație erau de 3% şi de 11%.[244] În cazul copiilor ce trăiesc în familie, rata neşcolarizării era ceva mai ridicată în mediul rural (4,3%) decât în mediul urban (3,7%), în timp ce pentru copiii ce trăiesc în afara familiilor lor riscul neşcolarizării este de aproape cinci ori mai mare în mediul urban decât în cel rural, mai ales în oraşele mijlocii şi mari.

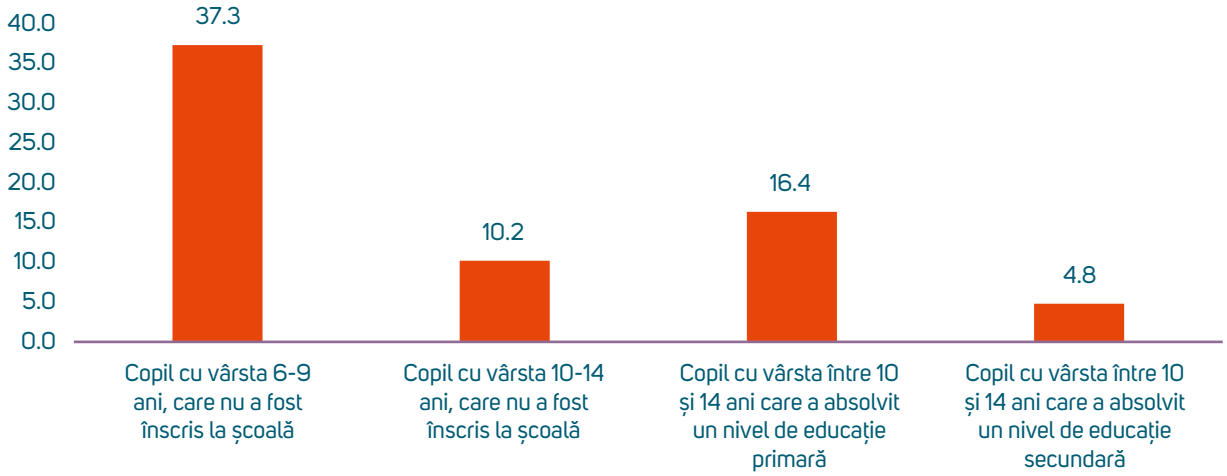
[242] „În anul şcolar 2003/2004, rata brută a cuprinderii şcolare pentru învățământul primar şi secundar a crescut considerabil, până la aproape 100%, datorită aplicării prevederilor care stipulează începerea şcolii la 6 ani (determinând admiterea concomitentă a celor de 6 şi 7 ani în clasa întâi, în acest an şcolar). Ulterior acest indicator a scăzut gradual de la an la an." (MECS, 2014: 49).
[243] Institutul de Statistică al Unesco raportează că 6,3% dintre copiii de vârsta ciclului primar (7-10 ani) nu erau cuprinşi în sistemul de educație în 2009 (http://data.uis.unesco.org).
[244] Institutul de Statistică al Unesco raportează că 6,9% dintre copiii de vârsta ciclului gimnazial (11-14 ani) nu erau cuprinşi în sistemul de educație în 2009 (http://data.uis.unesco.org).

FIGURA 30: Rata cumulată a abandonului şcolar până la ultima clasă în învăţământul primar şi cel secundar, România (%)



Sursa: Institutul de Statistică al Unesco, http://data.uis.unesco.org.
Notă: Definiție = proporția elevilor dintr-o cohortă cuprinşi într-o anumită clasă într-un anumit an şcolar care nu mai sunt cuprinşi în următorul an şcolar.

FIGURA 31: Numărul copiilor de 7-14 ani aflaţi în afara sistemului de educaţie, România



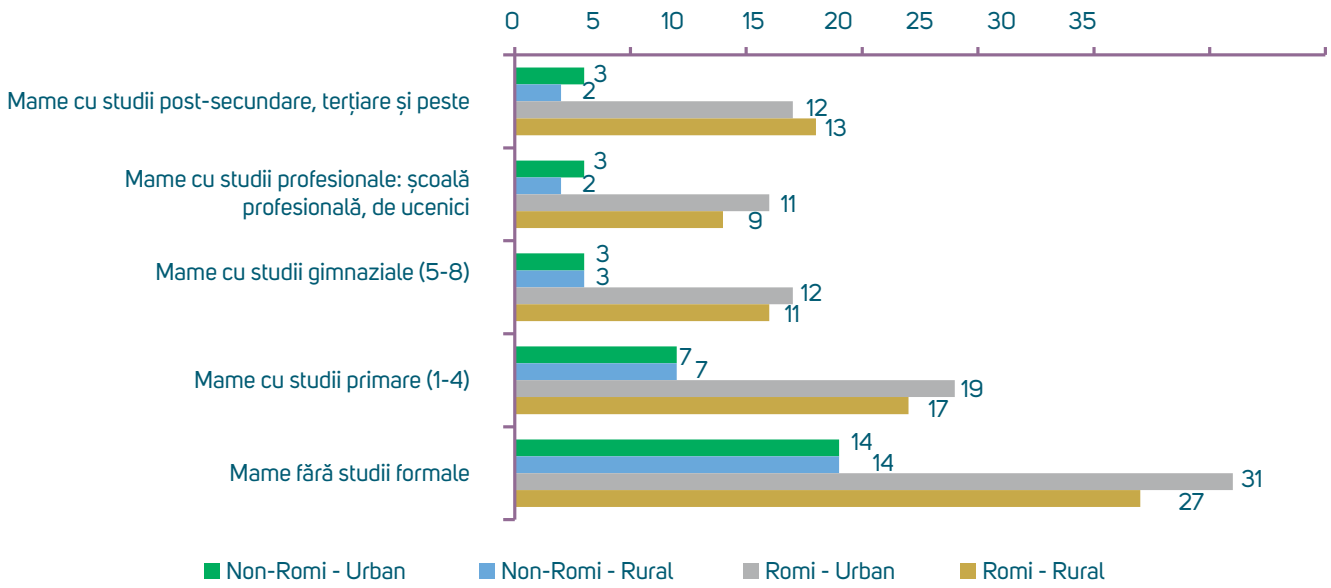
Sursa: Recensământul populației şi al locuințelor 2011, calcule ale Băncii Mondiale.
Notă: Definiție = copii ce se încadrează în vârsta şcolară oficială a ciclului primar care nu sunt cuprinşi nici în şcolile primare, nici în cele secundare.

În rândul copiilor de 7-14 ani ce trăiesc în familie, copiii cu dizabilități, copiii romi şi cei săraci se confruntă cu un risc al neşcolarizării extrem de ridicat. Categoriile de copii ce prezintă cel mai mare risc de a nu participa sau absolvi învățământul obligatoriu sunt:[245]

- Copiii cu cel puțin o incapacitate completamente invalidantă (55,4%) şi cei cu cel puțin o incapacitate semnificativă (20,4%)
- Copiii ale căror mame nu dețin o educație formală (22,7%) sau au terminat doar ciclul primar (10,6%)
- Copiii romi (18,7%). Deşi nivelul de educație al mamei este un predictor relevant al participării şcolare, diferența dintre persoanele de etnie romă și cele de alte etnii este mare, chiar şi atunci când se păstrează constant nivelul de educație al mamei. Discrepanța dintre copiii romi şi cei de altă etnie este semnificativă şi atunci când nivelul de educație al părinților este acelaşi şi când aceştia provin din aceeaşi zonă geografică.
- Copiii cu mulți frați, din familii cu trei sau mai mulți copii (6,8%).
- Copiii lipsiți de ocrotire părintească, altfel spus cu părinți absenți (5,4%).

Copiii care au abandonat şcoala şi cei din afara educației sunt, în general, concentrați în anumite zone, mai ales în mediul rural sau în comunitățile urbane marginalizate ce includ, uneori, un procent ridicat de romi. Pe lângă faptul că părăsirea timpurie a şcolii sau neşcolarizarea afectează în mod disproporționat categoriile dezavantajate în ceea ce priveşte şansele în viață, din cauza segregării aceste două

FIGURA 32: Rata copiilor romi şi a celor de altă etnie de 7-14 ani aflaţi în afara sistemului de educaţie, în funcţie de mediul de rezidenţă şi nivelul de educaţie al mamei



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației şi al locuințelor din 2011.
Notă: Se iau în calcul doar copiii ce trăiesc în familie.

[245] Rata totală a copiilor de 7-14 ani aflați în afara sistemului de educație, ce trăiesc în familie, a fost de 4%.

fenomene tind să acapareze anumite zone şi, în consecinţă, anumite şcoli, adesea în localităţile rurale cu mulţi romi. În judeţele Bihor şi Caraş-Severin, 50% dintre elevii ce au abandonat studiile în şcoala generală (clasele I-VIII) proveneau din doar 5% dintre şcoli.[246]

Un studiu recent realizat în mai multe şcoli[247] cu un procent ridicat de elevi dezavantajaţi a identificat o incidenţă foarte mare a eşecului şi abandonului şcolar în ciclul primar (peste 25%) şi o incidenţă şi mai mare în ciclul gimnazial (aproape 50%).[248] În baza unei analize a situaţiilor şcolare, acelaşi studiu arată că 10% dintre elevii din ciclul primar şi 37% dintre cei din ciclul gimnazial se încadrează în categoria celor ce abandonează şcoala. Statistic vorbind, aceasta înseamnă că doar aproximativ 50% dintre elevii înscrişi în clasa I în şcolile cu o proporţie ridicată de copii dezavantajaţi termină opt clase. O situaţie similară îngrijorătoare a fost semnalată în Atlasul zonelor urbane marginalizate din România[249] (vezi mai multe în Secţiunea 3.2.). În zonele urbane marginalizate, proporţia copiilor cuprinşi în sistemul de învăţământ este mai mică decât în altele, mai ales în cazul celor mai mari de 14 ani şi al copiilor de etnie romă (Tabel 32).

TABEL 32: Cuprinderea în sistemul de învăţământ a copiilor din zonele marginalizate ale României (%)

		România, urban		Zone urbane marginalizate	
	Grupa de vârstă	Total	Romi	Total	Romi
Populaţia	0-5 ani	6	13.2	11.1	15.4
(% populaţia totală/ romi)	6-10 an	4.6	10.8	8.9	12.5
	11-14 ani	3.7	7.9	6.8	8.9
	15-19 ani	4.8	8.5	7.2	8.7
Cuprinşi în educaţie	6-10 ani	78.1	68.9	75.9	69.2
(% grupa de vârstă)	11-14 ani	97.7	77.3	90.8	77.4
	15-19 ani	86.7	46.3	67.1	43.3

Sursa: Banca Mondială (2014: 18), pe baza Recensământului populaţiei şi al locuinţelor din 2011.

Legea prevede gratuitatea învăţământului obligatoriu pentru toţi copiii, însă mecanismele de aplicare sunt ineficiente la nivelul punerii în practică a prevederilor relevante. În ciuda existenţei prevederilor legislative, diverse studii privind copiii arată că învăţământul obligatoriu gratuit implică o serie de costuri ascunse, inclusiv taxe precum fondul şcolii şi cel al clasei, care sunt sancţionate de lege.[250] Majoritatea familiilor cu copii alocă lunar, în medie, 30 de EUR[251] pe copil pentru cheltuieli şcolare, inclusiv rechizite, manuale/ caiete, uniformă şi echipament sportiv, fondul şcolii/ fondul clasei, evenimente organizate, transport la/ de la şcoală, meditaţii şi alte contribuţii plătite şcolii.

Trebuie menţionat faptul că se cheltuie mult mai puţin pe educaţie în gospodăriile în care există şomeri, lucrători informali, lucrători informali romi şi/sau doi sau mai mulţi copii. Acestea cheltuie mai puţin şi pe copil. De exemplu, suma medie alocată lunar de către gospodăriile lucrătorilor informali romi este sub 3 EUR pe copil. La polul opus, gospodăriile lucrătorilor formali scot din buzunar, în medie, 56 EUR pe copil, în fiecare lună. Tocmai din cauza costurilor ridicate ale educaţiei, părinţii din gospodăriile sărace şi vulnerabile declară, adesea, că se confruntă cu mari dificultăţi în ceea ce priveşte înscrierea copiilor lor la şcoală, precum şi continuarea şi/sau terminarea studiilor.

[246] Hatos (2011). Această concentrare se poate observa mai degrabă la nivel local sau inferior (sate sau mici zone marginalizate) decât la cel judeţean. Potrivit datelor recensământului din 2011, copiii de 7-14 ani aflaţi în afara educaţiei se regăsesc la nivelul tuturor judeţelor, cu procente ce variază de la minim 1% în Giurgiu la maxim 7,1% în Mureş (cu o medie naţională de 4%). În şapte judeţe, rata copiilor de 7-14 ani aflaţi în afara sistemului de educaţie depăşeşte 5 procente, mai precis în Arad, Bihor, Braşov, Cluj, Ialomiţa, Mureş şi Timiş. Totuşi, aceste şapte judeţe înregistrează doar 27% din totalul copiilor de 7-14 ani aflaţi în afara educaţiei, ceea ce denotă o concentrare limitată a fenomenului în anumite judeţe.
[247] Aşa-numitele zone de educaţie prioritară, identificate în cadrul unui proiect implementat de UNICEF şi Institutul de Ştiinţe ale Educaţiei.
[248] Jigău et al (2012).
[249] Banca Mondială (Swinkels et al, 2014a).
[250] Grădinaru et al (2010) şi Stănculescu şi Marin (2011).
[251] Aceasta înseamnă în jur de 125 lei pe lună, cu o medie anuală de 1.500 lei.

În consecință, deşi educația este obligatorie, problema copiilor din afara sistemului de învățământ persistă. Însă, aceasta nu a fost atacată de niciun program sau instituție. Cercetarea calitativă întreprinsă pentru acest studiu de fundamentare a evidențiat faptul că, chiar şi atunci când anumite cadre didactice şi/sau lucrători comunitari iau inițiativa şi identifică în comunitate copii de vârstă şcolară ce nu sunt cuprinşi în educație, nu îi pot obliga să se înscrie sau să meargă la şcoală. Pentru a realiza în mod eficient dreptul copilului la educație, aşa cum este prevăzut în Convenția cu privire la Drepturile Copilului (art. 28), trebuie conceput şi implementat un program național care să vizeze copiii de vârsta învățământului obligatoriu ce sunt în afara sistemului de educație, cu beneficii pentru toți copiii din România.

În România, este necesară îmbunătățirea calității educației atât la nivelul învățământului primar, cât şi al celui secundar, în vederea promovării incluziunii sociale. O educație a cărei calitate este suficient de bună pentru pregătirea unei forțe de lucru calificate prezintă avantaje atât pentru indivizi, cât şi pentru societate. Datele recente referitoare la evaluarea competențelor în România au produs rezultate inconsistente. Punctajele obținute de România la testul PISA denotă evidente îmbunătățiri în ultimele trei runde de evaluare, însă România rămâne una dintre țările cu cele mai proaste performanțe din UE. În 2012, s-a constatat faptul că 41% dintre elevii români nu dețin competențe funcționale de aritmetică şi 37% se confruntă cu analfabetism funcțional. Rezultatele obținute de elevii de clasa a VIII-a la matematică în cadrul evaluărilor TIMMS şi PIRLS s-au încadrat într-o tendință negativă. Rezultatele elevilor români la ştiințe au rămas, în mare parte, aceleaşi în ultimele cinci runde de evaluare, asemenea celor obținute la citire în ultimele trei runde.[252] Variațiile înregistrate la nivelul statutului socio-economic al elevilor pot oferi o explicație parțială pentru diferențele de la nivelul rezultatele testelor.[253] Sistemele cu şcoli segregate – în special cele mai exclusive, în care elevii provenind din medii socio-economice similare sunt adunați în aceleaşi şcoli sau clase – obțin performanțe mai slabe decât cele mai incluzive.

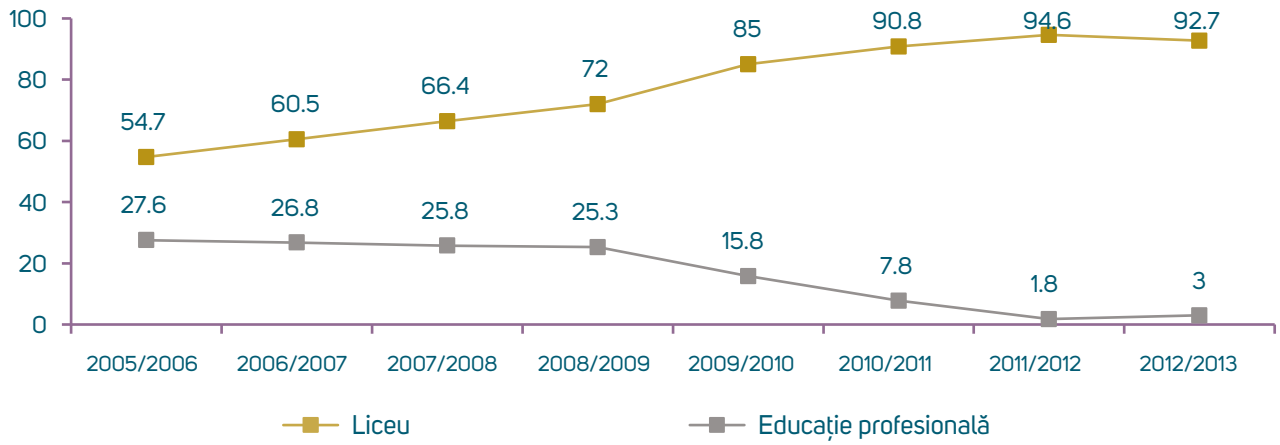
Prin urmare, responsabilii de politici din domeniul educației naționale trebuie să restrângă influența factorilor socio-economici pe cât posibil, astfel încât să reducă inegalitatea şi să minimizeze riscul de eşec şi excluziune. Orientarea spre filiere educaționale în baza abilităților ar trebui realizată abia în etapele avansate ale educației (cum ar fi cu ocazia admiterii în învățământul superior) şi ar trebui să se pună un puternic accent pe asigurarea unei educații profesionale extensive şi dezvoltate la nivelul învățământului secundar superior şi post-secundar.

În România, învățământul obligatoriu cuprinde zece clase. Cu toate acestea, învățământul secundar superior include clasele IX-XII[254] şi cuprindea în trecut patru filiere. Trei dintre acestea sunt afiliate liceului: (i) filiera teoretică (cu două profiluri, uman şi real); (ii) filiera vocațională (profil pedagogic, artistic, sportiv, militar şi teologic); (iii) filiera tehnologică (agricultură şi servicii). A patra filieră era învățământul profesional şi tehnic (IVET). În 2009, când guvernul a dispus închiderea şcolilor de arte şi meserii, copiii care au ales sistemul IVET (şcolile profesionale) au fost integrați în filiera tehnologică. În consecință, în timp ce rata brută de cuprindere în liceu a crescut de la 72% în 2008-2009 la 92,7% în 2012-2013, rata brută de cuprindere în IVET a scăzut semnificativ de la 25,3% la 3% în aceeaşi perioadă (Figura 33). Distribuția elevilor pe sexe este una echilibrată la toate nivelurile, cu excepția IVET, ce are mai mare succes în rândul băieților, care au reprezentat 76% din totalul elevilor IVET în 2012-2013.[255]

Datele arată un declin major al participării şcolare între finalul ciclului gimnazial şi începutul învățământului secundar superior (cu alte cuvinte, între clasa a VIII-a şi a IX-a), mai ales în cazul celor din decila cea mai săracă. Se remarcă o scădere şi mai consistentă a participării la nivelul claselor din învățământul secundar superior odată ce acestea nu mai fac parte din învățământul obligatoriu (mai precis, între clasele a X-a şi a IX-a) în rândul celor mai sărace patru decile (Figura 34).[256]

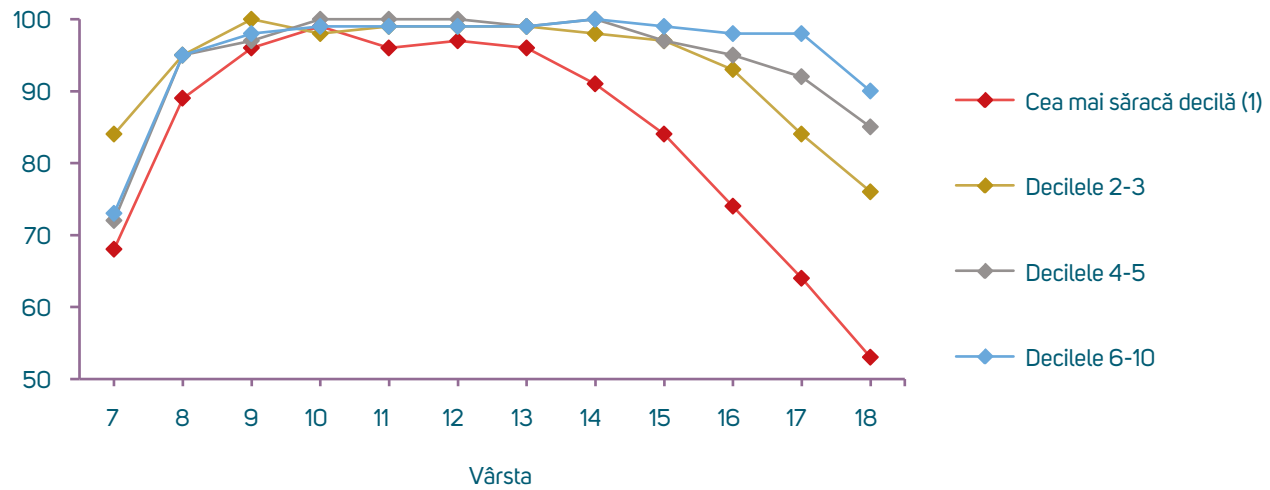
[252] Toate datele TIMMS şi PIRLS au fost accesate la adresa http://timssandpirls.bc.edu/ la 26 august 2014.
[253] De exemplu, 19,3% din variația înregistrată în rândul elevilor români la nivelul performanțelor la matematică în cadrul testului PISA este explicată de statutul socio-economic al elevului, peste media OCDE de 14,8%, fără a fi însă semnificativă.
[254] La finalul clasei a XII-a, elevii susțin un examen de bacalaureat, ce poate fi repetat, dacă este cazul.
[255] INS (2013a).
[256] În liceele române, rata medie a abandonului şcolar a crescut de la 2,2% la 3,8% între 2009 şi 2011, fiind chiar mai ridicată la nivelul liceelor tehnologice (5,3% în 2011) şi în cele din mediul rural (în jur de 7% în clasa a XI-a în 2012).

FIGURA 33: Rata brută de cuprindere în liceu şi IVET (%)



Sursa: Banca Mondială (2014b).
Notă: Chintile ale venitului total pe adult echivalent (folosind scala de echivalență a OCDE, modificată).

FIGURA 34: Rata de cuprindere şcolară a copiilor din cele mai sărace patru decile în România



Sursa: Banca Mondial folosind date din ABF 2012-2013.
Notă: Chintile ale venitului total pe adult echivalent (folosind scala de echivalență a OCDE, modificată).

Elevii români abandonează liceul din diverse motive,[257] principalul fiind însă lipsa mijloacelor financiare, în special în cazul copiilor din mediul rural. Motivele pentru care elevii abandonează liceul se încadrează în trei mari categorii: (i) pedagogice, (ii) financiare şi (iii) personale. Motivele de ordin pedagogic țin de calitatea slabă a educației în licee, unde actul didactic este nesatisfăcător, conducând astfel elevii spre eşec şi abandon şcolar. Alte motive pedagogice sunt aşteptările scăzute ale părinților în ceea ce priveşte randamentul educației, precum şi costurile de oportunitate mai ridicate ale participării. Cauzele financiare se referă la costurile mari ale participării, altele decât taxele de şcolarizare, inclusiv costul cărților, al rechizitelor şi al transportului. Un studiu din 2014[258] arată că 47,3% dintre părinții elevilor ce trăiesc în mediul rural au invocat lipsa resurselor financiare ca principalul motiv pentru care copiii lor nu îşi continuă studiile în învățământul secundar superior. Această constatare este în concordanță cu un studiu din 2011 privind accesul şi egalitatea la nivelul educației superioare,[259] potrivit căruia 38,3% dintre elevii care au abandonat şcoala au declarat că principalul motiv l-au reprezentat constrângerile financiare pe care le implică frecventarea unui liceu. Motivele personale includ lipsa motivației elevilor de a continua să studieze, evenimentele din viața lor, precum migrația părinților, sarcinile precoce sau căsătoria, intimidarea sau prejudecățile din mediul şcolar şi/sau preferințele limitate ale elevilor (de exemplu, preferă să se bucure de diverse plăceri sau consum acum decât să amâne aceste lucruri pe mai târziu şi să dobândească mai multe competențe între timp).

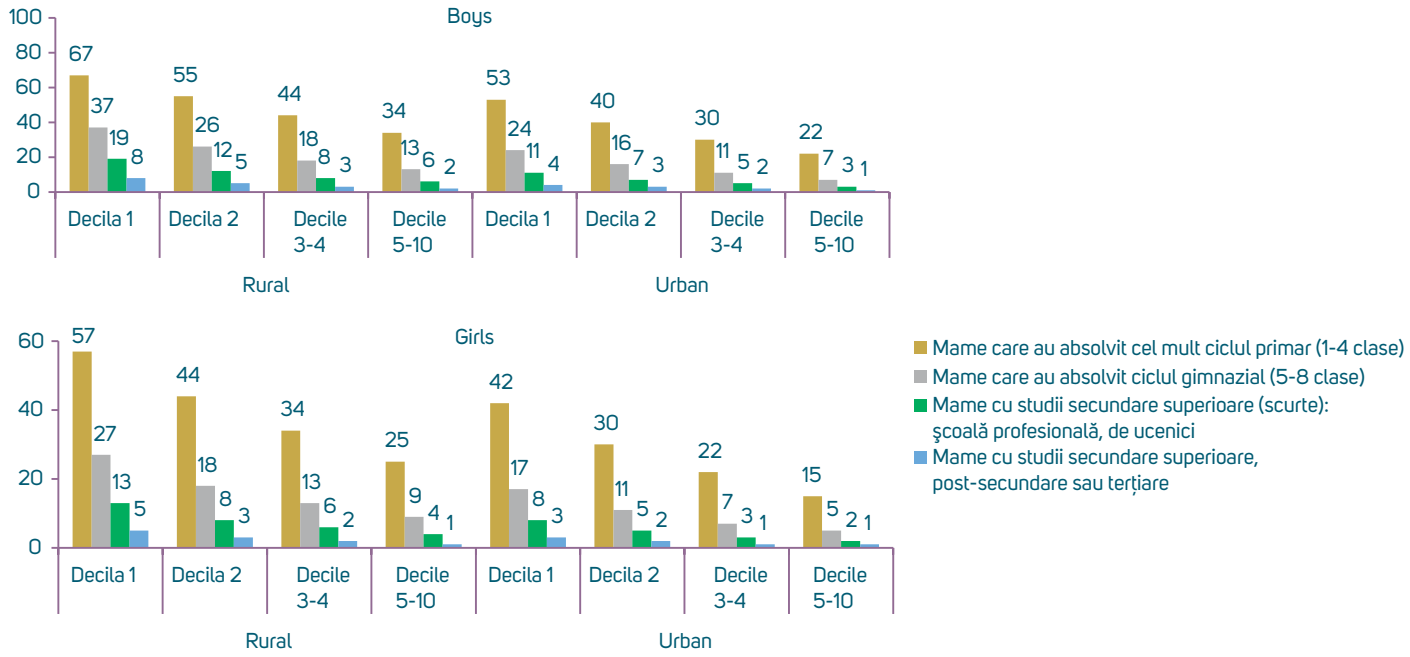
La nivel național, proporția adolescenților de 15-18 ani necuprinşi într-o formă de învățământ sau instruire a fost de 11% în perioada 2009-2012, constatându-se o discrepanță substanțială între mediul urban (6%) şi cel rural (17%). Pe lângă mediul de rezidență, factori precum venitul şi educația mamei influențează major rata de părăsire timpurie a şcolii (Figura 35). De exemplu, în cazul adolescentelor din localitățile rurale ale căror mame au cel mult studii primare, rata de părăsire timpurie a şcolii este de 57% în gospodăriile cele mai sărace, de peste două ori mai ridicată decât cea înregistrată în gospodăriile cu venituri peste medie (25%). Pe de altă parte, dacă situația financiară a elevilor se păstrează constantă, atunci educația mamei are un puternic impact asupra riscului copilului de a părăsi timpuriu şcoala. Elevii ale căror mame au cel mult patru clase prezintă un risc de 25% de a renunța la şcoală față de doar 2% în cazul elevilor ale căror mame au terminat liceul sau au studii superioare. O regresie multiplă (Anexă Tabel 6.1) indică faptul că mediul de rezidență, venitul şi nivelul de educație al mamei reprezintă factori semnificativi în ceea ce priveşte părăsirea timpurie a şcolii, însă nivelul de educație obținut de mamă este determinantul care influențează cel mai mult participarea copiilor la învățământul secundar superior. Cu alte cuvinte, dacă un copil termină învățământul obligatoriu, acest lucru se datorează mai mult educației mamei sale (prin prisma sprijinului acordat şi a valorii ataşate educației) decât banilor sau zonei geografice din care provine.

Există numeroase evidențe empirice potrivit cărora dobândirea unor competențe este benefică pentru individ şi duce la numeroase realizări pe parcursul vieții sale. De exemplu, studiul privind competențele adulților realizat de OCDE arată că adulții foarte calificați au de două ori mai multe şanse să fie angajați şi aproape de trei ori mai multe şanse să câştige peste salariul mediu decât adulții slab calificați.[260] În mod special, s-a constatat că inegalitatea înregistrată la nivelul competențelor poate fi redusă prin asigurarea unui puternic sistem profesional, mai ales în învățământul secundar superior.[261] Aceasta se datorează faptului că cei care dețin competențe inferioare obțin performanțe mai bune în cadrul unor astfel de sisteme. Cu alte cuvinte, învățământul profesional poate promova incluziunea. Pe de altă parte, s-a constatat că orientarea timpurie spre un anumit profil sau filieră educațională măreşte inegalitatea la nivelul competențelor, fără a prezenta avantajul eficacității educaționale.[262]

Rata abandonului şcolar în învățământul profesional şi tehnic constituie o preocupare aparte pentru responsabilii de politici din România şi a inspirat unele modificări la nivel de politici. În 2009-2010, guvernul a decis închiderea şcolilor de arte şi meserii din sistemul profesional şi tehnic, în principal din cauza slabei lor calități şi structuri. Aceasta a avut un impact semnificativ în următorul an şcolar, când s-a înregistrat o rată a abandonului aproape dublă în rândul elevilor IVET, de la 8,6% în 2009-2010 la 19,8% în 2010-2011. Se poate ca acest impact să fi afectat şi elevii din ciclul gimnazial cu puține şanse de succes în filiera teoretică/ academică şi care e posibil să nu mai fi simțit niciun motiv pentru a rămâne în

[257] O analiză a factorilor determinanți ai părăsirii timpurii a şcolii, la nivelul cererii şi ofertei, este prezentată în studiul Băncii Mondiale cu privire la părăsirea timpurie a şcolii, 2014: 26-28.
[258] Bădescu et al (2014: 27).
[259] Pricopie et al (2011).
[260] OCDE (2013a).
[261] Checchi et al (2014).
[262] Checchi et al (2014).

FIGURA 35: Proporţia adolescenţilor de 15-18 ani necuprinşi într-o formă de învăţământ sau instruire, în funcţie de sex, mediu de rezidenţă, nivelul de educaţie al mamei şi decile de venit (%)



Sursa: Calcule ale Băncii Mondiale în baza Anchetei bugetelor de familie 2009-2012 (date compilate).
Note: Prima decilă cuprinde 10% din populație, cu veniturile cele mai reduse de la nivelul țării. Decilele 5 până la 10 cuprind jumătate din populație, cu venituri medii spre mari.

şcoală până la finalul ciclului gimnazial odată ce nu au mai avut la dispoziție alternativa oferită de VET. În decembrie 2013, guvernul a modificat sistemul IVET printr-o ordonanță şi a oferit elevilor noi oportunități de a se înscrie în programe profesionale (şcoli profesionale) imediat după terminarea clasei a VIII-a, la finalizarea ciclului gimnazial. Conform noilor norme, elevii nu mai trebuie să ajungă în învățământul secundar superior înainte de a avea acces la sistemul IVET.[263]

Nivelul de participare la învățământul profesional şi tehnic inițial (IVET – nivelurile educaționale ISCED 3c) este încă foarte scăzut, deşi în creştere. Pe de o parte, a fost creat Programul de burse profesionale cu scopul de a creşte cererea la nivelul IVET Programul oferă 200 RON lunar oricărui elev care se înscrie în învățământul profesional şi tehnic. Pe de altă parte, câteva contrastimulente împiedică elevii să se înscrie în filierele academice ale învățământului secundar superior, cum ar fi cerințele foarte mari ale examenului de bacalaureat şi nerevizuirea pragului veniturilor în cadrul programului de burse „Bani de liceu". Prin urmare, un număr tot mai mare de absolvenți ai clasei a VIII-a au ales şcolile profesionale, mai ales cei din medii sărace şi dezavantajate, deoarece învățământul profesional permite elevilor să dobândească rapid competențe şi să acceadă mai repede la piața muncii.

Creşterea atractivității IVET ar putea mări nivelul de cuprindere a elevilor. Adesea, elevii din ciclul gimnazial defavorizați din punct de vedere socio-economic nu sunt informați corespunzător despre oportunitățile economice pe care le au la dispoziție absolvenții de şcoli profesionale, despre diferitele şcoli existente şi specializările acestora. Aceasta este într-o oarecare măsură explicația pentru faptul că nu doar oferta este relativ limitată în domeniul

[263] Banca Mondială (2014b: 26).

formării profesionale şi tehnice, ci şi cererea. Pentru a creşte cererea la nivelul IVET, măsurile propuse în Cadrul strategic PTS includ servicii de consiliere profesională în şcoli şi o promovare mai viguroasă a IVET în cadrul şi în afara şcolilor (de către profesori, consilieri şcolari, mediatori şcolari sau mass-media), cu accent pe oportunitățile profesionale şi creşterea flexibilității educației.

În paralel cu aceste acțiuni menite să crească cererea, responsabilii de politici trebuie să întreprindă o serie de demersuri pentru a spori oferta şi relevanța IVET. Multe dintre şcolile profesionale existente oferă calificări şi competențe ce nu răspund nevoilor pieței muncii. Acesta este un alt motiv pentru care absolvenții clasei a VIII-a din categoriile defavorizate nu aleg filiera profesională în învățământul secundar superior. De exemplu, şcolile agricole din mediul rural se axează, în continuare, pe metodele de organizare şi tehnologiile agricole ce se pliază pe cerințele marilor întreprinderi, deşi fermele din România sunt, în prezent, relativ mici. Acest lucru se datorează dependențelor istorice (dependențelor de cale) şi constrângerilor materiale din cauza cărora şcolile nu îşi permit să îşi modernizeze infrastructura sau să îşi diversifice oferta. Cu toate acestea, s-a înregistrat un oarecare progres la nivelul creşterii ofertei, în ultimii ani. Printr-o serie de ordine, guvernul a crescut numărul de locuri disponibile în şcolile VET pentru cei ce termină clasa a VIII-a şi a IX-a, de la 20.000 în 2012 la 26.000 în 2013 şi la 51.000 în 2014-2015 (numărul stagiilor de practică a crescut la rândul său, până la 5.000 în anul şcolar 2014-2015). La ora actuală, în momentul în care creează cursuri IVET, şcolile trebuie să prezinte un acord semnat de elevi şi familiile lor, de şcoală şi una sau mai multe companii ce vor oferi stagii elevilor. Fără acest document, Ministerul Educației nu acordă şcolii aprobarea oficială pentru a crea cursul respectiv. Din acest motiv, oferta şi calitatea cursurilor IVET depind puternic de interesul şi angajamentul companiilor față de formarea elevilor din acest sistem.

- Câteva acțiuni utile pe care ar trebui să le aibă în vedere responsabilii de politici în acest domeniu sunt:
- Crearea unor programe de ucenicie în cadrul cursurilor IVET.
- Restructurarea curriculumului IVET astfel încât să pună accent pe câteva sectoare industriale cheie în fiecare regiune.
- Dezvoltarea unor programe naționale de sponsorizare împreună cu marile companii şi încurajarea parteneriatelor cu companiile private locale.

CASETA 30

Model de bună practică: Şcoala profesională Kronstadt

Cercetarea calitativă realizată pentru acest studiu de fundamentare a dezvăluit două aspecte contradictorii. Pe de-o parte, există o cerere mare pentru lucrători calificați în toate județele şi localitățile în care au fost efectuate interviuri. Pe de altă parte, şcolile tehnice şi profesionale din acele zone folosesc un curriculum depăşit, iar stagiile de practică la angajatori sunt insuficiente şi parțial irelevante, din moment ce elevii nu dobândesc deprinderile necesare calificării pentru care se pregătesc.

În acest context, Şcoala profesională Kronstadt din România este un bun exemplu de program profesional care poate instrui cu succes profesionişti de top, îmbunătățindu-le perspectivele de angajare. Şcoala prezintă o rată de angajare după absolvire apropiată de 100%. Consiliul de administrație al şcolii este alcătuit din reprezentanți ai 12 mari antreprenori activi pe piața locală (majoritatea angajatorilor operează în zona Braşov). Principalele activități ale şcolii sunt prevăzute într-un acord de parteneriat şi cuprind selecția şi instruirea personalului didactic, procesul de examinare, elaborarea curriculumului şi predarea cursurilor atât teoretice, cât şi practice. În faza de admitere, studenții trebuie să aleagă tipul de calificare de care sunt interesați, precum şi potențialul angajator.

Şcoala Kronstadt funcționează în locul vechii şcoli profesionale, respectiv al Grupului Şcolar Industrial afiliat fabricii Rulmentul din Braşov până în 1997, când fabrica a fost declarată falimentară. O mare parte din fostul personal de la Rulmentul a fost angajată, începând din 2005, de noua înființata întreprindere Schaeffler, satisfăcând astfel parțial cererea companiei internaționale pentru o forță de muncă calificată. Cu toate acestea, personalul a trebuit instruit în tehnici de producție moderne, chiar dacă mulți dintre ei se apropiau de vârsta de pensionare, iar proaspeții

CASETA 30 (continuare)

absolvenți ai sistemului educațional nu dețineau calificări relevante. Potrivit unui studiu local realizat pentru conducerea Shaeffler, anterior proiectului şcolii profesionale, curriculumul nu reflecta tehnicile moderne de producție, iar practica în laborator era insuficientă. Pentru a compensa lipsa de angajați instruiți, a fost fondată Şcoala Kronstadt. Shaeffler angajează în jur de jumătate dintre absolvenții şcolii, chiar dacă nu este cea mai mare companie implicată în proiect.

Şcoala a început să funcționeze în 2012, când primăria a construit o nouă clădire, iar companiile au dotat sălile de clasă. În prezent, Consiliul Local este în curs de renovare a atelierului şcolii, în timp ce firmele participante vor furniza echipamentul tehnic. Principalele aspecte caracteristice ale Şcolii Kronstadt includ: (i) standarde pedagogice şi tehnice înalte în ceea ce priveşte educația şi practica; (ii) instruire practică făcută atât de instructorii angajatorilor, cât şi de personalul şcolii în unitățile angajatorilor, folosind echipamente performante; (iii) un certificat de calificare recunoscut la nivel internațional; (iv) transport la locul de muncă, masă şi regim de internat pentru copiii care vin din alte zone susținute de angajatori; (v) un ajutor de 200 de lei pe lună plătit de angajatori pe durata studiilor, pe lângă alocația de 200 de lei plătită din fonduri publice; (vi) o rată de angajare după absolvire de aproape 100%, aşa cum ilustrează şi rata de angajare a primei generații de absolvenți, din 2014, care a fost de 93,7%.

Pentru a asigura o bază cât mai largă pentru selecția elevilor, angajatorii desfăşoară activități de promovare şi recrutare în şcolile generale şi prin intermediul campaniilor publice. Şcoala organizează un turneu de promovare în județele în care îşi au sediile angajatorii. Mulți elevi află de şcoală din vorbă în vorbă, foştii angajați ai fabricii Rulmentul şi actualii angajați ai Schaeffler răspândind informația în nord-estul țării şi în alte zone mai îndepărtate, de unde sunt originari. Perspectivele educaționale şi de angajare promițătoare ale şcolii atrag un număr mare de candidați în fiecare an – de şase ori mai mare decât cele 375 de locuri alocate pentru anul şcolar 2014-2015, 60% dintre elevi provenind din alte județe decât Braşov, cum ar fi Iaşi, Maramureş, Buzău şi Vaslui. Examenul de admitere combină întrebările de cultură generală din diverse domenii (cum ar fi logică şi matematică) cu evaluarea aptitudinilor tehnice/ practice relevante pentru meseria în cauză (cum ar fi concentrarea, coordonarea şi dexteritatea). Elevii sunt pregătiți în cadrul unor programe de doi ani (începând cu clasa a X-a) sau trei ani (începând cu clasa a IX-a), putând alege între specializări precum operator la maşini-unelte cu comandă numerică (profilul cel mai răspândit), electromecanic maşini-unelte, operator instalații industriale, sculer matrițer sau confecționer articole din piele. Ocazional, şcoala oferă cursuri de pregătire de şase luni pentru adulți, iar perspectiva unei angajări preferențiale atrage şi absolvenți de studii superioare.

Fiecare elev al Şcolii Kronstadt trebuie să semneze un contract care, printre alte condiții obligatorii, impune o rată a prezenței de 95%. Curriculumul este adaptat la standardele şi cerințele mediului economic, reflectând caracteristicile tehnologice ale procesului de producție. Practica profesională este coordonată de angajatori, cu un raport de un instructor şi un profesor la 12 elevi. Ponderea pregătirii practice creşte treptat la nivelul curriculumului şi ajunge în ultimii ani de studiu să fie mai mare decât cea a cursurilor teoretice. De exemplu, practica ocupă 25% din timp în clasa a IX-a, ajungând până la 75% în clasa a XI-a în programul de trei ani. Prevederile contractului nu obligă absolvenții să accepte oferte de muncă de la companiile alese inițial, dar acest lucru se întâmple de obicei datorită nivelului salarial ridicat şi pachetelor extra-salariale. În prima generație de elevi nu au existat cazuri de abandon, deşi şase elevi s-au transferat la alte şcoli. Printr-un acord încheiat între şcoală şi o rețea privată de sănătate, se asigură îngrijire medicală, sanitară şi activități de planificare familială, precum şi asistență psihologică şi profesională.

În cazul Şcolii Kronstadt, implicarea unor mari investitori a contribuit semnificativ la stabilirea aranjamentelor instituționale şi la oferirea constantă de sprijin financiar şi tehnic. În acelaşi timp, Primăria Braşovului, unul dintre cele mai dezvoltate oraşe din țară din punct de vedere economic, a asigurat 10 din cele 16 miliarde de lei ale investiției inițiale. Pentru a înființa şcoli similare în alte zone urbane şi rurale mai puțin dezvoltate, va fi nevoie de sprijinul autorităților locale şi de elaborarea unei strategii riguroase de recrutare a antreprenorilor, împreună cu strategii clare legate atât de sistemul educațional, cât şi de serviciile de pe piața muncii.

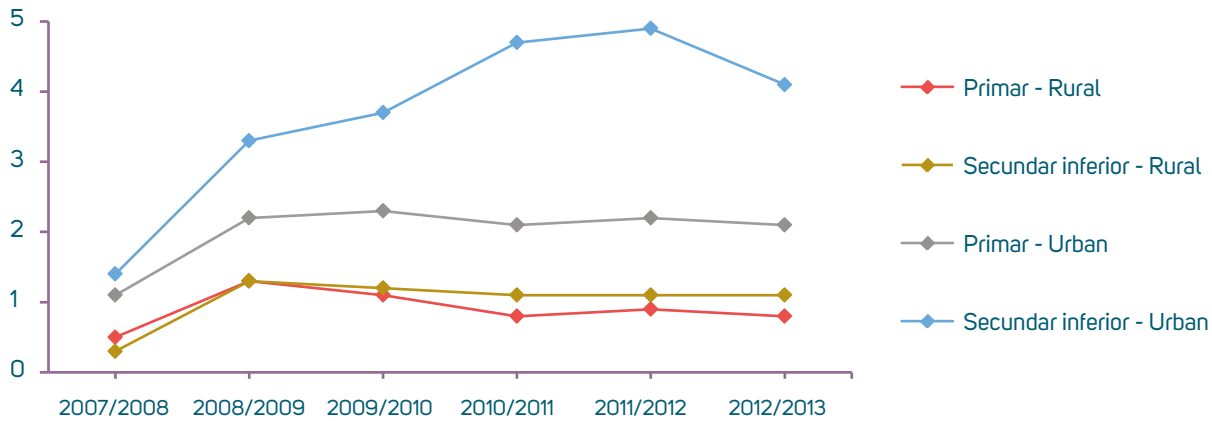
Îmbunătățirea calității IVET constituie o prioritate cheie pentru creşterea caracterului incluziv al acesteia. Rata abandonului în IVET este cea mai mare dintre toate nivelurile de învățământ. Bursa profesională, recent introdusă, se aşteaptă să acopere o parte din costurile directe şi indirecte ale participării la învățământul profesional în cazul elevilor săraci şi al familiilor lor, dar sunt slabe şanse să acopere aceste costuri la un nivel care ar permite reducerea semnificativă a abandonului, mai ales în rândul elevilor care au terminat cele zece clase ale învățământului obligatoriu. Mai mult, rata ridicată a abandonului în şcolile profesionale indică lipsa de implicare şcolară a elevilor, care denotă la rându-i probleme legate de calitatea actului didactic, gradul de adaptare şcolară şi socială şi aşteptările elevilor. Absența unor programe profesionale adaptate la nevoile tinerilor deja activi pe piața muncii (cum ar fi învățământul seral şi programe de ucenicie) constituie o altă cauză a participării atât de reduse.

Câteva acțiuni pe care ar trebui să le aibă în vedere responsabilii de politici pentru a îmbunătăți calitatea IVET sunt:

- Restructurarea programelor IVET ținând cont de elevii cu risc crescut de abandon.
- Monitorizarea prezenței şi a performanțelor şcolare ale elevilor în situație de risc.

În România, este în curs de desfăşurare o reformă a sistemului de învățământ profesional şi tehnic (VET), dar aceasta necesită analize suplimentare şi mai mult sprijin. Potrivit Cadrului strategic PTS[264] (Banca Mondială, 2014:60), reformele VET au în față două provocări majore: (i) VET nu oferă competențe tehnice de înaltă calitate care să îi ajute pe elevi să acceadă la piața muncii şi (ii) nu furnizează un nivel corespunzător de competențe generice care să ofere elevilor un punct de plecare solid pentru continuarea studiilor. În alte țări, VET a devenit un mijloc eficient de reducere a părăsirii timpurii a şcolii şi de direcționare spre învățarea pe tot parcursul vieții (IPV). În România, s-au implementat câteva proiecte şi programe[265] ce au obținut unele rezultate încurajatoare. Cu toate acestea, majoritatea acestor proiecte au fost intervenții pilot la scară mică, fiind necesară o abordare mai amplă pentru a asigura implementarea integrală a acestor reforme.

FIGURA 36: Cuprinderea în programe de educaţie de tipul „A doua şansă" (2007/2008-2012/2013)



Sursa: Banca Mondială (2014b) în baza datelor furnizate de Ministerul Educației.

[264] Banca Mondială (2014b: 60). Cadrul strategic PTS include două măsuri ce vizează creşterea atractivității şi relevanței VET. Acestea sunt: (i) restructurarea parcursurilor VET în sensul creşterii flexibilității şi permeabilității şi reformarea curriculumului şi (ii) organizarea de cursuri de formare pentru profesori şi management.

[265] În diverse domenii: pregătirea profesorilor, dezvoltare curriculară, conectarea VET la nevoile pieței, deschiderea şcolilor către comunitate şi mediul de afaceri, elaborarea şi monitorizarea planurilor de acțiune ale şcolilor. De exemplu, vezi http://www.tvet.ro/index.php/ro/proiecte-de-dezvoltare-a-invamantului-profesional-si-tehnic/88.html sau http://www.tvet.ro/index.php/ro/proiecte-de-dezvoltare-a-invamantului-profesional-si-tehnic/191.html.

Educația de tipul „A doua şansă" reprezintă principala reformă implementată de Ministerul Educației.[266] Din Figura 36 reiese că cele mai multe înscrieri la cursurile „A doua şansă" se înregistrează în mediul urban, numărul cel mai mare prezentându-l ciclul gimnazial. Alte măsuri includ introducerea cursurilor serale în învățământul secundar şi a celor cu frecvență redusă în învățământul primar şi secundar.

Având în vedere numărul actual al copiilor sub 18 ani ce nu merg la şcoală, este esențial să se găsească alternative adresate celor ce nu pot frecventa cursurile „A doua şansă" după ciclul gimnazial. VET de tipul „A doua şansă" este singurul program de acest gen disponibil după nivelul gimnazial. Totuşi, numărul mic al înscrierilor indică faptul că numeroşi copii sub 20 de ani aflați în afara sistemului de învățământ nu beneficiază de astfel de cursuri. Din totalul de 8.143 de elevi înscrişi în VET de tipul „A doua şansă" în anul şcolar 2012-2013,[267] două treimi (5.372) aveau minim 20 de ani.

2.4.3. Promovarea unui acces mai mare la învăţământul terţiar în cazul categoriilor subreprezentate

Principalele provocări întâmpinate de responsabilii de politici în domeniul învățământului terțiar constă în creşterea accesului, susținerea participării, îmbunătățirea calității şi creşterea relevanței la nivelul acestui subsector. Înscrierea în învățământul terțiar a scăzut cu 35%, de la 716.464 (în 2005/2006) până la 464.592 (în 2012/2013). Conform INS, în cazul studenților de 18 ani (vârsta de accedere la educația terțiară), rata de cuprindere în învățământul terțiar a scăzut cu 50% din 2005/2006 până în 2012/2013. În plus, ca peste tot în lume, în România există o puternică legătură între statutul socio-economic şi alegerea şi absolvirea educației terțiare. În 2009, peste 50% dintre tinerii români din grupa de vârstă 25-29 ani ce fac parte din chintila cea mai înstărită deținea o diplomă universitară, în timp ce la nivelul chintilei celei mai sărace rata de absolvire a învățământului terțiar, în aceeaşi grupă de vârstă, era de doar 5% (în 2009). Cu toate că situația a cunoscut o oarecare ameliorare în perioada 2002-2009, elevii din gospodăriile mai sărace (şi rurale) continuă să rămână mult în urma colegilor lor mai înstăriți în ceea ce priveşte parcurgerea învățământului terțiar.

Câteva dintre acțiunile prioritare pe care ar trebui să le aibă în vedere responsabilii de politici sunt:

- Stabilirea unor parcursuri clare privind trecerea de la învățământul profesional sau alte tipuri de învățământ secundar la învățământul terțiar
- Înlocuirea derogărilor de la plata taxei de şcolarizare acordate pe baza meritelor cu un set mai limitat de burse oferite în funcție de nevoi
- Lansarea unui program de împrumuturi pentru studenți cât mai repede cu putință
- Încurajarea instituțiilor de învățământ terțiar să asiste studenții din categoriile subreprezentate şi studenții netradiționali, inclusiv adulții
- Creşterea transparenței informațiilor legate de oportunitățile şi rezultatele educaționale şi acordarea de îndrumare adecvată studenților pentru a asigura alegerea informată a parcursului educațional şi pentru a reduce rata abandonului.

2.4.4. Îmbunătăţirea accesului la învăţare şi formare pe tot parcursul vieţii pentru tinerii dezavantajaţi şi populaţia în vârstă de muncă

Participarea categoriilor dezavantajate la programe de învățare pe tot parcursul vieții (IPV) este deosebit de scăzută. Obiectivul pentru România, aşa cum este prevăzut în țintele strategiei Europa 2020 a Uniunii Europene, este

[266] Educația de tipul „A doua şansă" este furnizată de către Ministerul Educației încă din 2001, cu accent pe tinerii cu vârste între 14 şi 24 de ani, cu scopul de a-i ajuta să termine studiile gimnaziale. Această abordare a fost ulterior extinsă pentru a cuprinde alte zone de educație. A fost conceput şi implementat un nou curriculum pentru educația de tipul „A doua şansă" în învățământul primar şi cel secundar. S-au implementat în fază pilot programe „A doua şansă" care vizează în principal categoriile cu risc, mai ales populația romă.

[267] Cu o alocare de 18.326 milioane RON în 2013.

creşterea ratei de participare a adulților (cu vârste între 25 şi 64 de ani) la IPV până la 10% în 2020. Între 2007 şi 2013, România nu a înregistrat niciun progres semnificativ la acest capitol, rata crescând uşor de la 1,3% la doar 2%. Rata din 2012 (1,4%) s-a aflat mult sub media UE-27 de 8,9%. România prezintă una dintre cele mai mici creşteri medii din UE în acest domeniu şi nu reuşeşte să realizeze progresele minime cerute de Comisia Europeană. Lipsa resurselor financiare împiedică participarea la programele IPV, în special în cazul categoriilor dezavantajate. Într-un studiu realizat de Banca Mondială în 2014, 22,8% dintre cei aproape 400 de actori implicați în învățarea pe tot parcursul vieții în România au declarat că un obstacol pentru creşterea participării este costul educației şi al formării.[268] Acesta reprezintă un factor foarte important la nivelul politicii de incluziune socială deoarece IPV este esențială pentru abilitarea celor ce se confruntă cu riscul excluziunii.

Cadrul strategic pentru învățarea pe tot parcursul vieții din România (2014) include anumite inițiative şi măsuri menite să crească nivelul de participare la IPV. Cadrul recomandă dezvoltarea serviciilor de consiliere cu privire la educație şi formare adresate elevilor din învățământul secundar superior şi cel terțiar, adulților care au ieşit din sistemul de educație formală, solicitanților de locuri de muncă şi categoriilor subreprezentate. Mai recomandă acordarea unor tichete şi burse şomerilor pentru a-i ajuta să îşi continue studiile. Combinația de burse, tichete şi consiliere intensivă cu scopul de a-i ajuta pe potențialii cursanți să facă alegeri corecte ar trebui să ducă la creşterea cererii de servicii IPV.

2.4.5. Creşterea accesului la educaţie de calitate pentru copiii din grupurile vulnerabile

Această secțiune vizează copiii cu cerințe educaționale speciale, copiii cu dizabilități, copiii romi şi copiii ce trăiesc în zonele rurale izolate.

Copiii cu cerinţe educaţionale speciale şi copiii cu dizabilităţi

În România, persoanele cu dizabilități sunt prinse într-un cerc vicios al accesului limitat la educație, discriminării, oportunităților reduse de angajare şi sărăciei.[269] Mai multe studii publicate în ultimii ani arată că diferitele programe finanțate de guvern şi/sau UE cu scopul de a creşte participarea persoanelor cu dizabilități la educație şi piața muncii au ameliorat prea puțin situația acestora.[270] Aceasta din cauza lipsei de sprijin din partea profesorilor, a părinților şi a angajatorilor, precum şi a lipsei unor acțiuni decisive realizate de autoritățile locale şi centrale.

Sunt necesare o metodologie standardizată pentru statisticile anuale şi un mecanism dedicat de monitorizare permanentă şi fiabilă astfel încât să se poată documenta accesul la educație al copiilor cu cerințe educaționale speciale (CES) şi/sau dizabilități.[271] Statisticile oficiale sunt realizate fragmentar de către numeroase departamente şi ministere, fiind colectate şi raportate sistematic doar de Direcția pentru Protecția Persoanelor cu Handicap (DPH) şi de Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului şi Adopție (ANPDCA), ambele subordonate Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale şi Persoanelor Vârstnice (MMFPSPV). Totuşi, aceste două seturi de statistici nu sunt comparabile fiindcă ANPDCA include şi copiii din instituții, în timp ce DPH nu are acces la astfel de date. Aşadar, la finalul lui 2013, DPH a raportat un număr de 60.993 de copii cu dizabilități în România, în timp ce ANDPCA a declarat un număr de 70.647.[272] Datele ANPDCA referitoare la participarea la educație a copiilor cu dizabilități sunt furnizate de către Direcțiile Județene de Asistență Socială şi Protecția Copilului (DGASPC). Ocazional, Ministerul Educației publică, la rândul său, date legate de numărul copiilor cu dizabilități din şcoli, aşa cum a făcut-o de exemplu în cadrul răspunsului Guvernului României la chestionarul Biroului Înaltului Comisar ONU pentru Drepturile Omului (OHCHR) în legătură cu dreptul la educație al persoanelor cu dizabilități[273], din decembrie 2013. Din nou, au existat diferențe între datele oficiale furnizate de ANDPCA şi cele publicate de Ministerul Educației. În plus, o serie de studii au furnizat alte

[268] Banca Mondială (2014c).
[269] Guttman (2011).
[270] Preda (coord., 2009), Szekely (2012), Tudorache et al (2013).
[271] Vezi, de exemplu, Agenția Europeană pentru Dezvoltarea Educației Speciale (2009).
[272] În decembrie 2013, DPH a raportat 60.993 de copii cu dizabilități, din care 31.740 copii cu dizabilități grave, 11.922 cu dizabilități accentuate, 16.494 cu dizabilități medii şi 837 cu dizabilități uşoare (MMFPSPV, Buletin statistic, decembrie 2013 http://www.mmuncii.ro/j33/images/buletin_statistic/dizabilitati_anul_2013.pdf). Pentru aceeaşi perioadă, ANPDCA a raportat 70.647 de copii cu dizabilități, din care 34.905 copii cu dizabilități grave, 13.861 cu dizabilități accentuate, 20.121 cu dizabilități medii şi 1.760 cu dizabilități uşoare (MMFPSPV, Buletin trimestrial privind copiii cu dizabilități, decembrie 2013 http://www.copii.ro/alte_categorii.html).
[273] http://www.crj.ro/userfiles/editor/files/Response%20by%20the%20Government%20of%20Romania.doc.

statistici.[274] În ceea ce priveşte copiii cu cerințe educaționale speciale (CES), nu există niciun sistem de monitorizare şi nicio agenție guvernamentală nu publică rapoarte periodice cu privire la situația acestora. Unii copii cu CES prezintă şi dizabilități, însă majoritatea sunt copii superdotați sau, mai frecvent, copii cu tulburări de comportament sau întârzieri de dezvoltare asociate traiului în familii extrem de sărace. Şi opusul este valabil, şi anume unii copii cu dizabilități prezintă şi cerințe educaționale speciale, dar nu toți (cu alte cuvinte, majoritatea acestor copii au un handicap fizic, nu şi unul mental sau intelectual). Din cauza lipsei unor date consistente, este imposibil de analizat relația dintre aceste două categorii de copii (cu CES şi/sau dizabilități) sau de cuantificat nivelul actual al participării lor la educație. Ponderea persoanelor cu dizabilități în populația totală a României este estimată undeva la 3,5%. Dintre aceste persoane, sub 10% sunt copii, ceea ce înseamnă că incidența dizabilității în rândul copiilor din România pare a fi mult mai scăzută decât nivelul mondial de aproximativ 10%. Este posibil ca acest lucru să se datoreze problemelor întâmpinate de autoritățile române în încercarea de a identifica toate cazurile de dizabilitate.[275] Aceste probleme sunt, în mare parte, cauzate de eforturile eşuate ale guvernului însoțite de stigmatul ataşat dizabilității, ceea ce face ca persoanele în cauză să nu-şi dorească să admită că au o dizabilitate.[276] Aşa cum subliniază adesea literatura de specialitate din domeniul dizabilității, subraportarea incidenței dizabilității şi a cerințelor educaționale speciale face ca mulți copii cu nevoi să nu beneficieze de îngrijire şi educație corespunzătoare.

În vederea creşterii participării la educație a copiilor cu dizabilități, evaluarea cerințelor educaționale speciale ar trebui îmbunătățită şi corelată mai eficient cu evaluarea şi confirmarea anuală a dizabilităților copiilor de către DGASPC. În sectorul educației, Centrele Județene de Resurse şi Asistență Educațională (CJRAE) răspund de integrarea în sistemul de învățământ a copiilor cu nevoi speciale. CJRAE au de asemenea sarcina de a oferi şcolilor, părinților şi profesorilor sprijin şi asistență profesionistă cu scopul de a asigura o educație incluzivă (Legea 1/2011, art. 99 (6)). În domeniul protecției copilului, serviciul de evaluare complexă din cadrul DGASPC confirmă diagnosticul copiilor cu dizabilități anual şi formulează propuneri pentru includerea lor în sistemul de învățământ, cu un plan special de recuperare. În ceea ce priveşte şcolarizarea copiilor cu dizabilități, CJRAE şi DGASPC cooperează cu comisiile de orientare şcolară, organizate diferit, în funcție de județ. Această comisie decide parcursul şcolar al fiecărui copil cu dizabilități şi CES în învățământul preşcolar, primar şi secundar şi eliberează un certificat prin care recomandă tipul de şcoală pentru fiecare ciclu de patru ani (ciclul primar, secundar inferior şi superior), precum şi recomandări pentru un plan de servicii adresat fiecărui copil.

Potrivit legislației naționale, copiii şi tinerii cu dizabilități pot beneficia de educație în şcolile de masă, în şcolile speciale sau în clase speciale integrate în şcolile de masă. În teorie, opțiunea cea mai potrivită pentru fiecare copil este aleasă de familia acestuia, care se consultă cu comisia de orientare şcolară de la nivel județean. În temeiul legislației române, gradul şi tipul de handicap al copilului ar trebui să determine parcursul şcolar ales. Cu toate acestea, în timpul studiului calitativ realizat în cadrul acestui proiect, au fost evidențiate diverse probleme de către profesioniştii din domeniul educației, educației speciale şi protecției copilului, de către ONG-uri şi familiile copiilor cu CES şi/sau dizabilități:

- Serviciul de evaluare complexă al DGASPC informează copiii cu dizabilități şi familiile lor despre existența comisiei de orientare şcolară, însă lasă la latitudinea familiei decizia de a se prezenta sau nu în fața comisiei. Totodată, nu există un mecanism oficial prin care serviciul de evaluare complexă să transmită comisiilor de orientare şcolară lista completă a copiilor cu dizabilități, deşi acest lucru ar facilita monitorizarea acestor copii şi a participării lor la educație. Aceasta înseamnă că deciziile legate de participarea şcolară a unui copil cu dizabilități revin exclusiv părinților, fără niciun sprijin sau îndrumare. În consecință, un număr mare de copii cu dizabilități rămân neşcolarizați.

- Chiar dacă părinții se prezintă la comisia de orientare, adesea aceasta nu ține cont de părerile exprimate de copiii cu dizabilități şi familiile lor, ci tinde să îi direcționeze spre şcolile speciale. Cu toate acestea, Legea educației prevede educarea copiilor cu dizabilități, în principal, în şcolile de masă (Legea 1/2011, Capitolul 2, art. 50).

- Potrivit legislației, un copil nu trebuie să posede un certificat de încadrare în grad de handicap pentru a fi evaluat în vederea acordării de sprijin specific în şcoli

[274] Vrăjmaş et al (2010).
[275] Preda (coord., 2009) și Hatos (2010).
[276] UNICEF (2007).

(fie de masă, fie speciale). Identificarea copiilor cu CES se face prin intermediul unui serviciu de evaluare specială ce funcționează în cadrul CJRAE. Includerea copiilor cu CES în şcolile de masă sau cele speciale se decide de către comisiile de orientare şcolară. Părinții, educatorii (din creşe sau grădinițe), profesorii, psihologii şcolari şi/sau alți profesioniști ce lucrează cu copilul într-o anumită etapă a dezvoltării sale sunt cei care solicită evaluarea copilului de către CJRAE. Evaluarea şi orientarea copiilor cu CES (mai ales a celor fără dizabilități) sunt denaturate de următoarele practici:

- Adesea, părinții se simt „ruşinați" de faptul că au un copil cu cerințe educaționale speciale, aşadar nu contactează comisia de orientare şcolară, chiar dacă semnele sunt evidente.[277]
- Părinții cu un nivel scăzut de educație nu sunt întotdeauna în măsură să recunoască semnele CES şi preferă să spună că respectivului copil „nu îi place şcoala", lăsându-l mai degrabă să renunțe la studii decât să caute o soluție alternativă care să fie în interesul superior al copilului.
- Uneori, părinții din gospodăriile extrem de sărace află că în şcolile speciale se acordă elevilor diverse prestații în natură şi servicii de sprijin (precum alimente, îmbrăcăminte şi rechizite) ce nu sunt disponibile în şcolile de masă. În încercarea de a obține aceste beneficii, contactează comisia de orientare şcolară. În multe cazuri, copiii lor sunt acceptați pentru că prezintă o întârziere de dezvoltare de doi ani ca urmare a traiului în sărăcie extremă, fără sprijin şi îngrijire corespunzătoare, într-un mediu ostil şi nestimulator.
- Unii profesori, mai ales cei din şcolile şi clasele de vârf, care se concentrează excesiv pe performanțele şcolare, tind să îndrume spre comisia de orientare şcolară orice copil din familiile cu venituri mici sau cu probleme care este repartizat clasei lor, adesea cu sprijinul familiilor celorlalți elevi.
- Sunt profesori care îndrumă spre comisia de orientare şcolară unii dintre elevii lor cu rezultate slabe, în condițiile în care profesorii pot primi bonusuri anuale de performanță pentru identificarea copiilor cu CES şi integrarea acestora în clasele lor.
- Profesorii tind să îndrume către comisia de orientare şcolară elevii adolescenți cu rezultate şcolare slabe, în special pe cei dintr-un mediu familial defavorizat sau cei cu tulburări de comportament, în principal pentru că nu sunt pregătiți să facă față acestor cazuri dificile, iar şcolile nu au consilieri sau psihologi care să ofere sprijin propriu-zis acestor copii.

- Sarcina monitorizării situației copilului pe parcursul întregii sale educații ar trebui atribuită în mod clar uneia sau mai multor agenții relevante, cum ar fi CJRAE, şcolile sau inspectoratele şcolare. Situația trebuie (re)evaluată constant şi orice măsuri de sprijin trebuie ajustate periodic la nevoile în schimbare ale copilului.

- Mulți copii cu dizabilități complexe termină învățământul obligatoriu, dar nu reuşesc să treacă examenele necesare pentru a accede la nivelul secundar superior sau examenul de bacalaureat, în principal din cauza lipsei unor servicii de sprijin (cum ar fi consilierii) şi a neadaptării curriculumului şi a planurilor de intervenție personalizate la nevoile lor. Astfel, una dintre cele mai serioase probleme cu care se confruntă persoanele cu dizabilități este trecerea de la un ciclu de învățământ la altul. În aceste etape, este necesar un plus de coordonare între diferitele organisme implicate, inclusiv serviciul de evaluare complexă şi comisia de orientare şcolară. În mod similar, comisia de orientare şcolară trebuie să ia în calcul programele de formare profesională sau cursurile oferite de şcolile profesionale.

Dezvoltarea unei culturi incluzive în şcoli şi comunități este esențială pentru creşterea participării copiilor cu dizabilități la educație şi încurajarea integrării lor în şcolile de masă. Diferite cercetări, rapoarte şi interviuri cu familiile copiilor cu dizabilități ilustrează problemele cheie cu care se confruntă familiile în momentul în care copiii lor cu dizabilități intră în sistemul de învățământ.[278] S-a dovedit că educarea copiilor cu dizabilități în şcolile de masă nu este uşoară, mai ales pentru că mulți profesori şi familiile copiilor fără dizabilități sunt împotriva prezenței lor în şcoli. Nu există o cultură a incluziunii în şcoli, nici respect pentru diferențe sau pentru maximizarea potențialului individual. Accentul, la nivelul învățământul românesc, pe competiție şi cunoştințe, dublat de sistemul de notare, pune o mare presiune pe elevi, profesori şi familii. Părinții copiilor cu dizabilități au invocat

[277] UNICEF (2012: 42).

frecvent această atitudine ca fiind principalul obstacol pentru accesul la educație al copiilor lor. Aceasta înseamnă că preferă, de multe ori, să îşi trimită copiii la şcoli speciale atâta timp cât găsesc un parcurs educațional adecvat pentru copilul lor în acest sector. Pentru a promova o cultură mai incluzivă la nivelul şcolilor, responsabilii de politici ar trebui să aibă în vedere următoarele acțiuni:

- Crearea unor noi programe de formare a părinților, a îndrumătorilor şi a personalului didactic cu privire la interacțiunea şi asistarea copiilor cu CES şi/sau dizabilități, eventual prin utilizarea fondurilor din cadrul Programului Operațional Capital Uman (POCU).
- Includerea temei referitoare la toleranța față de persoanele cu dizabilități şi la diversitate în curriculumul şcolar pentru a reduce stigmatul şi respingerea ce însoțesc dizabilitatea şi CES.

Colaborarea dintre profesori şi familii trebuie întărită. În momentul de față, nu există un cadru pentru un parteneriat efectiv şi constructiv între profesori şi părinții elevilor lor, ceea ce înseamnă că aşteptările de ambele părți sunt deseori nerealiste şi influențate de concepții greşite şi prejudecăți. Ar fi indicat ca responsabilii de politici să ia în considerare posibilitatea mandatării sarcinii creării unor mecanisme instituționale solide în şcoli (cum ar fi asociații ale părinților/profesorilor), care ar facilita stabilirea unei relații de încredere, cooperare şi dialog între profesori şi părinți.

Guvernul ar trebui să scrie şi să adopte o lege privind educația incluzivă, conform recomandării Biroului Înaltului Comisar ONU pentru Drepturile Omului (Caseta 31). Cadrul legislativ ce reglementează accesul la educație al persoanelor cu dizabilități este vast şi acoperă toate aspectele educației, de la nivelul preşcolar până la învățământul terțiar şi formarea profesională (vezi Anexa 6, Secțiunea II). România a ratificat Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (CDPD) în decembrie 2010, însă nu a transmis încă Comitetului ONU pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități un raport național oficial referitor la implementarea Convenției (aşa cum ar fi trebuit să o facă în 2013). Dreptul persoanelor cu dizabilități la educație în şcolile de masă este prevăzut în art. 24, alin. 2 lit. (a) al CDPD, potrivit căruia niciunui elev nu i se poate refuza accesul la învățământul general din cauza dizabilității. Ca o măsură anti-discriminare, această „clauză de ne-respingere" produce efecte imediate. Responsabilii de politici ar trebui să asigure adoptarea unei noi legi a educației care să cuprindă, în mod explicit, o „clauză de ne-respingere" ce interzice neacceptarea în şcolile de masă a elevilor cu dizabilități şi garantează continuitatea educației acestora. Ar trebui să se elimine evaluările centrate pe deficiențe, realizate actualmente, pentru repartizarea elevilor în şcoli şi, în schimb, ar trebui evaluați elevii cu dizabilități pentru a le identifica nevoile de sprijin în scopul participării lor efective la şcolile de masă. Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale şi Persoanelor Vârstnice este în curs de elaborare a unei Strategii privind incluziunea socială

CASETA 31

Oportunitatea introducerii unei legi privind educaţia incluzivă

În 2013, Biroul Înaltului Comisar ONU pentru Drepturile Omului a realizat un Studiu tematic privind dreptul la educație al persoanelor cu dizabilități. Citatul de mai jos este preluat din secțiunea de concluzii şi recomandări a raportului respectiv.

„Statele ar trebui să înființeze, prin legi privind educația incluzivă, un sistem de educație incluzivă sub egida ministerelor educației, care să interzică neacceptarea în şcolile de masă pe criterii de dizabilitate şi să prevadă adaptarea rezonabilă a condițiilor. În baza unui plan de transformare, ar trebui să se stabilească un cadru de implementare a unui sistem de educație incluzivă, cu obiective măsurabile. Statele ar trebui să creeze programe de pregătire a profesorilor, să înființeze fonduri pentru realizarea adaptării rezonabile, să pună la dispoziție materiale accesibile, să promoveze medii incluzive, să perfecteze metodele de testare, să promoveze transferul din şcolile speciale în şcolile de masă, să promoveze monitorizarea cu ajutorul unor indicatori ai educației incluzive, să acorde sprijin adecvat elevilor şi să utilizeze mijloacele de comunicare şi formatele corespunzătoare. Şcolile trebuie finanțate adecvat, în timp ce disponibilitatea resurselor nu ar trebui să stea la baza refuzului accesului la dreptul la educație pentru un elev cu dizabilitate."

Sursa: OHCHR (2013).

[278] De exemplu, Horga şi Jigău (2010), Ghergut (2011), Toth (2013), Centrul European pentru Drepturile Copiilor cu Dizabilități (2013) şi Chiriacescu (2014).

a persoanelor cu dizabilități (2015-2020).

Copiii cu cerințe educaționale speciale (CES) şi copiii cu dizabilități se numără printre categoriile cu cel mai mare risc de neşcolarizare, mai ales în mediul rural. Aşa cum indică şi Recensământul din 2011, unul din trei copii de 7-14 ani cu o incapacitate invalidantă (totală sau parțială) fie nu a fost niciodată înscris la şcoală, fie a abandonat studiile. Potrivit datelor oficiale, proporția totală a copiilor cu dizabilități ce nu frecventează niciun tip de şcoală (de masă sau specială) variază între 24% şi 40%, în funcție de sursa datelor.[279] De asemenea, 5.191 de copii nu beneficiază de servicii de sprijin educațional, deşi au fost identificați ca având CES de către serviciul de evaluare al CJRAE. În plus, diverse studii arată că majoritatea copiilor cu dizabilități care nu merg la şcoală provin din mediul rural (vezi Tabel 33).[280] Din aceste date reiese clar că numeroşi copii cu dizabilități rămân în afara sistemului de învățământ în România. Familiile şi ONG-urile trag un semnal de alarmă cu privire la metodele necorespunzătoare folosite actualmente de multe şcoli (de masă şi speciale) pentru a cuprinde:[281]

- Copiii cu tulburări din spectrul autismului
- Copiii cu probleme de comportament
- Copiii cu ADHD
- Copiii cu HIV/SIDA şi boli rare
- Copiii cu dizabilități intelectuale grave

Copiii cu dizabilități complexe (cum ar fi deficiențe asociate sau limitări funcționale şi dependențe complexe).

TABEL 33: Numărul copiilor români cu dizabilităţi neşcolarizaţi, în funcţie de gradul de handicap, grupa de vârstă şi mediul de rezidenţă, 2011

Grad de handicap	3-6 ani	7-10 ani	11-14 ani	Rural	Urban	Total
Handicap uşor	364	23	33	236	184	420
Handicap mediu	1,490	364	393	1,081	1,166	2,247
Handicap accentuat	1,211	479	521	1,266	945	2,211
Handicap grav	3,805	2,454	2,369	4,867	3,761	8,628
Total	6,870	3,320	3,316	7,450	6,056	13,506

Sursa: UNICEF (2012: 25).

Notă: Numărul total al copiilor cu dizabilități la acea vreme era de 60.269, potrivit statisticilor oficiale ale DPH

Creşterea numărului programelor de formare profesională adresate adolescenților cu dizabilități în funcție de capacitățile lor şi de oportunitățile existente pe piața muncii a devenit o necesitate. Un studiu de cercetare realizat în 2009[282] arată că procentul persoanelor cu dizabilități cu vârste cuprinse între 18 şi 55 de ani, fără o educație formală, era de şapte ori mai mare decât în rândul populației totale, iar rata abandonului după ciclul primar era de două ori mai ridicată. Studiul a constatat, de asemenea, că doar 17,5% dintre persoanele cu dizabilități din această grupă de vârstă a terminat liceul şi doar 8,3% au urmat studii superioare. În acelaşi studiu se afirmă că învățământul profesional şi vocațional special mai accesibil persoanelor cu dizabilități ar creşte oportunitățile de angajare ale acestora, având în vedere că multe dintre ele urmează în prezent acest parcurs educațional. Cu toate acestea, în practică, rata ocupării forței de muncă nu este mai mare în rândul persoanelor cu dizabilități ce termină o şcoală profesională, în principal pentru că învățământul profesional nu este adaptat şi nu ține cont de capacitățile persoanelor sau de cerințele pieței. Actualul sistem de formare profesională adresat persoanelor cu dizabilități le califică în profesii sau activități ce nu mai au căutare pe piața muncii sau în ocupații pe care persoanele cu dizabilități nu le pot realiza în mod

[279] Aceste date au fost furnizate de Ministerul Educației în cadrul răspunsului Guvernului României la chestionarul OHCHR în legătură cu dreptul la educație al persoanelor cu dizabilități, decembrie 2013.
[280] UNICEF (2012).
[281] Centrul European pentru Drepturile Copiilor cu Dizabilități (2013).
[282] Fundația Motivation şi Societatea Academică din România (2009).

corespunzător. Prin urmare, majoritatea dintre puținii tineri cu dizabilități care reuşesc să obțină o calificare se confruntă cu provocări majore în găsirea unui loc de muncă. În concluzie, responsabilii de politici ar trebui să se gândească la crearea şi implementarea unor noi filiere profesionale în învățământul secundar superior, eventual cu finanțare europeană, în cadrul cărora să se ofere persoanelor cu dizabilități calificări adecvate şi căutate de proiectele de economie socială. [283]

Creşterea incluziunii persoanelor cu dizabilități pe piața muncii va presupune o mai bună participare a acestora la educație, lărgind spectrul programelor de învățare pe tot parcursul vieții şi flexibilizând sistemele de calificare. În prezent, persoanele cu dizabilități au foarte puține oportunități de învățare pe tot parcursul vieții şi de educație continuă. Doar 1,5% dintre adulții cu dizabilități erau implicați într-un program de formare continuă în 2008, o proporție egală cu cea înregistrată la nivelul populației totale în România, dar mult mai scăzută decât media UE-28 de 9,3%.

CASETA 32

Reţeaua educaţională disponibilă la ora actuală copiilor şi tinerilor cu dizabilităţi din România

În prezent, copiii şi tinerii cu dizabilități au la dispoziție următoarele unități de învățământ:

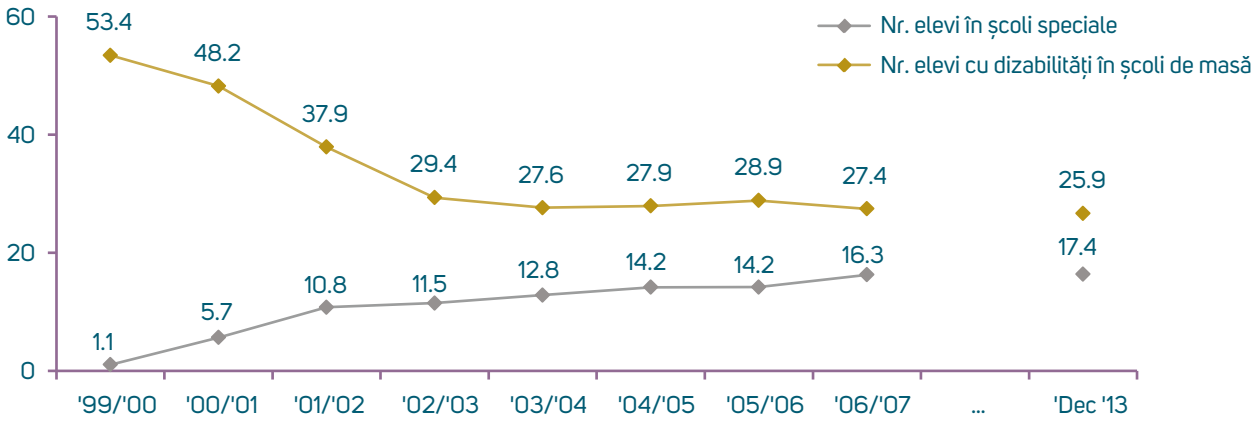
- Grădinițe, şcoli, licee, şcoli postliceale de masă (cu sau fără cadre didactice de sprijin sau itinerante)
- Grădinițe, şcoli, licee, şcoli postliceale speciale
- Centre de zi (cu o componentă educațională)
- Educație specială integrată, ce constă în: (i) clase speciale integrate în grădinițele, şcolile şi liceele de masă sau (ii) integrarea individuală a copiilor cu CES în clasele de masă
- Şcoli alternative create de ONG-uri sau instituții publice (de exemplu, Freinet, Montessori, pedagogia curativă, Planul Jena, Step by Step şi Waldorf) ce aplică curriculumul existent acreditat pentru aceste metode educative alternative în România. Comisia națională pentru alternative educaționale reglementează aceste şcoli alternative.
- Şcoli profesionale (şcoli vocaționale)
- Şcoli profesionale speciale
- Licee tehnologice speciale
- Centre de educație incluzivă.

În cazul unor nevoi mai specifice, persoanele cu dizabilități pot beneficia de educație de masă sau specială fie la domiciliu, fie în grupe sau clase organizate în spitale şi centre de reabilitare (pentru copiii ce suferă de boli cronice sau cei care au nevoie de o perioadă de reabilitare/ spitalizare de maxim patru săptămâni).

Sursa: Legea educației 1/2011 şi Ordinul 3283/2012 al Ministerului Educației.

[283] Vezi, de exemplu, Agenția Europeană pentru Dezvoltarea Educației Speciale (2006).

FIGURA 37: Numărul copiilor cu cerinţe educaţionale speciale în şcolile din România, 1999-2013



Sursa: Vrăjmaș et al (2010: 70), actualizat în decembrie 2013 cu datele furnizate de Ministerul Educației în cadrul răspunsului Guvernului României la chestionarul OHCHR în legătură cu dreptul la educație al persoanelor cu dizabilități.

S-a înregistrat un progres în tranziția copiilor cu CES şi/ sau dizabilități din şcolile speciale în cele de masă, care ar trebui să continue şi în următorii ani. Începând cu 1998, au fost luate câteva măsuri lăudabile legate de transferarea mai multor elevi cu dizabilități în clase normale. Reforma consistentă de la nivelul politicilor din anul 2000 a conferit Ministerului Educației rolul de a asigura incluziunea copiilor cu CES în şcolile de masă. Patru ani mai târziu, Ministerul a emis un ordin menit să încurajeze şcolile să înscrie copiii cu CES (Ordinul nr. 5379/25.11.2004). Prin urmare, numărul elevilor cu CES din şcolile speciale s-a redus la jumătate (de la 53.000 în 2000 la sub 26.000 în 2013), în timp ce numărul elevilor cu CES înscrişi în şcoli normale a depăşit 17.000 la finalul lui 2013 (Figura 37). Actualele prevederi legislative (Legea 1/2011, Capitolul 2, art. 50) recomandă ca majoritatea copiilor cu dizabilități să fie educați în şcolile de masă. În plus, potrivit datelor oficiale, 5.191 de elevi identificați ca având nevoie de sprijin educațional special nu primesc acest suport educativ individualizat (probabil din cauza numărului insuficient al profesorilor de sprijin) şi 1.137 de elevi sunt şcoliți acasă. Este important de evidențiat faptul că închiderea şcolilor de arte şi meserii a dus la scăderea numărului de elevi cu CES înscrişi în învățământul profesional special, de la 12.468 în 2000 la 2.094 în 2012, continuând să scadă până la 1.628 în 2012-2013.

Investirea în Centrele Județene de Resurse şi Asistență Educațională (CJRAE) astfel încât acestea să devină adevărate centre de resurse pentru educația incluzivă ar constitui o realizare majoră în domeniul educației copiilor cu dizabilități. CJRAE, finanțate corespunzător şi dotate cu personal profesionist şi servicii de sprijin disponibile tuturor şcolilor şi familiilor din județ, ar putea contribui enorm la promovarea şi dezvoltarea educației incluzive. De exemplu, CJRAE pun deja la dispoziție centre logopedice interşcolare, precum şi centre de asistență psihopedagogică, ce oferă servicii de consiliere profesorilor, elevilor şi familiilor. În 2013, bugetul alocat CJRAE a fost de 460.372 milioane de RON pentru sprijinirea a 16.609 de copii cu CES.

Guvernul ar trebui să sprijine transformarea şcolilor speciale în centre de resurse în scopul incluziunii, care să ofere asistență pedagogică şcolilor de masă. Acestea ar urma să apeleze la expertiza profesorilor din şcolile speciale ca o modalitate mai degrabă de susținere a educației copiilor cu dizabilități în cadrul şcolilor de masă decât de menținere a segregării. Cu toate că reforma demarată în anul 2000 a vizat modernizarea sectorului educației speciale, procesul nu a fost finalizat, iar şcolile speciale au în momentul de față mai puține resurse, angajați şi oportunități de modernizare decât în primii ani ai reformei. Anii de austeritate economică (2008-2013), alături de blocarea posturilor în sistemul public, au contribuit semnificativ la apariția acestei situații

dificile. Numărul şcolilor speciale a fost de asemenea redus treptat, de la 180 în 2006 la 167 în 2013. Aceste şcoli sunt, în general, situate în principalele oraşe ale fiecărui județ şi administrează structuri rezidențiale pentru găzduirea copiilor din localitățile învecinate. Având în vedere numărul mare de copii cu dizabilități grave şi accentuate (aproape 44.000 de copii ce trăiau în familie la finalul lui 2013), este evident că aceste şcoli speciale sunt insuficiente şi, în consecință, un număr mare de copii cu dizabilități complexe rămân la ora actuală în afara sistemului de învățământ.

Este absolut necesar să se extindă şi să se adapteze sistemele de transport disponibile copiilor cu dizabilități. Transportul adaptat nu este disponibil pe întreg teritoriul țării şi, astfel, mulți copii cu dizabilități neuromotorii sau asociate nu pot merge la şcoală, cu excepția cazurilor în care părinții lor sau un ONG găsesc un mijloc de transport adecvat. În oraşele mai mici (cum este Roman în județul Neamț), unde nu există transport public de niciun fel, persoanele cu dizabilități fizice sunt practic izolate în casă. În mediul rural, transportul şcolar prezintă o acoperire inegală. De autobuzele şcolare oferite inițial de către Ministerul Educației răspund în prezent consiliile locale şi, prin urmare, întreținerea lor variază. Iarna, mulți copii din zonele rurale sau izolate, chiar şi fără dizabilități, sunt izolați în casă din cauza lipsei opțiunilor de transport.

Este necesar un program de investiții în infrastructura de bază pentru a asigura accesul elevilor la toate unitățile publice de învățământ, de la orice nivel. Aceste investiții ar putea fi acoperite de fondurile structurale şi de coeziune. Responsabilii de politici de la nivel național şi local ar putea contribui cu reglementări care să ceară tuturor instituțiilor de învățământ şi îngrijire să devină complet accesibile persoanelor cu dizabilități fizice. Accesul la şcolile de masă şi speciale, dar şi la materialele didactice este în continuare inegal. În timp ce şcolile speciale au început să investească în infrastructura din sfera accesibilității încă din 2004-2005, şcolile de masă sunt, în general, inaccesibile persoanelor în scaune cu rotile şi celor cu dizabilități senzoriale sau asociate. Şi copiii cu dizabilități motorii întâmpină dificultăți, mai ales în învățământul secundar, atunci când clasele sau laboratoarele nu se află la parter şi clădirea nu este dotată cu lifturi sau platforme electrice mobile.

Va fi de asemenea necesară adaptarea tehnologiei informației folosite de actualele şcolile pentru a integra copiii cu CES şi/sau dizabilități. Informațiile uşor de citit, pictogramele şi spațiile de învățare speciale pentru copiii cu cerințe educaționale complexe sunt rare în şcolile de masă. Mai mult, nu există dispozitive sau tehnologii asistive,[284] cu excepția şcolilor care integrează deja copii cu dizabilități senzoriale. În plus, şcolile de masă nu beneficiază de interpreți în limbajul mimico-gestual şi, prin urmare, copiilor cu deficiențe de auz sau dizabilități senzoriale asociate le este foarte greu să funcționeze într-o astfel de şcoală. Un program național de introducere a tehnologiilor asistive în şcoli ar aduce serioase avantaje copiilor cu CES şi/sau dizabilități.

Şcolile speciale acordă servicii sociale, medicale sau de reabilitare, spre deosebire de cele de masă, unde acest lucru se întâmplă foarte rar. Aceasta reprezintă o importantă barieră pentru integrarea copiilor cu dizabilități în şcolile de masă. Copiii înscrişi în şcolile speciale beneficiază de fizioterapie şi logopedie în şcoală deoarece şcolile speciale au dreptul să angajeze direct astfel de profesionişti. Cu toate acestea, copiii din şcolile de masă care au nevoie de servicii de reabilitare, precum logopedie, fizioterapie, tratament medical intensiv şi terapii cognitive sau comportamentale, sunt obligați să îşi adapteze programul zilnic astfel încât să includă aceste activități după (sau înaintea) orelor de şcoală. Astfel de servicii sunt rareori situate aproape de domiciliul elevului, ceea ce înseamnă că familiile trebuie să facă eforturi suplimentare pentru a încerca să găsească cea mai practică soluție în cazul acestor activități cotidiene. Pentru a avea un program flexibil, familiile sunt nevoite să facă apel la terapeuții din sectorul privat (în locul serviciilor acoperite de asigurarea de sănătate sau de instituțiile publice), ceea ce înseamnă o povară financiară în plus.

În prezent, se oferă sprijin pedagogic redus profesorilor din şcolile de masă care au elevi cu dizabilități în clasă, în ciuda existenței unor proiecte de formare continuă inițiate de CJRAE în unele județe. Există o slabă cooperare între şcolile de masă şi cele speciale şi, prin urmare, lipseşte dialogul şi schimbul de experiență între profesori cu privire la metodologiile şi instrumentele pedagogice dedicate predării copiilor cu dizabilități. La nivel național, numărul consilierilor şcolari şi al mediatorilor şcolari este foarte

[284] Dispozitivele asistive includ orice dispozitiv pe care îl pot folosi copiii (sau adulții) cu dizabilități pentru a-i ajuta să învețe şi să funcționeze mai eficient. Printre acestea se numără scaune cu rotile, aparate auditive şi dispozitive de amplificare a sunetului, ecrane cu luminozitate redusă, dispozitive de mărire a imaginii, dispozitive de luare a notițelor în Braille şi softuri şi tehnologii de recunoaştere vocală ce permit elevilor cu dizabilități grave să îşi controleze calculatorul prin simpla urmărire vizuală a literelor şi comenzilor de pe ecran. În România, procesul de dezvoltare a unor astfel de dispozitive asistive nu este foarte avansat. Producătorii au o oarecare reținere în ceea ce priveşte intrarea pe piață pentru că marea majoritate a dispozitivelor nu sunt acoperite de asigurările de sănătate, ceea ce înseamnă că majoritatea potențialilor utilizatori nu îşi permit să le cumpere.

mic – 2.184, respectiv 232 la finalul lui 2013. Există, în medie, un psiholog şcolar pentru minim 800 de elevi. În aceste condiții, incluziunea copiilor cu dizabilități depinde adesea mai degradă de un profesor sau director motivat ori carismatic decât de legislație, drepturile omului sau normele profesionale în vigoare.

Copiii din zonele rurale sau izolate sunt afectați negativ de lipsa serviciilor de sprijin. Echipele mobile (interdisciplinare) sunt aproape inexistente în multe județe. Aceşti copii sunt deseori diagnosticați târziu sau deloc, rămânând de multe ori complet în afara sistemului de învățământ şi a protecției sociale.

Ministerul Educației a implementat o varietate de programe preventive şi remediale, cum este „Şcoala după şcoală", care oferă la finalul orelor sprijin remedial şi activități extraşcolare elevilor ce au nevoie de ajutor suplimentar. Faza pilot a acestui program s-a desfăşurat la începutul anului şcolar 2012-2013, cu 5.500 de beneficiari şi un buget de 61,395 milioane de RON în 2013. Înregistrând un oarecare succes, programul va fi extins treptat şi va include o schemă de finanțare pentru promovarea inovării la nivelul şcolilor. Totuşi, până acum, finanțarea acestor măsuri preventive a fost insuficientă şi ad-hoc. Ministerul a încurajat şi introducerea serviciilor de consiliere, a mediatorilor şcolari şi a profesorilor de sprijin/ itineranți (vezi mai jos).

Dezvoltarea educației incluzive nu va fi posibilă fără o selecție şi formare adecvate, existența şi finanțarea unei rețele vaste de profesori de sprijin sau itineranți în şcolile de masă şi zonele izolate. Serviciile educaționale sunt furnizate copiilor cu CES şi/sau dizabilități, atât celor educați la domiciliu, cât şi celor din învățământul de masă, de către un cadru didactic de sprijin sau itinerant. Numărul cadrelor didactice de sprijin este foarte mic, nefăcându-se noi angajări în acest sector în ultimii ani la niciun nivel – există în total doar 1.310 astfel de profesori pentru aproximativ 20.000 de copii care sunt şcoliți la domiciliu sau integrați în învățământul de masă (în decembrie 2013).

Reglementările legate de programul săptămânal al cadrelor didactice de sprijin sau itinerante trebuie revizuite pentru a asigura că fiecare copil beneficiază de sprijin de calitate. Actuala normă prevede ca un cadru didactic de sprijin dintr-o şcoală de masă să ofere 16 ore de sprijin direct pe săptămână, fie pentru opt copii cu dizabilități uşoare sau medii, fie pentru patru până la şase copii cu dizabilități accentuate, grave sau asociate. Programul de lucru săptămânal al unui cadru didactic itinerant în cazul copiilor cu dizabilități grave sau accentuate şcoliți acasă este de 16 ore, împărțindu-se între patru până la şase copii. În realitate, un profesionist trebuie, uneori, să lucreze în mai multe şcoli sau să lucreze o parte din timp ca profesor de sprijin într-o şcoală de masă şi restul timpului ca profesor itinerant pentru un număr mic de copii, aflați uneori în locații diferite. Astfel, calitatea serviciului este afectată de volumul de muncă ridicat. Familiile elevilor deserviți de aceşti profesori se plâng de numărul de ore insuficient, mai ales atunci când copiii sprijiniți de un anumit profesor nu fac parte din aceeaşi şcoală sau clasă. Părinții şi profesorii din şcolile de masă sunt de părere că, pentru a oferi sprijin eficient unui copil fie la clasă, fie acasă, un profesor de sprijin nu poate lucra cu mai mult de un copil cu dizabilități (maxim doi) pe săptămână.

Evidențele din ultimii 20 de ani au demonstrat că resursele existente la nivelul sistemului de învățământ nu pot asigura servicii de calitate copiilor cu dificultăți comportamentale şi dependențe complexe care sunt educați la domiciliu. În decembrie 2013, în România, 1.137 de astfel de elevi erau şcoliți acasă, potrivit Ministerului Educației. Cadrul didactic itinerant desemnat petrece câteva ore pe săptămână cu copilul, întreaga rețea socială a copilului fiind afectată de izolarea acestuia în casă. Cu toate că educația la domiciliu poate fi o soluție bună pe perioade scurte (de exemplu, după o operație complexă sau în timpul unei reabilitări medicale intense), nu este recomandată pe termen lung.

Există o puternică nevoie de formare extensivă şi continuă a profesorilor din acest sector, în şcolile de masă şi cele speciale, alături de modernizarea intervențiilor, a instrumentelor şi a metodologiilor pedagogice. Se remarcă o lipsă acută de informații şi cunoştințe la nivelul cadrelor didactice (atât în şcolile de masă, cât şi în cele speciale) cu privire la educarea copiilor cu CES, inclusiv a celor cu nevoi foarte complexe. Multor profesori din şcolile de masă li se pare greu să adapteze curriculumul la nevoile copiilor cu dizabilități deoarece nu sunt familiarizați sau nu se simt confortabil cu aceştia. Chiar şi profesorii mai experimentați întâmpină greutăți în ajustarea practicilor lor la nevoile copiilor cu tulburări din spectrul autismului, probleme de comportament, ADHD, dependență complexă, HIV/SIDA, boli rare, dizabilități intelectuale grave şi alte afecțiuni considerate obstacole pentru învățare. Mai multe CJRAE (de exemplu, din Botoşani, Cluj, Neamț şi Vâlcea) au folosit fonduri locale sau europene pentru a demara cursuri ori proiecte cu scopul de a dezvolta competențele şi cunoştințele profesorilor şi consilierilor în domeniul educației incluzive. Cu toate acestea, au rămas în picioare foarte puține din aceste inițiative. Pe viitor, formarea inițială s-ar putea realiza în cadrul departamentelor de pedagogie în învățământul

preşcolar şi primar (din cadrul facultăților de ştiințe ale educației), precum şi în universități. Formarea continuă se poate face în cadrul Casei Corpului Didactic sau al CJRAE. În plus, toți profesorii practicanți de la toate nivelurile ar trebui să urmeze un modul obligatoriu (de minim cinci zile lucrătoare, în medie), care să vizeze principiile şi practicile implicate în educația incluzivă.

Slaba formare a profesorilor de la ora actuală se reflectă în lipsa unei adaptări şi diferențieri a curriculumului. Copiii din şcolile speciale beneficiază de un curriculum specializat la toate nivelurile de învățământ şi au de asemenea dreptul să depăşească vârsta şcolară maximă cu doi ani, în medie. În şcolile speciale pentru persoanele cu dizabilități senzoriale (deficiențe de auz şi de vedere), copiii urmează curriculumul general, adaptat doar la nivelul metodologiilor de comunicare şi al manualelor folosite. Copiilor cu dizabilități înscrişi în şcolile de masă trebuie să li se predea în baza unui curriculum adaptat la nevoile şi provocările lor, în conformitate cu recomandările incluse în planul de intervenție personalizat.[285] Aceste adaptări sunt, teoretic, realizate de către profesori, cu ajutorul consilierilor sau al cadrelor didactice de sprijin. Cu toate acestea, adaptarea şi diferențierea curriculumului nu constituie un demers simplu, mai ales că majoritatea profesorilor nu sunt familiarizați sau nu se simt confortabil cu acest proces, nefiind capabili să îl adapteze interesului superior al copilului cu dizabilități. Mai mult, generația mai tânără de educatori şi învățători din învățământul preşcolar şi primar, obligată să absolve un program de studii universitare specializate de trei ani începând cu 2011, a beneficiat în general de un număr foarte mic de ore de pregătire în domeniul educației incluzive şi a psihopedagogiei speciale. Prin urmare, aceştia nu înțeleg cu adevărat nevoile şi cerințele copiilor cu dizabilități atunci când intră în câmpul muncii.

Profesorii nu sunt pregătiți să utilizeze metodele de evaluare adaptate. În consecință, evaluarea progresului şcolar al copiilor cu dizabilități nu este mereu adaptată la abilitățile şi nevoile unice ale copilului, în ciuda cerințelor legislative. Adesea, copiii cu dizabilități complexe nu reuşesc să treacă examenele anuale. Mulți termină învățământul obligatoriu, dar nu trec examenul de admitere în învățământul secundar superior sau bacalaureatul.

Mecanismul de finanțare a şcolilor de masă care integrează copii cu CES şi/sau dizabilități trebuie ajustat şi ar trebui alocat un buget corespunzător pentru promovarea şi dezvoltarea educației incluzive. Guvernul pune la dispoziție anumite prestații în bani şi în natură, cum sunt alocația de hrană şi bani pentru rechizite (Hotărârea Guvernului nr. 1251/2005), copiilor cu dizabilități ce frecventează şcolile de masă sau speciale. La nivelul şcolilor, şcolile speciale primesc finanțare suplimentară, pe lângă finanțarea pe elev, şi le oferă elevilor o serie de beneficii în natură şi servicii, precum o masă caldă, rechizite şcolare, spații igienico-sanitare (toalete adaptate). Cu toate acestea, situația este diferită în cazul şcolilor de masă care integrează copii cu CES şi/sau dizabilități. Metodologia de stabilire a costurilor în cazul finanțării pe elev include factori de corecție atât pentru copiii cu CES, cât şi pentru cei cu dizabilități. Însă, finanțarea suplimentară ce rezultă din aplicarea factorilor de corecție se acordă numai dacă şcoala creează programe speciale pentru aceşti copii. Aceste programe trebuie incluse în curriculumul şcolar, după aprobarea lor de către consiliul de administrație al şcolii şi apoi de către consiliul local, consiliul județean, Ministerul Educației, ministerul responsabil de administrația publică (actualmente Ministerul Dezvoltării Regionale şi Administrației Publice sau MDRAP) şi de Ministerul Finanțelor Publice. Din cauza acestui proces lung şi complicat de solicitare a finanțării suplimentare, majoritatea şcolilor de masă care au integrat copii cu CES şi/sau dizabilități primesc doar finanțarea de bază, pe elev. Interviurile realizate în cadrul acestui studiu de fundamentare au scos în evidență această situație ca o sursă de frustrare pentru şcoli, mai ales prin prisma faptului că formula finanțării pe elev pare să contrazică reglementările referitoare la numărul de copii într-o clasă, potrivit cărora un elev cu CES este contabilizat ca doi elevi normali. Astfel, în timp ce formula de stabilire a numărului de copii într-o clasă promovează clase mai restrânse, făcând mai uşoară adaptarea curriculumului şi acordarea de atenție specială elevilor cu CES, sistemul de finanțare pe elev forțează şcolile să formeze clase cu număr maxim de elevi pentru a accesa finanțarea maximă. Prin urmare, mecanismul de finanțare diminuează calitatea educației oferite copiilor cu CES şi/sau dizabilități, oricum afectată de slaba dezvoltare a serviciilor de sprijin, aşa cum s-a discutat anterior.

În plus, ar trebui puse la dispoziție fonduri publice prin care să se sprijine centrele educaționale create prin parteneriate public-private sau de către ONG-uri (inclusiv centrele specializate) acreditate de Ministerul Educației. Ar trebui acordat sprijin special acelor centre care acordă

[285] Reglementările Ministerului Educației specifică modul în care se poate „adapta" curriculumul şcolar sau „diferenția în raport cu" nevoile fiecărui copil (HG 1251/2005).

educație în comunitățile mai mici, aproape de domiciliul copiilor. Un exemplu ce ilustrează o astfel de inițiativă este prezentat în caseta de mai jos.

CASETA 33

Model de bună practică: Singura şcoală specială privată acreditată de Ministerul Educaţiei ce oferă educaţie primară şi secundară copiilor cu dizabilităţi grave

Fundația creştină RCE Speranța Copiilor din județul Arad este o organizație neguvernamentală şi non-profit creată prin fuzionarea a două organizații neguvernamentale, Asociația Creştină RCE Arad (fondată în 1992) şi Asociația Creştină Speranța Copiilor Arad (fondată în 1994), ambele având acelaşi sponsor, Romanian Christian Enterprises din SUA. Chiar dacă, inițial, era centrată pe sprijinirea micro-întreprinderilor prin training şi asigurarea de împrumuturi fără dobândă, viziunea fundației a fost adaptată pentru a ține cont de nevoile şi prioritățile locale. Programele fundației au fost redefinite cu scopul de a reduce dependența de stat şi de a răspunde unor nevoi umane de bază, în special nevoilor copiilor vulnerabili. Aşadar, RCE Speranța Copiilor este o entitate privată autorizată şi acreditată ca atare, fără condiționări politice sau religioase, dezvoltând programe de protecție a copilului, de asistență şi sprijin pentru diverse grupuri vulnerabile.

Scopul organizației este să faciliteze plasamentul sau adopția copiilor abandonați din România, să sprijine copiii abandonați în orfelinate şi centre de îngrijire şi copiii străzii, să îi ajute pe cei aflați în nevoie şi care nu se pot ajuta singuri (copii, tineri, vârstnici, oameni cu dizabilități mintale sau psihice, orfani şi alte persoane cu nevoi speciale), să sprijine şi să instruiască antreprenorii în vederea dezvoltării şi a extinderii organizațiilor lor, prin angajarea de tineri cu dizabilități, şi să sprijine educația în şcoli şi centre de îngrijire pentru copii şi vârstnici.

Misiunea organizației este acordarea de asistență profesionistă copiilor abandonați în instituții, familiilor şi vârstnicilor aflați în nevoie. Obiectivele organizației sunt asigurarea incluziunii sociale şi a serviciilor de reabilitare pentru copiii abandonați şi copiii cu nevoi speciale, îmbunătățirea calității vieții vârstnicilor aflați în nevoie şi organizarea de tabere educative.

În cadrul organizației RCE Speranța Copiilor funcționează şcoala Rază de Soare, un centru educațional care urmăreşte integrarea copiilor cu dizabilități în sistemul educațional. Şcoala are şase clase, fiecare cu şase-şapte copii cu vârste cuprinse între 3 şi 14 ani, care trăiesc fie cu familiile, fie în centrele de plasament din Arad şi împrejurimi. Fiecare clasă are un învățător şi un asistent educațional.

Fiecare elev beneficiază de un plan educațional conceput pentru a răspunde nevoilor sale specifice, incluzând activități de citire, matematică, scriere, motricitate fină şi grosieră, limbaj şi socializare.

Pe lângă educație specială, elevii beneficiază de psihoterapie, logopedie şi consiliere asigurate de personal specializat. Programele de socializare ale şcolii au loc de două ori pe săptămână şi includ mersul la teatru de păpuşi, în excursii, în parc, cu tramvaiul, vizitarea unei ferme, a unei brutării sau a companiei de transport. În timpul anului şcolar, se sărbătoresc diverse evenimente, precum Crăciunul, 8 martie, Paştele şi finalul anului şcolar.

Centrul educațional are 29 de angajați, dintre care 21 sunt învățători. În 2009, Ministerul Educației a aprobat extinderea serviciilor educaționale ale şcolii pentru a include un gimnaziu special şi o grădiniță specială. În 2014, 60 de copii au fost admişi şi şase copii erau pe lista de aşteptare. Bugetul lunar al centrului este de 11.000 lei plus donații (de exemplu, pentru consumabile, hrană şi îmbrăcăminte).

Activitățile extracurriculare includ un cor de clopote, curs de cusut tapițerie, ore de informatică, muzică, mişcare, înot şi mersul la cumpărături. Copiilor le sunt asigurate transportul la şcoală, două mese şi o gustare zilnic, de luni până vineri.

Sursa: http://www.rcesperantacopiilorarad.org/

Copiii romi

În România, populația de etnie romă se confruntă cu cele mai răspândite şi mai severe forme de deprivare, dintre acestea lipsa accesului la educație fiind de o relevanță şi gravitate deosebite. Studiul recent al Băncii Mondiale[286] privind creşterea incluziunii sociale a romilor în România a atras atenția asupra unor date alarmante legate de participarea la educație a copiilor romi. Rata de participare a acestor copii, la toate nivelurile de învățământ, este semnificativ mai mică decât în rândul copiilor non-romi, inegalitate ce creşte considerabil la nivelul învățământului secundar superior.[287]

Puțini copii romi au acces la educație preşcolară de calitate. Doar 37% dintre copiii romi, cu vârste între 3 şi 6 ani, sunt înscrişi în unitățile preşcolare, față de 63% dintre vecinii lor de altă etnie (Figura 38). Această slabă cuprindere în învățământul preşcolar afectează negativ pregătirea pentru şcoală a copiilor romi, precum şi şansele acestora de a urma studii superioare şi de a dobândi calificări profesionale mai târziu în viață. Potrivit datelor internaționale, stimularea intelectuală precoce în familie sau în unitățile preşcolare favorizează dezvoltarea abilităților cognitive şi socio-emoționale, îmbunătățind şansele socio-economice ale copilului ulterior în viață, mai ales în cazul categoriilor vulnerabile.[288] De exemplu, în timp ce doar 5% dintre copiii romi de 4-6 ani ce nu merg la grădiniță pot identifica cel puțin 10 litere din alfabet, procentul ajunge la 40% în aceeaşi grupă de vârstă în cazul celor ce frecventează grădinița.[289] Costurile educației preşcolare contribuie la rata redusă de cuprindere a copiilor romi. Părinții copiilor romi din unitățile preşcolare raportează cheltuieli cu grădinița de 7,50 EUR pe lună, aproximativ 4% din venitul gospodăriei lor, copiii aducându-şi prânzul de acasă în peste trei cincimi din cazuri. Cu toate că aceasta poate părea o sumă destul de mică, costurile sunt totuşi invocate frecvent de către părinții romi ca un lucru ce îi împiedică să îşi trimită copiii la grădiniță. Numărul mic de locuri disponibile în grădinițele locale şi calitatea, în general, redusă a educației timpurii din comunitățile rome limitează şi mai mult accesul copiilor romi.

Rata de participare a copiilor romi la învățământul obligatoriu este scăzută. Rezultatele studiului privind romii din Europa Centrală şi de Sud-Est, realizat de PNUD, Banca Mondială şi Comisia Europeană în 2011, arată că rata de cuprindere în învățământul obligatoriu este semnificativ mai redusă în cazul romilor decât în rândul persoanelor de altă etnie (78% comparativ cu 95%). În acelaşi studiu, se afirmă că principalele motive invocate de părinții copiilor romi pentru a explica de ce nu merg la şcoală copiii lor sunt „costurile prea mari," sentimentul că aceştia sunt deja „suficient de educați" sau „trebuie să lucreze ca să câştige bani."[290] Creşterea participării copiilor romi la învățământul obligatoriu presupune o serie de acțiuni din partea responsabililor de politici, precum:

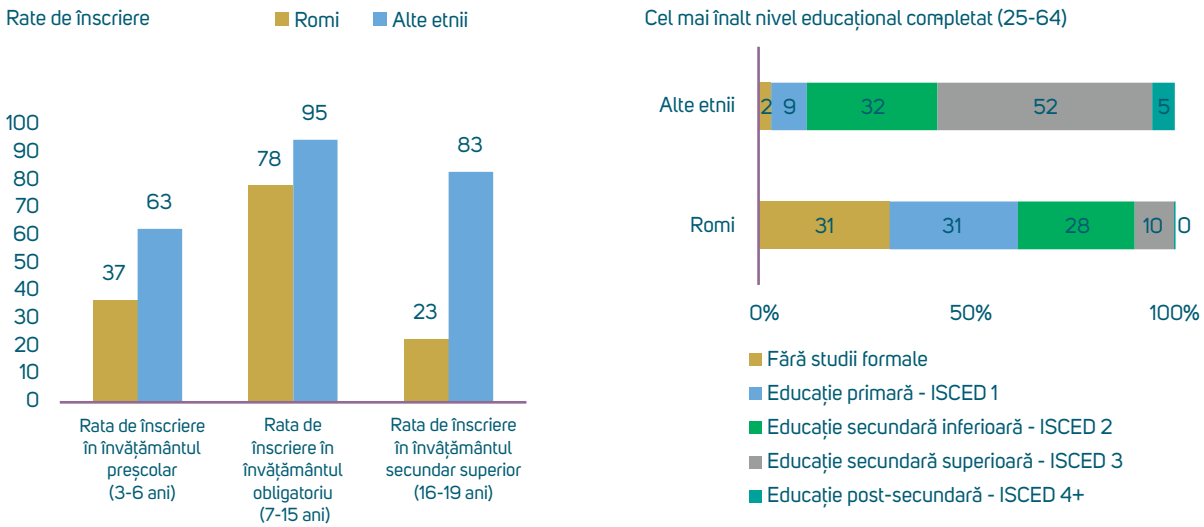
- Dezvoltarea unui sistem de avertizare timpurie care să identifice elevii cu risc de abandon şcolar şi care ar permite şcolilor să ia măsuri eficiente înainte ca elevii să se îndepărteze de şcoală, să absenteze sau chiar să renunțe la studii. Ministerul Educației ar putea contracta experți români sau internaționali să găsească instrumentele cele mai fiabile şi mai eficace pentru identificarea copiilor dezavantajați în situație de risc, atât din comunitățile rome, cât şi din cele de altă etnie.

- Extinderea şi dezvoltarea activităților de mentorat şi remediale pentru a ajuta elevii să depăşească dificultățile şcolare, sociale sau personale. Printr-o abordare unu la unu (mentorat) sau în grupuri mici (meditații), elevii ar beneficia de sprijin țintit din partea cadrelor didactice, a membrilor comunității şi a colegilor lor.

- Alte politici ar putea include: (i) transformarea şcolilor în unele mai incluzive, relevante şi prietenoase pentru copiii romi; (ii) facilitarea implicării părinților în educație; (iii) investirea în transportul copiilor romi ce locuiesc departe de şcoli.

[286] de Laat (coord., 2012), în baza datelor din studiul privind romii din Europa, realizat de PNUD, Banca Mondială şi Comisia Europeană (2011).
[287] Datele referitoare la romi trebuie interpretate cu precauție – fiecare din sursele de date are propriile lipsuri (studiul referitor la comunitățile rome nu estimează corect situația romilor dispersați, în timp ce recensământul subestimează numărul romilor şi surprinde, cel mai probabil, doar romii cei mai defavorizați – ceilalți nedeclarându-şi etnia).
[288] Kendall et al (2008).
[289] de Laat (coord., 2012: 35).
[290] FRA, PNUD și Comisia Europeană (2012).

FIGURA 38: Discrepanţa rezultatelor din domeniul educaţiei între persoanele de etnie roma şi non-roma



Sursa: Estimări ale Băncii Mondiale, în baza sondajului regional PNUD/ BM/ CE (2011). [291]

Politicile din domeniul educației şi al ocupării forței de muncă ar trebui să vizeze creşterea competențelor şi a angajabilității copiilor romi, într-o manieră coordonată. Romii prezintă o rată redusă de absolvire a învățământului secundar. În România, acesta durează patru ani: clasele IX-X (învățământ secundar inferior) sunt obligatorii, în timp ce clasele XI-XII (învățământ secundar superior) sunt opționale. Conform sondajului PNUD/ BM/ CE (2011), 90% dintre persoanele de etnie romă cu vârsta cuprinsă între 25 și 64 de ani au absolvit un nivel de educație secundar inferior sau mai puțin, comparativ cu 42% în cazul persoanelor de alte etnii (Figura 38). Diferențele în ratele de participare școlară dintre persoanele de etnie romă și cele de altă etnie sunt larg întâlnite în rândul populației tinere, cu vârste între 16 și 19 ani – numai 23% dintre tinerii de etnie romă sunt înscriși în învățământul secundar superior, comparativ cu 83% dintre cei non-romi; ratele de absolvire sunt scăzute în special în rândul populației feminine de etnie romă – doar 18% dintre femeile cu vârste cuprinse între 16 și 19 ani sunt încă în școală comparativ cu 29% în rândul bărbaților de etnie romă. [292] Şi alți indicatori punctează în aceeaşi direcție. Nivelul de cunoştințe de operare a calculatorului şi rata de participare la formarea profesională sunt aproape cu jumătate mai mici în rândul romilor decât în cazul vecinilor lor aparținând altor etnii.

Din cauza discrepanțelor semnificative de la nivelul dezvoltării şi educației timpurii a copilului, romii au mai puține şanse de angajare la maturitate. Acțiunile pe care responsabilii de politici ar trebui să le aibă în vedere pentru a elimina acest decalaj includ:

- Extinderea şi eficientizarea programului de mediatori şcolari romi.
- Introducerea educației de tipul „A doua şansă" şi a stagiilor profesionale, inclusiv a programelor de alfabetizare a adulților.
- Crearea unor programe de practică, stagii şi plasare în posturi administrative la nivel central, regional şi local, mai ales pentru femeile rome tinere.

Dezvoltarea capacității personalului didactic este esențială pentru acordarea eficientă a unei educații incluzive copiilor romi. Următoarele acțiuni ar putea fi avute în vedere:

- Dezvoltarea şi introducerea modulelor de competență culturală în cadrul curriculumului obligatoriu pentru formarea inițială şi continuă a funcționarilor publici.

[291] http://www.eurasia.undp.org/content/dam/rbec/docs/Roma_survey_data___Romania_2011.xls
[292] Banca Mondială (Anan et al, 2014).

- Extinderea curriculumului universitar pentru formarea profesorilor, cu cursuri centrate pe predarea copiilor din categoriile dezavantajate (inclusiv a celor romi).
- Efectuarea de practică la clasele din şcolile dezavantajate, care să însoţească măsurile de mai sus.

Pentru a asigura o incluziune amplă a populaţiei rome, combaterea stereotipurilor negative este crucială. Copiii romi sunt adesea excluşi la nivelul şcolii din cauza etniei lor. Un studiu UNICEF arată că riscul de abandon şcolar şi cel de părăsire timpurie a şcolii sunt corelate negativ cu nivelul de educaţie al părinţilor, venitul gospodăriei şi cheltuielile gospodăriei legate de educaţie.[293] De asemenea, sunt corelate pozitiv cu apartenenţa etnică (de exemplu, cea romă), mediul rural, numărul mare de copii în gospodărie şi rangul copilului în familie[294]. În familiile cu mulţi copii, cei mai mici prezintă un risc mult mai ridicat de a părăsi şcoala timpuriu decât fraţii lor mai mari. Cu toate acestea, în modelele de regresie multiplă,[295] etnia a fost singurul determinant semnificativ al riscului de abandon şcolar sau al celui de părăsire timpurie a şcolii. Aşadar, identificarea unui elev ca rom de către un profesor creşte considerabil riscul acestuia de a termina cel mult opt clase, toate celelalte aspecte fiind egale sau constante. Aceasta reflectă discriminarea copiilor romi în şcoli, o constatare ce confirmă evidenţele legate de atitudinea negativă faţă de romi, foarte des întâlnită în rândul părinţilor, al membrilor autorităţilor locale, al profesorilor, al directorilor de şcoală şi chiar al copiilor non-romi. Cercetările întreprinse în unele dintre cele mai mari comunităţi rome arată că romii se confruntă frecvent cu remarci discriminatorii în şcoli.[296] Aşa cum am prezentat în capitolul referitor la participarea socială, romii sunt în continuare afectaţi de discriminare şi prejudecăţi în România din cauza etniei lor, în ciuda eforturilor continue ale autorităţilor române, societăţii civile şi donatorilor internaţionali de a combate această problemă. Unele măsuri menite să elimine această problemă socială sunt sugerate în acelaşi capitol, la care se pot adăuga următoarele recomandări:

Introducerea unui ombudsman terţ care să monitorizeze respectarea principiilor nediscriminării de către furnizorii de servicii publice (de exemplu, asistenţă medicală, programe de asistenţă socială şi şcoli).

Aplicarea mai eficientă şi mai consistentă a legislaţiei împotriva discriminării prin modificarea legii şi a cadrului instituţional al Consiliului Naţional pentru Combaterea Discriminării.

Pentru a asigura incluziunea eficientă a populaţiei rome, vor fi esenţiale adoptarea riguroasă a politicilor anti-segregare şi continuarea desegregării şcolilor rome. Discriminarea şi prejudecăţile duc la segregare, clase segregate şi chiar şcoli segregate. Aşa cum se arată într-un raport de cercetare recent, prejudecăţile etnice ale profesorilor reprezintă unul dintre principalele obstacole ce împiedică desegregarea.[297] În consecinţă, şansele copiilor romi de a-şi dezvolta abilităţile sunt restricţionate şi mai mult de gradul ridicat al segregării elevilor de etnie romă în clase. Aproape un sfert dintre copiii romi cuprinşi în prezent în învăţământul general se regăsesc în clase în care majoritatea elevilor sunt romi.[298] Acesta este un lucru îngrijorător, în condiţiile în care evidenţele arată că segregarea şcolară are puternice implicaţii negative la nivelul calităţii educaţiei şi dezvoltării abilităţilor elevilor romi. Rezultatele studiilor internaţionale sugerează faptul că elevii din şcolile integrate, atât romi, cât şi non-romi, obţin performanţe mai bune la testele standardizate de înţelegere a unui text scris şi în ceea ce priveşte dezvoltarea abilităţilor necognitive şi a unei atitudini tolerante.[299] Cadrul strategic PTS recomandă guvernului să ajute comunităţile şi şcolile să realizeze un echilibru demografic reprezentativ la nivelul claselor.[300] Cadrul sugerează un set de activităţi care ar putea deschide familiile, comunităţile şi şcolile către romi şi alte grupuri culturale minoritare. Această iniţiativă ar urma să fie însoţită de evenimente comunitare punctuale, în scopul diseminării informaţiilor legate de incluziunea socială pentru a destrăma miturile create adesea în legătură cu minorităţile etnice. Propune de asemenea desemnarea mai multor mediatori care să ajute directorii şcolilor să asigure un echilibru etnic în clase şi să faciliteze dialogul cu părinţii.

Investirea în mediatori şcolari poate fi benefică în cazul romilor deoarece aceşti mediatori par a juca un rol pozitiv în creşterea nivelului de participare a copiilor romi la învăţământul obligatoriu. Numărul mediatorilor şcolari este mic şi a scăzut în ultimii ani. Un studiu recent al ONG-ului

[293] Stănculescu et al (2012: 63).
[294] În familiile cu mulţi copii, cei mai mici prezintă un risc mult mai ridicat de a părăsi şcoala timpuriu decât fraţii lor mai mari.
[295] Păstrând toate celelalte aspecte egale, apartenenţa la etnia romă creşte semnificativ probabilitatea unui copil de a abandona sau părăsi timpuriu şcoala, indiferent de vârsta, genul şi starea sa de sănătate, nivelul de educaţie al mamei, numărul de copii în familie, numărul de părinţi prezenţi, situarea gospodăriei şi cheltuielile gospodăriei legate de educaţie (sau venitul gospodăriei).
[296] ERRC (2013: 10).
[297] Fox (2012: 2).
[298] Banca Mondială (Anan et al, 2014: 37), în baza studiului regional privind romii realizat de PNUD/BM/CE (2011). Vezi şi Surdu (2008).
[299] Kezdi şi Suranyi (2009).
[300] Banca Mondială (2014b).

Împreună arată că peste jumătate (55%) dintre şcolile studiate nu au un mediator şcolar, inclusiv şcolile în care copiii romi reprezintă peste 50%. Între 2003 şi 2013, prin diverse programe, în România au fost formați în total 1.001 mediatori şcolari, însă doar 232 erau angajați de către Ministerul Educației ca mediatori şcolari la nivel național în decembrie 2013. Unii primari au direcționat resursele pentru programul de mediatori romi spre alte domenii, iar în alte cazuri, mediatorii romi au renunțat la post din cauza salariilor mici. Pe viitor, va fi vitală realizarea unei mai bune reglementări a rolului mediatorilor romi. De exemplu, în prezent, directorii cer mediatorilor să efectueze sarcini administrative sau chiar activități de curățenie. În alte cazuri, sunt solicitați să predea copiilor romi în timp ce profesorii predau exclusiv elevilor non-romi.[301]

Copiii din mediul rural şi zonele urbane marginalizate

Vor fi necesare investiții suplimentare în şcolile rurale în vederea asigurării accesului egal la o educație de calitate copiilor din mediul rural defavorizat. Zonele rurale sunt dezavantajate față de oraşe (vezi capitolul referitor la comunitățile rurale marginalizate), la fel şi şcolile rurale în comparație cu cele urbane, în ceea ce priveşte fondurile disponibile, resursele umane, infrastructura şi accesibilitatea.

Deşi metodologia de stabilire a costurilor pentru finanțarea pe elev foloseşte un factor de corecție în favoarea şcolilor rurale, în numeroase cazuri nu reuşeşte că compenseze aceste şcoli pentru numărul mic de elevi din clase. Prin urmare, şcolile cu un număr mai mic de elevi beneficiază de un buget insuficient şi sunt supuse periodic mecanismului de reechilibrare bugetară pentru a acoperi salariile şi taxele. Bugetul pe care îl au la dispoziție pentru „cheltuieli materiale"[302] este, de asemenea, foarte redus şi nu le permite să se dezvolte sau să achiziționeze toate dotările necesare. Costul standard pe elev pentru achiziția de bunuri şi servicii este de 296 RON în mediul rural, față de 347 RON în mediul urban.

În ciuda investițiilor constante, multe şcoli rurale, mai ales cele mai mici din satele izolate, dețin în continuare o infrastructură proastă şi sunt slab dotate cu materiale didactice şi echipament modern, precum TIC şi conexiune la Internet. Multe dintre ele nu au primit autorizația sanitară din cauza lipsei toaletelor şi a sistemelor de canalizare corespunzătoare. Mai mult, numeroase şcoli rurale nu au sisteme de încălzire sigure şi eficiente.

În mediul rural, există un număr mic de profesori calificați cu normă întreagă, prin urmare şcolile au fost nevoite să angajeze, cu timp parțial, numeroşi profesori slab calificați, care fac naveta. În consecință, se remarcă fluctuația ridicată a personalului în şcolile rurale.

Nivelul limitat de infrastructură de calitate, directori şi profesori se observă în mediul rural la toate nivelurile educației, dar mai ales în învățământul profesional şi tehnic. Profesionalizarea tot mai mare a agriculturii face necesară punerea la dispoziția elevilor din mediul rural a unor programe relevante de educație generală şi tehnică. Cadrul strategic PTS include recomandări ce reflectă prioritățile stabilite în Strategia națională pentru dezvoltarea sectorului agroalimentar.[303]

Este esențial să se facă investiții în infrastructura de transport şi proiecte conexe pentru a asigura accesul la educație de calitate copiilor din comunitățile rurale izolate şi prost conectate. Există două programe ce oferă sprijin majorității elevilor care fac naveta spre şi dinspre şcoală, mai precis autobuzele şcolare gratuite şi decontarea transportului. În anul şcolar 2012/2013, au funcționat 2.238 de autobuze şcolare la nivelul țării, iar Ministerul Educației a raportat că s-a decontat transportul pentru un număr total de elevi cuprins între 150.000 şi 170.000. În timp ce programul de transport şcolar s-a implementat la o scară mult mai mare în 2013 şi 2014, decontarea transportului a fost întârziată şi redusă atât ca buget total, cât şi ca metodă de evaluare, astfel încât suma medie decontată unui copil pentru aceeaşi distanță a fost aproape înjumătățită.[304] Numărul copiilor din mediul rural al căror transport la şi de la şcoală nu este decontat este încă ridicat.[305]

[301] Banca Mondială (Anan et al, 2014: 19).
[302] Acesta acoperă toate costurile legate de întreținerea şi funcționarea unității de învățământ, inclusiv achiziția de bunuri, reparații, cărți şi publicații pentru bibliotecă, cheltuieli efectuate pentru organizarea unor sesiuni de formare şi alte costuri autorizate de prevederile statutare.
[303] Banca Mondială (2014b). Aceste recomandări includ măsuri privind: (i) „accelerarea tranziției structurale spre o agricultură viabilă economic în paralel cu alinierea la tendințele demografice şi asigurarea unei reduceri echitabile a surplusului de forță de muncă din agricultură" şi (ii) „redobândirea statutului de exportator agroalimentar net, în concordanță cu potențialul de producție sectorial şi ca răspuns la cererea crescândă de alimente la nivel mondial."
[304] Potrivit unui raport de monitorizare al Ministerului Educației, în 2013, întârzierea de şase luni şi restrângerea programului au fost consecința costurilor ridicate neprevăzute ale biletelor (ce trebuiau decontate). Valoarea biletelor a variat mult de la o localitate la alta, cea mai ridicată fiind de 10 ori mai mare decât prețul biletului cel mai ieftin pentru o călătorie pe aceeaşi distanță.
[305] Un raport public a indicat faptul că nu există autobuze şcolare sau o altă soluție sustenabilă pentru transportul local al copiilor spre şi dinspre şcoală în mai multe județe - Argeş, Mehedinți, Vaslui şi Suceava (Avocatul Poporului, 2013). În ceea ce priveşte decontarea transportului, numărul efectiv de elevi ce fac naveta pentru a ajunge la şcoală în alte județe este mai mare decât numărul celor ce solicită decontarea transportului pentru că unii elevi apelează la serviciile de transport ale furnizorilor privați care nu emit întotdeauna bilete de transport.

Această problemă afectează, în special, copiii preşcolari şi elevii din învățământul primar şi secundar ce trăiesc în zonele izolate, lipsite de drumuri funcționale. Multe gospodării rurale ce trăiesc din agricultura de subzistență nu îşi permit cheltuielile de transport implicate de şcolarizarea copiilor lor. De asemenea, nu este eficient din punct de vedere educațional ca elevii să locuiască departe de şcoală. Acest lucru se întâmplă însă în cazul câtorva şcoli profesionale mari ce oferă pregătire şi educație multor adolescenți de la țară, pentru care programul de decontare a transportului este vital, mai ales pentru cei din familii cu venituri mici. Aşadar, prioritatea ar fi ca acest program extrem de popular să revină la nivelul sprijinului inițial. Responsabilii de politici pot avea în vedere câteva alte acțiuni, inclusiv:

- Extinderea serviciului de transport şcolar pentru a cuprinde şi transportul copiilor preşcolari (şi al părinților, acolo unde este vorba de distanțe mai lungi) din mediul rural, dacă nu există alte mijloace de transport.
- Revizuirea programului de transport şcolar pentru a include criterii clare şi explicite, precum numărul copiilor cu nevoi speciale ce frecventează o şcoală fără internat şi care au nevoie de transport la şi de la şcoală.
- Acordarea de sprijin financiar adecvat localităților în care sunt disponibile autobuze pentru a asigura sustenabilitatea programului. În prezent, combustibilul şi salariile şoferilor sunt, de obicei, finanțate printr-o combinație de plăți directe efectuate de autoritățile județene şi plăți din bugetul şcolii.
- Crearea unei scheme de evaluare a nevoilor pentru copiii din familiile sărace şi vulnerabile prin care să se acopere integral costul transportului în cazul în care nu se întâmplă acest lucru prin actuala schemă de transport.
- Investirea în internate şcolare.

Sunt necesare şi investiții sporite la nivelul şcolilor dezavantajate din zonele urbane marginalizate. În mediul urban, există unele şcoli cu un număr mare de copii aparținând categoriilor vulnerabile, inclusiv copii cu cerințe educaționale speciale, copii cu dizabilități, copii romi sau copii din familii cu venituri mici ori foarte sărace. Unele dintre aceste şcoli urbane sunt şi segregate, fie geografic, fie etnic, fie din ambele puncte de vedere, mai ales cele cu mulți copii din zonele marginalizate. Majoritatea şcolilor urbane dezavantajate dețin o infrastructură similară cu cea a şcolilor normale, însă unele (cu precădere cele segregate) nu au grupuri sanitare şi încălzire adecvată. În majoritatea acestor şcoli lipsesc materialele didactice şi echipamentul modern şi se observă o fluctuație ridicată de personal deoarece profesorii tineri, fără experiență, aleg să plece să lucreze altundeva cu prima ocazie. Acest lucru are un efect negativ asupra copiilor, având în vedere că profesorii mai tineri dețin cunoştințe limitate pentru a lucra cu copiii vulnerabili (şi familiile lor). Fluctuația ridicată a personalului duce la lipsa continuității îngrijirii şi atenției acordate elevilor cu nevoi, iar legăturile şi relația de încredere între profesori, pe de-o parte, şi elevi şi familiile lor, pe de alta, devin mai fragile.[306] Statutul şi reputația acestor şcoli sunt de asemenea scăzute, în consecință părinții mai înstăriți tind să le ocolească.

Programul de reabilitare a infrastructurii şcolare,[307] inițiat în 2004 şi implementat până la data de 31 decembrie 2015, vizează reabilitarea, modernizarea şi mobilarea şcolilor din învățământul primar şi secundar. Programul este gestionat de Ministerul Educației şi finanțat printr-un împrumut de la Banca Europeană de Investiții şi Banca de Dezvoltare a Consiliului Europei. Principalul său obiectiv este reabilitarea, modernizarea şi mobilarea a 1.336 de şcoli din învățământul primar şi secundar din România şi a 16 cămine, în ideea de a restabili siguranța clădirilor şcolare şi a îmbunătăți condițiile sanitare şi de confort. În 2013, programul s-a desfăşurat în 320 de localități din România, cu o alocare de 250 milioane de RON. Cu toate acestea, sunt necesare mai multe investiții în acest domeniu.

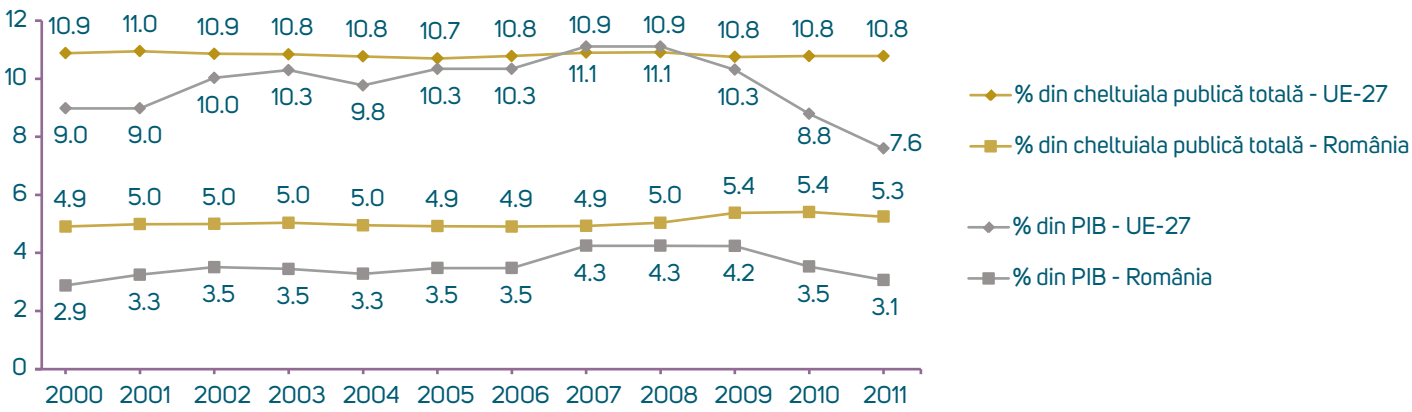
Mecanisme de finanţare care răspund nevoilor elevilor şi ale şcolilor

Înainte de toate, îmbunătățirea calității şi a echității sistemului de învățământ din România va presupune mărirea finanțării totale acordate educației. În România, nivelul finanțării ce revine educației se numără printre cele mai mici din Europa şi continuă să scadă. Cheltuielile totale cu educația ca procent din PIB s-au diminuat substanțial, de la 4,25% în 2007 la 3,1% în 2011 (Figura 39). Suma pe care o cheltuie un guvern într-un anumit sector social depinde parțial de constrângerile sale fiscale generale,

[306] Coleman (1988).
[307] http://www.schoolrehabilitation.ro/.

parțial de prioritatea dată acelui sector în momentul alocării resurselor publice.[308] Aşadar, contextul fiscal al țării[309] reprezintă principalul determinant al cheltuielilor relativ scăzute din domeniul educației, România înregistrând un nivel al cheltuielilor publice totale de 39,4% din PIB (în 2011) față de media UE-27 de 47,9%. Cu toate acestea, cheltuielile publice cu educația reprezintă doar 7,8% din cheltuielile publice totale (în scădere de la 11,1% în 2007) comparativ cu valoarea constantă de 10,8% de la nivelul UE, ceea ce înseamnă că autoritățile centrale acordă o prioritate destul de redusă sectorului educației. În plus, cheltuielile private din învățământ au scăzut de asemenea în România, de la 0,5% din PIB în 2007 la 0,11% din PIB în 2011, nivelul fiind aproape de şapte ori mai mic decât media UE-27, şi anume 0,74%.

FIGURA 39: Relaţia dintre cheltuielile cu educaţia, contextul fiscal şi prioritatea acordată sectorului educaţiei în România şi în UE-27 în 2011 (%)



Sursa: Eurostat.

CASETA 34

Îmbunătăţirea echităţii şi calităţii educaţiei

Raportul OCDE din 2012, Echitatea şi calitatea în educație, a prezentat strategiile de finanțare necesare pentru a îmbunătăți echitatea şi calitatea educației, după cum urmează: „Resursele disponibile şi modul în care sunt cheltuite acestea influențează oportunitățile de învățare ale elevilor. Pentru a asigura echitate şi calitate în învățământ, strategiile de finanțare ar trebui: să garanteze accesul la îngrijirea şi educația timpurie a copilului (IETC) de calitate, în special în cazul familiilor dezavantajate; utilizarea strategiilor de finanțare, precum formulele ponderate de finanțare, care țin seama de posibilele costuri educaționale mai ridicate în cazul elevilor dezavantajați. În plus, este important să se creeze un echilibru între descentralizare/ autonomie locală şi responsabilizare la nivelul resurselor pentru a asigura sprijin elevilor şi şcolilor celor mai dezavantajate."

Sursa: OCDE (2012a: 10-11).

[308] Această relație a fost demonstrată pentru sectorul sănătății de către Kutzin şi Jakab (2010).
[309] Contextul fiscal se referă la capacitatea actuală şi estimată a unui guvern de a cheltui fonduri. Țările mai bogate sunt în general mai eficiente în ceea ce privește colectarea veniturilor din taxe şi, astfel, au un nivel mai ridicat de cheltuieli publice ca procent din PIB, în timp ce atunci când o țară are un spațiu fiscal mai limitat, rezultatul este de obicei un nivel mai redus al cheltuielilor publice, inclusiv pentru educație şi sănătate.

Finanțarea pe elev a şcolilor române are la bază o formulă ponderată care ține seama de posibilele costuri educaționale mai ridicate decât media în cazul elevilor dezavantajați.[310] Aceste costuri pe elev se aplică doar finanțării de bază. Costurile asociate educării copiilor săraci şi vulnerabili se încadrează în secțiunea bugetului referitoare la finanțarea complementară sau suplimentară. Finanțarea complementară acoperă cheltuielile aferente cantinelor, internatelor şcolare, alocațiilor şcolare şi programelor naționale de sprijin (de exemplu, cele ce vizează costul rechizitelor şi bursele pentru liceeni) şi se acordă din bugetele autorităților locale, din deducerea TVA. Prin finanțarea suplimentară, se alocă fonduri programelor ce încurajează minoritățile etnice să se înscrie la şcoală, programelor de prevenire a abandonului şcolar şi de sprijin pentru elevii cu probleme sociale sau dizabilități. Finanțarea suplimentară se acordă de la bugetul central şi local. În ciuda acestor surse variate de finanțare, majoritatea directorilor de şcoală raportează faptul că bugetele lor abia reuşesc să acopere cheltuielile de bază (în principal salariile).[311]

Finanțarea pe elev a şcolilor române nu pare să răspundă nevoilor actuale ale şcolilor care deservesc sau sunt situate în comunitățile dezavantajate, mai ales în mediul rural. În cadrul finanțării de bază, costurile unitare pe elev[312] iau în calcul caracteristicile şcolilor, inclusiv situarea lor (în mediul urban sau rural), nevoile acestora legate de utilități (pentru cele cu facturi mai ridicate la utilități pe timpul iernii), nivelul de învățământ (preşcolar, primar sau secundar), profilurile educaționale pe care le oferă (cu alte cuvinte, teoretic, profesional ş.a.m.d.), forma de învățământ (zi, cu frecvență redusă sau la distanță) şi tipul (public sau privat). Finanțarea şcolilor este descentralizată autorităților locale, deşi statul stabileşte formula pe elev pentru a se asigura că şcolilor nu le lipsesc fondurile, indiferent de cât de limitate sunt posibilitățile locale de generare a veniturilor. Cu toate acestea, un studiu recent al UNICEF[313] arată că multe unități şcolare înregistrează sistematic un deficit bugetar, cu precădere următoarele categorii de şcoli:

- Şcolile din satele mici cu un număr de elevi în scădere, care nu reuşesc de obicei să atragă copiii din localitățile învecinate pentru a-şi mări efectivul de elevi
- Şcolile, de obicei din mediul rural, care şi-au pierdut statutul oficial din cauza numărului de elevi sub minimul legal, devenind astfel parte a unei instituții mai mari a cărei conducere transferă doar suma minimă şcolii
- Şcoli mari prestigioase cu personal extrem de calificat, din mediul urban (cu salarii ridicate)
- Şcolile profesionale în care procesul pedagogic implică activități unu la unu
- Şcolile de ucenici unde activitățile de învățare practică necesită materiale scumpe.

Aşadar, multe şcoli rurale întâmpină serioase dificultăți financiare ce afectează negativ calitatea educației pe care o oferă. Acest lucru se întâmplă chiar dacă formula de finanțare este ponderată în favoarea şcolilor rurale pentru a compensa efectivul redus de elevi al claselor. Intenția declarată a Ministerului Educației de a închide şcolile nesustenabile din punct de vedere financiar din zonele izolate contravine nevoii de a asigura accesul tuturor copiilor la educație. Un sistem de finanțare mai echitabil, care să includă criterii sociale în calculul finanțării pe elev, ar permite unora dintre aceste şcoli să devină sustenabile şi să rămână deschise.

În plus, finanțarea suplimentară, actualmente bazată pe o formulă ponderată pentru copiii aflați în situații vulnerabile, trebuie revizuită şi acordată corespunzător tuturor şcolilor de masă în care sunt înscrişi astfel de copii. Finanțarea de bază include o serie de factori de corecție care acoperă costurile suplimentare ale şcolilor ce predau copiilor în limbile minorităților. Categoriile vizate de aceşti factori de corecție propuşi pentru finanțarea suplimentară sunt ilustrate în Tabel 34. Finanțarea suplimentară este disponibilă şcolilor de masă doar dacă elaborează programe speciale pentru acei copii. Aşa cum am prezentat anterior, programele respective trebuie integrate în curriculumul şcolii, după un lung şi complicat proces de aprobare. În consecință, deşi au o proporție de elevi dezavantajați peste medie, aceste şcoli dețin resurse limitate şi, în general, nu reuşesc să implementeze nicio activitate care să sprijine elevii cu risc de repetenție, absenteism sau abandon şcolar.

[310] Noul sistem de finanțare a fost introdus prin Legea educației naționale din 2011 şi implementat mai târziu prin hotărâri de guvern care prevăd metodologia de stabilire a costurilor şi de alocare (HG 1274/2011 şi HG 1165/2013), precum şi costurile standard propriu-zise. O prevedere legislativă ulterioară (HG 344/2013) permite redistribuirea fondurilor bugetare şcolilor în cazul în care alocarea pe elev nu acoperă toate cheltuielile.
[311] Fartuşnic et al (2014).
[312] Costul unitar de referință este decis anual prin ordonanță de guvern şi este estimat pentru un elev din ciclul gimnazial din mediul urban prin împărțirea valorii salariului mediu de profesor la numărul mediu de elevi pe profesor.
[313] Fartuşnic et al (2014).

TABEL 34: Factori de corecţie pentru finanţarea suplimentară

Categorii de elevi vulnerabili	Factori de corecție	Observații
Elevi de etnie romă	3.07%	Aplicat doar dacă există programe speciale pentru aceşti elevi la nivelul şcolii.
Elevi cu dizabilități	2.59%	Aplicat dacă sunt copii cu dizabilități în şcoală.
Elevi din categoriile dezavantajate	6.31%	Aplicat doar dacă există programe speciale pentru aceşti elevi la nivelul şcolii.
Elevi cu CES	0.68%	Aplicat doar dacă există programe speciale aprobate pentru aceşti elevi.
Elevi cu nevoi sociale speciale	zonă cu risc mare – 0,65%	Depinde de zona în care este situată şcoala, gradul de risc fiind determinat de Direcția Județeană de Statistică.
	zonă cu risc mediu – 0,43%	
	zonă cu risc redus – 0,21%	

Sursa: www.isj.dj.edu.ro.

Notă: Factorii de corecție propuşi se aplică doar asupra costului unitar standard.

Responsabilii de politici ar trebui să ia în considerare posibilitatea acordării finanțării suplimentare prin contabilizarea tuturor copiilor din familiile foarte sărace, având în vedere riscul crescut al acestora de a abandona sau părăsi timpuriu şcoala (Figura 35). Un studiu recent al UNICEF[314] a evaluat mai multe măsuri alternative pentru creşterea egalității în învățământul românesc, concluzionând că măsura cea mai simplă şi mai eficientă ar fi să se asigure că familiile acestor elevi beneficiază de venitul minim garantat (care se va numi în curând venitul minim de inserție - VMI). Avantajele aplicării acestei măsuri sunt următoarele: (i) este o prestație acordată la nivel național, în baza unor criterii standard; (ii) contribuie la identificarea familiilor cu cel mai mare risc de excluziune socială; (iii) anchetele sociale aferente sunt efectuate de direcția de asistență socială a autorității locale. Aceste venituri suplimentare ar putea fi folosite de către şcoală doar în cadrul său şi doar pentru a acoperi costul serviciilor adresate copiilor eligibili, precum mese calde, programe after-school, programe speciale de sprijin şi stimulente care să atragă profesorii să lucreze cu copiii din categoriile dezavantajate.

2.4.6. Creşterea eficacităţii programelor de protecţie socială la nivelul educaţiei

Guvernul României şi autoritățile locale aplică numeroase scheme de ajutor financiar şi în natură, menite să ajute familiile sărace şi vulnerabile să depăşească barierele financiare ce împiedică şcolarizarea copiilor lor. Aceste scheme sunt prezentate pe scurt în Tabel 35. Însă, cu toate aceste programe financiare, elevii invocă barierele financiare ca principala cauză a neparticipării lor la învățământul secundar superior. Rata abandonului în licee este în creştere, observându-se o scădere a numărului solicitanților la nivelul majorității schemelor. Individual şi colectiv, schemele nu au reuşit să oprească declinul acut al participării la învățământul secundar superior în România.

[314] Fartuşnic et al (2014).

TABEL 35: Sinteza schemelor de ajutor financiar şi în natură menite să faciliteze accesul la educaţie al elevilor dezavantajaţi

Național – burse în bani	Programul „Bani de liceu" oferă lunar o bursă în bani consistentă (180 lei sau 51 USD) liceenilor din clasele IX-XII ce aparțin decilei celei mai sărace.
	Programul de burse profesionale oferă lunar o bursă în bani şi mai consistentă (200 lei sau 57 USD) elevilor din filiera profesională, indiferent de venit, atât în şcolile publice, cât şi în cele private.
	Programul de decontare a transportului rambursează valoarea efectivă a transportului (până la 50 de kilometri) elevilor ce merg la şcoală în altă localitate.
Național – sprijin în natură	Programul de rechizite şcolare oferă un pachet standard de bunuri cu o valoare foarte redusă (25-30 lei sau 7-8,5 USD) o dată pe an elevilor din clasele I-VIII ce aparțin decilei celei mai sărace.
	Programul Euro 200 oferă un bon valoric unic familiilor din decila cea mai săracă pentru achiziționarea unui calculator.
	Autobuzele şcolare au fost cumpărate în scopul eliminării barierelor legate de transport, mai ales în mediul rural.
	Programul „Cornul, laptele şi mărul" oferă alimente de bază tuturor elevilor din clasele 0-VIII și grădinițe.[315]
Local	Se acordă o serie de burse locale, în special burse de excelență (pentru note mari), burse de studiu (pentru elevii cu note bune ale căror familii câştigă sub venitul minim pe economie, pe membru de familie) şi burse sociale (pentru elevii ale căror familii câştigă mai puțin de jumătate din salariul pe țară, pe membru de familie). Sumele acordate, criteriile de eligibilitate şi acordarea efectivă a acestor burse sunt foarte flexibile;
	Decontarea de către autoritățile locale a 50% din cheltuielile de transport ale copiilor dezavantajați din localitate.

Conform teoriei prestațiilor de asistență socială, acolo unde există deja o piață, transferul monetar este, de obicei, cel mai potrivit tip de prestație ce poate fi oferit pentru că permite familiilor să îşi optimizeze alegerile din sfera consumului, aşa cum reiese şi din evidențele disponibile. Efectuarea unui transfer monetar mamei dintr-o familie creşte şansele ca banii să fie cheltuiți pe copii şi în scopuri productive. În zonele în care există piețe financiare prospere, transferul de bani în contul bancar sau pe cardul de economii al familiei poate promova incluziunea financiară şi poate stimula realizarea de economii. Cuantumul prestației ar trebui să fie suficient de ridicat pentru a preveni apariția unor dificultăți serioase, dar suficient de redus pentru a nu descuraja munca. Adăugarea unor condiții pentru primirea acestor transferuri monetare (mai precis, condiția ca familia să asigure continuarea studiilor de către copii) este cea mai eficientă soluție acolo unde există servicii disponibile ce nu sunt accesate din cauza constrângerilor financiare ale potențialilor utilizatori.

În țările cu multiple scheme de asistență socială, depunerea dosarelor implică adesea cheltuieli ridicate pentru familii, iar costurile administrative ale acestor scheme pot fi de asemenea mari. Când aceste programe funcționează în baza unor sisteme de gestiune informatică conectate la alte baze de date (cum ar fi evidențele fiscale, cartea funciară sau evidența populației), se poate reduce volumul de sarcini administrative necesare procesării fiecărei cereri, realizându-se în acelaşi timp verificări pentru identificarea cererilor frauduloase. Armonizarea criteriilor de eligibilitate şi a formularelor de cerere pentru multiplele prestații şi/sau introducerea automată în sistem în cazul în care un solicitant este eligibil pentru o altă schemă pot reduce costurile individuale ale solicitanților.

Se pot face următoarele observații în legătură cu actualul sistem de protecție socială, care vizează elevii săraci şi vulnerabili:

- Trei scheme (programul de rechizite şcolare, Bani de liceu şi Euro 200) folosesc un prag al eligibilității extrem de scăzut, respectiv un venit de 150 lei (43 USD sau aproximativ 1,5 USD pe zi) pe adult. Venitul gospodăriilor din decila cea mai săracă (care câştigă un venit pe adult echivalent între 0 şi 187 lei) se încadrează în acest nivel. Pragul nu a fost modificat în ultimii 10 ani, cu excepția creşterii sale la 200 lei timp de un an în programul „Bani de liceu", în 2008, lucru care a oprit temporar declinul ratei de cuprindere în schemă, care a crescut cu 10% în acel an.

[315] O analiză comparativă a programelor care introduc fructele în școală din țările europene, inclusiv în România, este disponibilă în AFC Management Consulting AG și CO CONCEPT Marketing Consulting (2012). Pentru o analiză a programului cornul și laptele, vezi Arpinte et al (2009).

- În cadrul fiecărei scheme, solicitanții trebuie să prezinte numeroase acte legalizate şi să se deplaseze la primărie pentru a le fi verificate documentele. În cazul programului de rechizite şcolare, costurile de depunere a cererii sunt, se pare, egale sau mai mari decât valoarea bunurilor oferite, iar în cazul schemei Euro 200, elevul trebuie să acopere suma din prețul calculatorului ce depăşeşte valoarea bonului oferit.

- Familiile cu mulți copii trebuie să depună o cerere pentru fiecare schemă separat şi pentru fiecare copil în parte, anual, ceea ce înseamnă cheltuieli mai mari pentru ele.

- În programul „Bani de liceu", copilul trebuie să frecventeze şcoala un număr minim de ore (85%), fără posibilitatea de a reintra în program dacă nu îndeplineşte acest prag, chiar dacă în mediul rural copiii de liceu sunt adesea implicați în munci agricole săptămâni sau luni la rând.

- Schema de decontare a transportului a fost afectată atunci când companiile de transport şi-au mărit prețurile, conştiente că se decontează întreaga sumă, ceea ce a dus la o întârziere de şase luni a plăților către elevi. Unii furnizori de transport privați nu emit facturi.

- În programul „Bani de liceu", elevii solicită şi primesc banii prin şcoală (în numerar sau pe card), creându-se astfel câteodată riscul comiterii unor fraude minore de către administratorii şcolilor. De asemenea, poate apărea riscul stigmatizării elevilor, care sunt văzuți că solicită şi primesc bani de la biroul directorului în fiecare lună.

- În programul „Bani de liceu", suma de bani acordată elevului depăşeşte venitul pe adult al gospodăriei din care provine, ceea ce ridică nişte semne de întrebare legate de utilizarea optimă a fondurilor. Mai mult, suma nu este mai mare în cazul elevilor din clasele opționale (a XI-a şi a XII-a) şi în care nu se mai oferă gratuit rechizite.

- Se mai pot face câteva observații generale legate de gestionarea acestor scheme. Cei implicați în administrarea schemelor (inclusiv directorii de şcoli, personalul de la inspectoratele şcolare şi din minister) sunt de părere că acestea încurajează frecventarea liceului de către elevii din familiile sărace şi vulnerabile. Cu toate acestea, nu am reuşit să obținem evidențe care să arate că vreuna din aceste scheme a fost evaluată din punctul de vedere al impactului sau al cost eficienței şi se pare că Ministerul Educației Naționale nu a realizat nicio revizuire strategică a compatibilității şi a concordanței dintre schemele naționale şi locale sau dintre programele implementate de diverse ministere la nivel național.

În plus, Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale şi Persoanelor Vârstnice (MMFPSPV) gestionează o serie de scheme monetare de asistență socială, inclusiv alocația familială (ce va fi în curând integrată în venitul minim de inserție şi care se acordă doar în baza şcolarizării copiilor). Pragul de eligibilitate al alocației familiale a crescut de două ori în ultimii ani, ajungând la 530 lei. Acesta este de trei ori şi jumătate mai mare decât pragul de 150 lei din programul „Bani de liceu", însă nivelul prestației este de patru ori şi jumătate mai mic, mai precis 40 lei (urmând să crească curând la 74 lei) comparativ cu prestația de 180 lei plătită prin programul „Bani de liceu". Există suprapuneri majore între scheme la nivelul obiectivelor, iar inspectoratele şcolare trebuie să transmită liste separate de prezență Ministerului Educației Naționale pentru schema „Bani de liceu" şi Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale şi Persoanelor Vârstnice pentru programul de alocație familială.

Există câteva recomandări formulate în baza acestor observații, unele minore, altele ambițioase:

Printre modificările tehnice minore ce ar putea fi luate în calcul se numără: (i) fuzionarea programelor de rechizite şcolare şi „Bani de liceu" într-o singură bursă în bani pentru toți elevii, crescând pragul de eligibilitate pentru schemele de ajutor financiar, (ii) limitarea programului de burse profesionale la elevii din mediile mai sărace şi/sau (iii) restrângerea condițiilor impuse pentru solicitarea de sprijin în cadrul unora sau al tuturor schemelor.

O acțiune ambițioasă, la un nivel moderat, ar putea fi armonizarea condițiilor de solicitare a ajutorului şi a pragurilor de eligibilitate pentru toate programele, rezultând astfel un proces unic de aplicare, cu înscrierea automată a elevilor pe tot parcursul anilor şcolari (dacă nu au fost suspendați din cauza absențelor) şi cu însărcinarea solicitantului de a informa administratorii de orice schimbare pozitivă survenită în situația gospodăriei lor.

Mai ambițios ar fi să se restructureze întregul set de programe de ajutor financiar, să se admită că acestea intră în realitate în sfera asistenței sociale şi să se integreze programele naționale de ajutor financiar în programul de alocație familială (care va deveni în curând VMI) al MMFPSPV, ce prezintă costuri reduse de depunere a

dosarelor şi o bună capacitate de monitorizare şi control.

Pentru ca deciziile care se iau la nivel sectorului educațional să aibă impact pozitiv la nivelul copiilor aflați la risc de excluziune socială trebuie crescută capacitatea actorilor din domeniu în ceea ce privește colectarea de date și monitorizarea.[316] De curând, Ministerul Educației a pus în aplicare un sistem complex de colectare a datelor cu privire la grădinițe și școli (cu informații privind, de exemplu, despre numărul de copii înscriși, caracteristicile școlilor, precum și numărul și calificarea cadrelor didactice). Actualizarea continuă a informațiilor de acest tip, va duce în timp, pe de o parte, la îmbunătățirea designului, calității monitorizării și ajustarea politicilor și pe de altă parte, la acumularea de dovezi care să ajute la evaluarea corectă a diferitelor programe și măsuri care luptă împotriva excluziunii de la educație sau angajare.

CASETA 35

Asigurarea unei mese copiilor vulnerabili din şcolile dezavantajate din Arad

Două sute de copii vulnerabili din şase şcoli dezavantajate din Arad sunt beneficiarii unui program local care le asigură o masă caldă pe zi. Aceşti beneficiari sunt copii din familii cu venituri sub 470 de lei pe membru de familie, expuse unui risc social crescut (risc de separare de familie sau de abandon şcolar) şi care frecventează ciclul primar în şcolile locale selectate.

Biroul de asistență socială din Arad, cu alte cuvinte Direcția de Dezvoltare şi Asistență Comunitară – DDAC, finanțează, coordonează şi monitorizează programul. Cantina socială, deținută şi operată de DDAC, livrează mâncarea după orele de curs, la sediile şcolilor selectate. Programul DDAC este completat de un centru de zi, Curcubeu, unde copiii din şcoala cea mai săracă din oraş (Şcoala Nr. 2), aflată în proximitatea centrului de zi, iau parte la activități after-school şi beneficiază de o gamă largă de servicii, inclusiv de sprijin alimentar; acest centru de zi deserveşte un total de 127 de copii săraci, majoritatea de la Şcoala Nr. 2.

Obiectivele declarate ale programului de sprijin alimentar sunt menținerea, remedierea şi dezvoltarea capacităților acestor copii şi ale părinților lor de a rezista condițiilor critice care ar putea duce la separarea de familie sau la abandon şcolar şi sprijinirea copiilor în obținerea unor rezultate şcolare cât mai bune. Au fost stabilite trei grupuri țintă: (i) copiii cu risc de a fi separați de părinți; (ii) copiii reintegrați în familie după ce au beneficiat de o măsură specială de protecție (cei care ies din „sistemul special de protecție") şi (iii) copiii cu risc de abandon şcolar.

Costul mesei calde, subvenționat de autoritățile locale, este de 8 lei pe copil şi acoperă doar finanțarea meselor asigurate de cantina socială. Costul programului destinat copiilor vulnerabili din şcolile dezavantajate este comparabil cu costurile acoperite de părinți pentru programele after-school din şcolile bune, acestea fiind estimate între 6 şi 12 lei (meniul fiind la discreția părinților).

Cadrul instituțional al programului este prevăzut în protocolul de cooperare încheiat între DDAC şi Inspectoratul Şcolar Județean – ISJ. În baza unei decizii, Consiliul Local a stabilit, printre alte aspecte, pragul de eligibilitate la un venit de 470 RON pe membru de familie, un prag mult mai ridicat decât cel din vechea Lege nr. 208/1997 privind cantinele de ajutor social (care folosea pragul stabilit pentru o persoană singură în Legea privind venitul minim garantat).

DDAC a transmis o cerere oficială către ISJ, care a selectat cele mai dezavantajate şcoli. Cu toate acestea, criteriile de selecție folosite nu sunt complet transparente, neexistând (la nivel național sau județean) un sistem pentru stabilirea celor mai dezavantajate şcoli. În aceste şcoli, diriginții întocmesc o listă

[316] O analiză detaliată, precum şi recomandări specifice pot fi găsite în Banca Mondială (2014b: 72-83). Capitolul 5 discută mecanismele de monitorizare şi evaluare (M&E), incluzând aici logica lor de funcționare, indicatorii propuşi, procesele de monitorizare a schimbărilor, frecvența activităților de M&E, precum şi alocarea responsabilităților.

CASETA 35 (continuare)

provizorie de copii, bazându-se pe cunoştinţele pe care le au despre statutul socio-economic al fiecărui elev şi al familiilor acestora. DDAC efectuează o anchetă socială şi întocmeşte un dosar, care include formularul de cerere, documente de identitate şi alte acte de stare civilă, precum şi documente care să dovedească veniturile (salarii, pensii şi ajutoare sociale). Aproximativ 10% dintre propunerile şcolilor sunt respinse în urma anchetei sociale a DDAC.

Aspectele critice ale programului par să fie: (i) asigurarea cooperării părinţilor în procesul de aplicare; (ii) condiţia ca mâncarea să fie livrată în recipiente individuale, în conformitate cu standardele de igienă, în cazul şcolilor care nu au cantină sau sală de mese (ceea ce duce la o uşoară creştere a costurilor): (iii) procesul de selecţie, cu mecanisme neclare de selectare a şcolilor şi copiilor.

În general, gradul de satisfacţie faţă de program pare să fie ridicat atât în rândul managerilor (DDAC, ISJ şi şcoli), cât şi al beneficiarilor. Asigurarea unei mese calde complete (cu trei feluri de mâncare) este considerată o intervenţie excelentă, reprezentând „poate singura mâncare gătită pe care o primesc aceşti copii într-o zi", conform declaraţiei reprezentantului administraţiei unei şcoli. Programul este deosebit de relevant în contextul dezbaterii publice aflate în desfăşurare cu privire la reajustarea sprijinului alimentar oferit în şcoli, prin definirea clară a beneficiarilor programului şi acordarea unei mese calde în locul actualului pachet cu lapte, corn şi un fruct. Aceasta este una dintre ideile de reformare a programului cel mai frecvent menţionate şi disputate. Pe lângă beneficiul său intrinsec, şi anume asigurarea unei mese sănătoase şi nutritive, programul pare a reprezenta, în ochii factorilor de interes, un important stimulent pentru asigurarea prezenţei şcolare şi prevenirea abandonului şcolar. Cu toate acestea, nu este clar dacă duce la îmbunătăţirea performanţelor şcolare ale elevilor, având în vedere că activităţile legate de meditaţii şi sprijin social au fost abandonate temporar.

Luând în considerare posibila redefinire a programului naţional de sprijin alimentar, personalul responsabil de implementarea programului la Arad sugerează o serie de soluţii disponibile pentru a nu limita accesul copiilor mai înstăriţi. O idee simplă ar putea fi distribuirea meselor în funcţie de pragul de venit al familiei, adică gratuit pentru cei mai săraci copii şi cu costuri progresive pentru familiile cu venituri, atâta timp cât acestea îşi doresc să beneficieze de un astfel de serviciu. Deschiderea programului către toţi copiii ar putea reprezenta un aspect important, mai ales având în vedere că, în România, peste o familie din cinci nu îşi permite o masă care să conţină carne, peşte sau un echivalent vegetarian o dată la două zile, conform datelor Eurostat pentru 2013.

2.5. Sănătate

„Dorim ca toți să beneficieze de bunăstare şi o sănătate mai bună, ca un drept egal al tuturor ființelor umane. Sănătatea nu se obține cu ajutorul banilor. Politicile publice care promovează echitatea au mai multe şanse de reuşită în acest sens. Trebuie să analizăm principalele cauze (ale inegalităților şi ale stării de sănătate precare) prin prisma determinaților sociali şi a unei abordări care să implice întregul guvern şi întreaga societate."
(Margaret Chan, Director General al OMS)

Obiective principale

2.5. Sănătate 228

2.5.1. Îmbunătățirea echității în materie de sănătate şi a protecției financiare 229

2.5.2. Îmbunătățirea furnizării de servicii medicale în domeniile de intervenție relevante pentru categoriile sărace şi vulnerabile 234

2.5.3. Creşterea accesului categoriilor vulnerabile la servicii medicale de calitate 246

2.5. Sănătate

Sănătatea şi sărăcia sunt puternic interconectate. Sărăcia contribuie în mod direct la o stare de sănătate precară, în timp ce sănătatea precară poate constitui un important factor determinant al sărăciei, reducând capacitatea de muncă a unei persoane şi conducând la costuri ridicate cu tratamentul şi îngrijirea. De exemplu, la nivelul UE, există diferențe semnificative statistic între membrii diferitelor categorii de venit în ceea ce priveşte starea de sănătate, limitarea activității personale din cauza unei boli sau a unei dizabilități, precum şi speranța de viață la naştere, cu o diferență de până la 10 ani în cazul bărbaților şi de până la 6 ani în rândul femeilor[317] între categoriile populației cu un nivel socio-economic scăzut şi cele cu un nivel ridicat. Speranța de viață sănătoasă în România – numărul mediu de ani în care starea de sănătate este bună – se află mult sub media UE-15 de peste 70 de ani, aşa cum se întâmplă de altfel în majoritatea celorlalte țări din Europa de Sud-Est.[318] Evidențele arată că sunt afectate în mod special persoanele de etnie romă. Gradul ridicat al sărăciei, nivelul limitat al educației şi rata scăzută de ocupare a forței de muncă în rândul populației rome contribuie la o stare de sănătate precară, din cauza căreia speranța de viață este cu şase ani mai mică, în medie, decât cea a populației de altă etnie.[319]

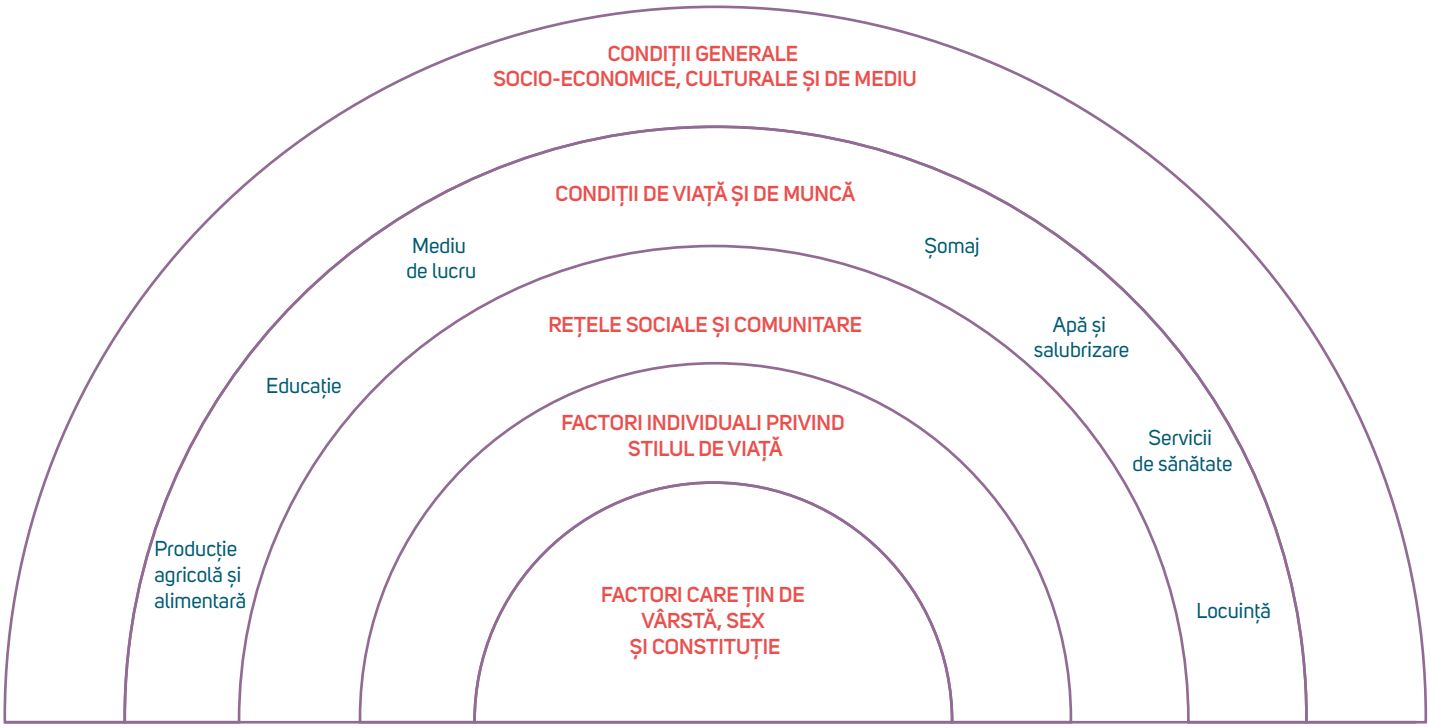
Persoanele sărace şi vulnerabile sunt mai predispuse la îmbolnăvire şi prezintă o vârstă de deces mai mică decât populația generală. Sărăcia determină o stare de sănătate precară din cauza condițiilor de trai inadecvate (absența unei locuințe decente, a apei potabile şi/sau a salubrizării adecvate). De asemenea, conduce la o nutriție deficitară şi la un regim alimentar nesănătos, ceea ce face ca populația săracă să fie mai vulnerabilă la boli. Sărăcia este însoțită şi de analfabetism, din cauza căruia oamenii sunt mai puțin informați şi educați în privința comportamentelor sănătoase şi a riscurilor pentru sănătate. Nu în ultimul rând, sărăcia îngreunează accesul la serviciile de sănătate şi la medicamente, atunci când este nevoie. Există dovezi ştiințifice solide care arată că starea de sănătate a persoanelor şi a comunităților se ameliorează treptat, pe măsură ce se îmbunătățeşte statutul socio-economic al acestora (numit generic „gradientul social al stării de sănătate"). În consecință, prevenirea îmbolnăvirii şi asigurarea accesului la servicii sociale de sănătate eficace şi accesibile din punctul de vedere al costurilor sunt modalități importante de combatere a sărăciei.

Politicile intersectoriale care iau în considerare determinanții sociali ai stării de sănătate sunt cea mai eficientă modalitate de îmbunătățire a sănătății persoanelor sărace. Teoria determinanților sociali ai stării de sănătate (Schema 6) elaborată cu câteva decenii în urmă, reprezintă la nivel mondial baza tuturor strategiilor şi intervențiilor care au drept scop reducerea decalajului în materie de sănătate dintre populația săracă şi cea generală. După cum se arată în Schema 6:, accesul la serviciile de sănătate constituie numai unul dintre factorii determinanți ai stării de sănătate, deci creşterea accesului, deşi esențială, are o contribuție limitată la îmbunătățirea stării de sănătate în rândul persoanelor sărace. Numai o abordare integrată, care include nu numai un acces mai bun la serviciile sociale şi de sănătate (cu accent pe prevenție), dar şi îmbunătățirea educației, a alimentației şi a condițiilor de locuit, inclusiv alimentare cu apă şi salubritate, va conduce la o ameliorare semnificativă a stării de sănătate în rândul populației sărace. Această abordare este recomandată în raportul Biroului regional pentru Europa al OMS, intitulat „Sănătate 2020: un cadru european de politici",[320] ca fiind esențială pentru realizarea obiectivelor strategice de îmbunătățire a sănătății întregii populații şi de reducere a inegalităților în domeniul sănătății. În acest scop, statele membre au fost invitate să inițieze politici intersectoriale cuprinzătoare şi durabile vizând reducerea decalajului în materie de sănătate între populația săracă şi populația generală. În plus, Platforma Europeană de Combatere a Sărăciei şi a Excluziunii Sociale, una dintre cele şapte inițiative emblematice ale UE care susțin obiectivele sociale ale strategiei Europa 2020, subliniază nevoia stringentă de politici naționale eficiente în domeniul sănătății, care să asigure în acelaşi timp accesul universal la servicii medicale de calitate.

Aşa cum a afirmat şi Comisia Europeană în iunie 2014,[321] România a înregistrat unele progrese[322] la nivelul reformei

[317] European Commission (2010b).
[318] Cele mai recente estimări ale Organizației Mondiale a Sănătății privind speranța de viață ajustată în funcție de dizabilități au indicat o speranță de viață sănătoasă de 65 de ani pentru români, în 2007. (http://data.euro.who.int/hfadb/, date descărcate la 20 noiembrie 2014.)
[319] Banca Mondială (Anan et al, 2014).
[320] OMS (2012c).
[321] Comisia Europeană (2014b).
[322] Conform categoriilor standardizate utilizate de CE pentru a evalua progresul privind implementarea recomandărilor specifice de țară în 2013: „Unele progrese înseamnă că statul membru a anunțat sau a adoptat măsuri ca răspuns la recomandările specifice de țară. Aceste măsuri sunt promițătoare, dar nu au fost implementate toate încă, iar implementarea nu este certă în toate cazurile."

SCHEMA 6: Factorii sociali determinanţi ai sănătăţii



Sursa: Dahlgren și Whitehead (2007: 20).

sistemului de sănătate, având drept scop creşterea eficienței şi a accesibilității şi îmbunătățirea calității, în conformitate cu recomandările specifice de țară ale Consiliului European din 2013. Comisia a apreciat proiectul de Strategie Națională de Sănătate a României 2014-2020[323] pentru faptul că urmăreşte asigurarea unui acces mai echitabil la servicii medicale de calitate, dar a considerat că prevalența plăților informale[324] reprezintă un obstacol semnificativ în calea accesibilității, în special pentru persoanele cele mai vulnerabile. De aceea, reforma din sectorul sănătății rămâne una dintre cele opt recomandări specifice de țară ale Comisiei pentru România, după cum urmează: „Intensificarea reformelor în sectorul sănătății pentru a creşte eficiența, calitatea şi accesibilitatea acestui sector, inclusiv pentru persoanele dezavantajate şi pentru comunitățile îndepărtate şi izolate; Creşterea eforturilor pentru a limita plățile informale, inclusiv prin managementul corespunzător şi prin sisteme de control".[325]

2.5.1. Îmbunătăţirea echităţii în materie de sănătate şi a protecţiei financiare

Guvernul a inițiat strategii şi politici care vizează creşterea echității în domeniul sănătății, proces ce trebuie accelerat pe viitor, principala provocare fiind punerea în practică a reformelor promise. Măsurile cheie luate de către guvern includ programul de compensare a 90% dintre cheltuielile

[323] Ministerul Sănătății (2014).
[324] Plățile informale sunt definite ca o tranzacție monetară sau în natură dintre un pacient şi un membru al personalului pentru servicii medicale care sunt, oficial, gratuite în sectorul public.
[325] Comisia Europeană (2014b: 7).

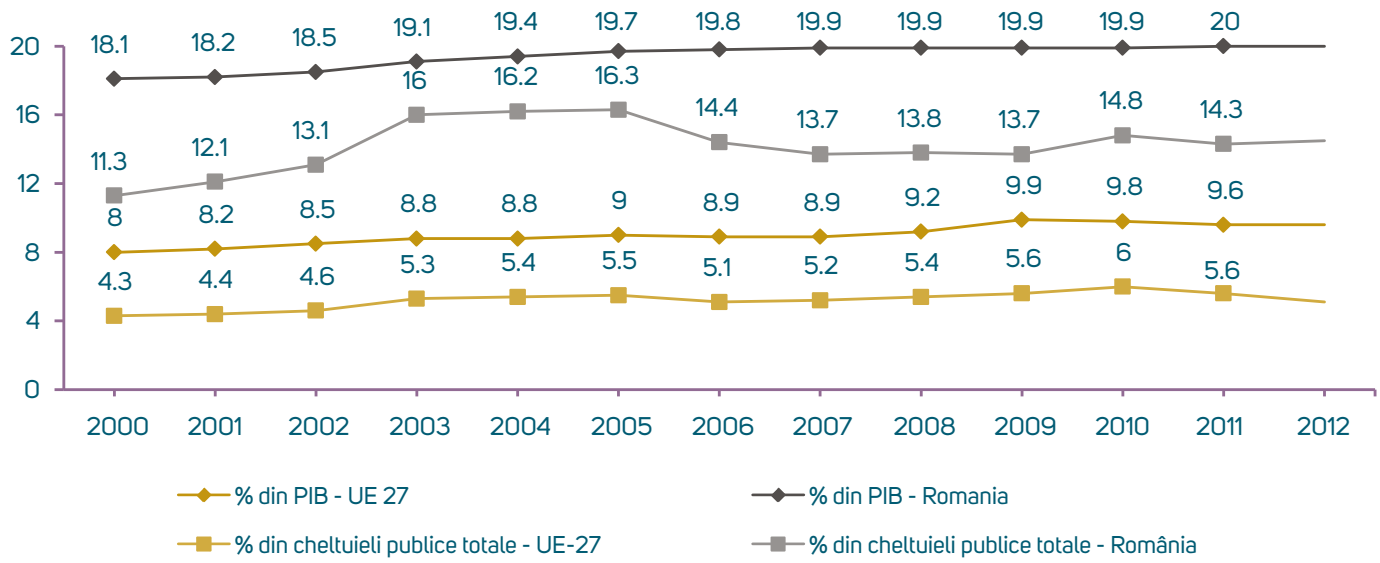
medicale ale pensionarilor care au venit mai mic de 700 de lei pe lună, cu peste 1.000.000 de beneficiari,[326] şi creşterea cu circa 34% a bugetului asigurărilor de sănătate alocat serviciilor de îngrijire la domiciliu în 2014 comparativ cu anul anterior. Reformele promise în sistemul de sănătate includ: (i) un pachet minim de servicii de sănătate îmbunătăţit, care să includă servicii preventive (evaluarea riscurilor pentru sănătate) şi curative suplimentare pentru populaţia neasigurată, pe lângă serviciile de urgenţă şi de îngrijire medicală la care are dreptul aceasta în prezent; (ii) pachetul de bază de servicii medicale revizuit, acoperit de asigurările sociale de sănătate, cu mai multe resurse financiare alocate serviciilor de prevenţie primară şi secundară; (iii) o revizuire a programelor naţionale de sănătate existente, cu accent crescut pe prevenţie şi pe intervenţiile ţintite; (iv) creşterea ponderii serviciilor medicale ambulatorii şi de asistenţă medicală primară; (v) revizuirea listei medicamentelor compensate. Guvernul a aprobat, în noiembrie 2014, Strategia Naţională de Sănătate 2014-2020, care a stabilit strategia de reducere a inegalităţilor în domeniul sănătăţii, însă nu există încă intervenţii coerente de punere în practică a acestei strategii. De exemplu, ar trebui formulate reglementări simple şi cost eficiente care să încurajeze prescrierea medicamentelor generice, excluderea medicamentelor cu dovezi limitate privind eficacitatea, utilizarea anumitor medicamente pentru afecţiuni specifice, excluderea medicamentelor care nu sunt avantajoase din punctul de vedere al costurilor sau a celor care au un echivalent generic disponibil.

Stabilirea unei finanţări care să răspundă nevoilor specifice ale grupurilor vulnerabile

Mai presus de toate, îmbunătăţirea calităţii şi a echităţii serviciilor de sănătate din România va necesita o creştere a finanţării generale la nivelul sectorului. Cheltuielile cu sănătatea nu reprezintă numai un cost, ci şi o investiţie cu impact pe termen lung asupra dezvoltării socio-economice a unei ţări.[327] În România, nivelul cheltuielilor totale de sănătate este printre cele mai reduse din Europa şi în continuă scădere. Cheltuielile totale cu sănătatea ca pondere din PIB au scăzut de la aproximativ 6% în 2010 la 5,1% în 2012 (Figura 40), dar cifrele oficiale nu iau în calcul plăţile informale larg răspândite. Bugetul pe care îl cheltuie orice guvern într-un anumit sector social depinde parţial de constrângerile fiscale generale, parţial de prioritatea pe care o acordă sectorului respectiv la nivelul alocării resurselor publice.[328] De aceea, contextul fiscal al ţării[329] este principalul factor ce determină cheltuielile reduse ale guvernului în domeniul sănătăţii, România având un nivel general de cheltuieli guvernamentale de 35,2% din PIB (în 2012) comparativ cu media UE-27 de 48%. Totuşi, cheltuielile publice cu sănătatea reprezintă numai 14,5% din cheltuielile guvernamentale totale (scăzând de la 16,3% în 2005) comparativ cu media constantă a UE de circa 20%, ceea ce înseamnă că guvernul central acordă o prioritate destul de mică[330] sectorului sănătăţii. În consecinţă, cheltuielile totale cu sănătatea pe cap de locuitor ale României sunt de aproape patru ori mai mici[331] decât media UE27 – 873 USD (PPC) comparativ cu 3.346 USD.[332] Datele corespund recentului raport „Sănătatea pe scurt: Europa 2014" (Health at a Glance: Europe 2014), publicat de Comisia Europeană în decembrie 2014, potrivit căruia România are cele mai mici cheltuieli cu sănătatea pe cap de locuitor (753 euro PPC) dintre statele membre şi de 3 ori mai scăzute decât media UE-28. Între timp, dacă în perioada 2009-2012, cheltuielile cu sănătatea în termeni reali (ajustate cu inflaţia) au scăzut în medie cu 0,6% (din cauza scăderii forţei de muncă şi a salariilor din domeniul medical, a reducerilor de taxe plătite furnizorilor de servicii medicale, a preţurilor farmaceutice mai mici şi a creşterii co-plăţilor acoperite de pacienţi), în România, rata medie de creştere anuală a cheltuielilor cu sănătate pe cap de locuitor în termeni reali a fost de 0,4% (2009-2012), comparativ cu 9,1% în anii anteriori (2000-2009).[333] În ciuda cifrelor generale, România a crescut constant cheltuielile publice cu sănătatea – dacă luăm în calcul puternica relaţie dintre nivelul general al veniturilor unei ţări şi nivelul cheltuielilor acelei ţări din domeniul sănătăţii. Cheltuielile publice cu sănătatea trebuie să continue să crească, cu aplicarea în acelaşi timp a unor politici transparente şi cost eficiente de alocare a resurselor.

[326] Programul Naţional de Reformă 2014, Guvernul României, aprilie 2014 (date cumulative începând din 2011; asiguraţii Casei Speciale a Angajaţilor din Apărare, Ordine Publică şi Autorităţi Judecătoreşti nu sunt incluşi).
[327] Comisia Europeană (2007).
[328] Kutzin şi Jakab (2010).
[329] Contextul fiscal se referă la capacitatea actuală şi estimată a unui guvern de a cheltui fonduri. Ţările mai bogate sunt în general mai eficiente în ceea ce priveşte colectarea veniturilor din taxe şi, astfel, au un nivel mai ridicat de cheltuieli publice ca procent din PIB, în timp ce atunci când o ţară are un spaţiu fiscal mai limitat, rezultatul este de obicei un nivel mai redus al cheltuielilor publice, inclusiv pentru educaţie şi sănătate.
[330] Totuşi, prioritatea acordată atât de Guvernul României, cât şi de UE sectorului sănătăţii a fost mereu mai mare decât cea acordată sectorului educaţiei.
[331] Cu toate acestea, în ceea ce priveşte cheltuielile totale cu sănătatea, exprimate în USD PPC pe cap de locuitor, decalajul dintre România şi UE-27 s-a micşorat continuu, de la sub 1/8 din cheltuielile UE în 1990 la peste 1/4 în 2012.
[332] Estimările OMS pentru 2012, http://data.euro.who.int/hfadb.
[333] OCDE (2014).

FIGURA 40: Cheltuielile publice totale cu sănătatea ca procent din PIB / cheltuielile publice totale în România şi în UE-27



Sursa: Calculele Băncii Mondiale folosind Baza de date europeană HFA, OMS/ Europa, noiembrie 2014.

Este necesar ca alocările bugetare pentru asistența medicală primară să crească, trebuind îmbunătățite concomitent măsurile de monitorizare a serviciilor furnizate de către medicii de familie. Deşi toate guvernele succesive au declarat asistența medicală primară o prioritate, aceasta a avut întotdeauna alocări bugetare reduse. În 2008, MS a inițiat un exercițiu de screening al populației costisitor şi discutabil, în vederea evaluării stării de sănătate a populației, ceea ce explică creşterea bruscă a bugetului pentru asistența medicală primară, care a scăzut în anii următori (Tabel 36). Diferite organizații internaționale au încurajat România să mărească bugetul alocat asistenței medicale primare până la cel puțin 10% din bugetul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Creşterea disponibilității asistenței medicale primare este fără îndoială cea mai bună cale de a spori accesul categoriilor sărace şi vulnerabile la servicii medicale de calitate, în special prin promovarea sănătății, educație pentru sănătate şi prevenirea maladiilor. Bugetul unui cabinet medical de familie contractat de Casa de Asigurări de Sănătate este compus dintr-o plată per capita (50%) şi o plată per serviciu (50%), dar medicii de familie percep plata pentru consultație ca plată per serviciu, chiar dacă aceasta ar trebui acoperită de plata per capita. Serviciile de asistență medicală primară ar trebui rambursate printr-o plată per serviciu numai în cazul în care sunt considerate priorități de sănătate publică[334] sau, ca în alte țări, dacă medicii de familie îndeplinesc un anumit obiectiv legat de o prioritate de sănătate publică (de exemplu, să atingă o rată de vaccinare de 90% în rândul copiilor eligibili dintr-o anumită arie de acoperire, cum ar fi un sat, indiferent dacă aceşti copii sunt incluşi sau nu pe lista de finanțare per capita a medicului de familie).

Măsurile țintite care vizează sănătatea populației sărace şi vulnerabile ar trebui să beneficieze de finanțare adecvată. Un bun exemplu este planificarea familială. În timp ce unul din zece născuți-vii are o mamă adolescentă, statul alocă cel mult 20 RON pe persoană pe an pentru planificare familială

[334] Lista cu domeniile strategice de intervenție ale României şi obiectivele generale aferente poate fi găsită în Ministerul Sănătății (2014: 26).

TABEL 36: Bugetul pentru asistenţa medicală primară, 2005-2014

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014 (aprobat)
Bugetul asigurărilor de sănătate (milioane RON)	9.3	10.1	12.9	16.6	15.3	17.5	17.8	19.5	23.1	22.6
Bugetul pentru asistența medicală primară (milioane RON)	0.5	0.5	0.7	1.5	1.1	1.1	1.1	1.2	1.3	1.5
Cheltuielile cu asistența medicală primară ca % din bugetul total al asigurărilor de sănătate	4.9	4.6	5.8	8.8	7.2	6.3	6.2	6.2	5.7	6.6

Sursa: Date agregate din rapoartele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (www.cnas.ro).

şi maxim două vizite gratuite pe an la un medic de familie pentru consiliere privind metodele contraceptive. Un medic de familie câştigă mai mulți bani din eliberarea unui certificat de deces decât din furnizarea serviciilor de planificare familială unei femei neasigurate. Dacă medicul de familie este medic primar, atunci certificatul de deces eliberat de acesta are aproape aceeaşi valoare financiară ca şi îngrijirea post-natală acordată de un medic de familie specialist unei femei neasigurate (33 RON față de 37 RON).[335]

Asigurarea protecţiei financiare pentru categoriile sărace şi vulnerabile

Plățile directe şi plățile informale reprezintă un obstacol pentru accesarea serviciilor de sănătate de către populația săracă şi vulnerabilă, care nu-şi poate permite să le plătească. Co-plățile acoperite de pacienți pentru servicii furnizate în sistemul public reprezintă o componentă relativ mică a cheltuielilor totale de sănătate, dar plățile directe (din fonduri proprii)[336] sunt semnificative şi în creştere. Estimările OMS arată că plățile directe pentru sănătate, ca pondere din cheltuielile totale cu sănătatea, au crescut continuu începând cu 2007, de la 17% până la aproape 22% în 2012. Aceasta în comparație cu o medie UE-27 constantă de 16 până la 17%, în aceeaşi perioadă.[337] Acest lucru împiedică numeroase persoane cu venituri mai mici să acceseze asistența medicală, ceea ce are un efect negativ asupra sănătății lor. Conform „Analizei funcționale a sectorului de sănătate"),[338] 62% din populația săracă a României nu are acces gratuit la medicamente şi aproape 60% dintre persoanele internate în spital au declarat că au făcut plăți informale în 2008, față de circa 30% în 2001. De asemenea, 63% dintre familiile din chintila cea mai săracă plătesc pentru serviciile de sănătate din fonduri proprii, comparativ cu 88% din chintila cea mai bogată. Multe dintre persoanele sărace care au nevoie de servicii medicale nu apelează la acestea. Deoarece rata medie a compensațiilor este aceeaşi în cazul persoanelor sărace ca şi în rândul tuturor celorlalte categorii de venit şi utilizarea serviciilor de sănătate este mai mare la nivelul categoriilor cu venituri mai mari, este evident că clasa de mijloc şi grupurile cu venituri mari beneficiază cel mai mult de pe urma serviciilor de sănătate subvenționate.

Guvernul trebuie să conceapă, să implementeze şi să finanțeze o politică clară cu privire la plățile informale din sistemul public de sănătate, la nivel național. Statisticile privind plățile directe din domeniul sănătății subestimează probabil fenomenul, deoarece pacienții efectuează şi plăți informale (intenționat sau nu) pentru serviciile de sănătate. Mai multe studii pe tema plăților informale acordate în schimbul asistenței medicale în România au arătat că acestea sunt larg răspândite atât la nivelul serviciilor de sănătate ambulatorii, cât şi în spitale şi că sunt aproape universale în cazul operațiilor, al naşterilor şi al procedurilor cu risc crescut. Un studiu efectuat de Institutul Român pentru Evaluare şi Strategie (IRES) în 2011 a arătat că, din totalul

[335] Contractul cadru şi aplicarea acestuia în vederea furnizării de servicii în perioada 2014-2015 în cadrul Sistemului național al asigurărilor de sănătate (Hotărârea de Guvern nr. 400/2014; Ordonanța MS/ Casei de Asigurări de Sănătate nr. 619/360, mai 2014).
[336] Definite de către OMS ca incluzând costurile nerambursabile, cheltuielile deductibile, co-plățile şi taxele pentru servicii, dar excluzând plățile făcute de societățile care acordă propriilor angajați beneficii medicale şi paramedicale, impuse sau nu prin lege. Se exclud, de asemenea, plățile pentru tratamentul în străinătate.
[337] OMS/Europa, Baza de date HFA.
[338] Banca Mondială (2011a).

plăților informale pentru servicii publice raportate de către populație (11%, la nivel național), cele pentru serviciile de sănătate sunt cele mai răspândite (5% pentru medic şi 2,5% la spital).[339] Totuşi, majoritatea plăților informale raportate au fost făcute în semn de recunoştință pentru asistența medicală oferită, deoarece numai 1,2% dintre pacienți au declarat că plățile au fost solicitate de personal. Un sondaj reprezentativ la nivel național efectuat în 2012 a indicat faptul că, în România, cadourile (cum ar fi cafeaua, ciocolata, carnea, florile şi țigările) reprezintă 88% din plățile informale, în timp ce plățile informale în bani reprezintă aproximativ 37%. Cele mai multe cadouri au fost oferite la sfârşitul tratamentului, în timp ce majoritatea plăților în bani au fost făcute înainte sau în timpul tratamentului.[340] De obicei, suma pe care pacienții o plătesc informal pentru asistența medicală reflectă gravitatea bolii. Astfel, un studiu efectuat în 2013 în Bucureşti a arătat că plata informală acordată unui medic de familie era în jur de 34 de lei (circa 8 euro), în timp ce în spitale, pentru o problemă care nu necesita operație, creştea la aproximativ 360 de lei (sau 80 de euro)[341] şi ajungea la 1.130 lei (sau 250 de euro)[342] în cazurile în care era necesară o intervenție chirurgicală.[343] Pacienții mai înstăriți, mai bine educați şi mai tineri tind să plătească mai mult, adesea ca o cale de a obține un tratament de mai bună calitate. O analiză recentă a literaturii de specialitate, care acoperă opt țări est-europene,[344] a ajuns la concluzia că: „După 1990, plățile informale au devenit mai frecvente, mai explicite, fiind tot mai des în bani şi mai puțin accesibile populației. Plățile informale sunt generate de dorința pacienților de a primi tratament mai bun, de salariile mici ale personalului, de lipsa acută de finanțare şi de tradiție. Atitudinile față de plățile informale variază de la puternic negative (dacă sunt solicitate) până la tolerante (dacă sunt inițiate de pacienți), în funcție de circumstanțe. Totuşi, vorbind la modul general, atitudinile tolerante față de astfel de practici sunt predominante atât în rândul pacienților, cât şi al personalului medical."

Plățile informale pot fi asociate cu factori culturali şi istorici, dar acestea au apărut în principal deoarece sistemul public de sănătate nu poate asigura acces adecvat la serviciile de bază. Prin urmare, acțiunile recomandate în următoarele secțiuni se referă, în principal, la întărirea şi îmbunătățirea calității asistenței medicale primare şi la dezvoltarea rețelei de asistență medicală comunitară. În plus, guvernul trebuie să implementeze campanii frecvente de informare privind beneficiile modificărilor adresate atât părților interesate din sistemul de sănătate, cât şi publicului.

Absența resurselor face şi mai dificilă pentru sistemul național de sănătate furnizarea serviciilor de tratament şi a medicației adecvate. Unul dintre indicatorii de sănătate ai UE relevant pentru incluziunea socială este procentul autoraportat privind nevoile nesatisfăcute de asistență medicală. Datele Eurostat arată că 9,6% din populația României a declarat în 2012 că nu-şi poate permite asistență medicală sau a considerat că aceasta este prea costisitoare (comparativ cu 0,1% în Marea Britanie şi Finlanda, 0,2% în Olanda şi 5,9% în Bulgaria). Au existat diferențe semnificative bazate pe statutul socio-economic, de la 13,3% pentru cei din chintila cu veniturile cele mai mici (cei mai săraci 20% din populația României) până la 3,5% pentru cei din chintila cu cele mai mari venituri (cei mai bogați 20% din populația României). Deşi aceste procente au scăzut comparativ cu anul trecut, România rămâne unul dintre primele trei state membre ale UE în ceea ce priveşte nevoile neacoperite în materie de asistență medicală pentru populația din toate categoriile de venit.

În acest domeniu, guvernul trebuie să ia în considerare:

- Identificarea unor modalități de a face accesibile medicamentele generice prescrise, consumabilele şi tehnologiile medicale pentru cele mai vulnerabile comunități, inclusiv pentru cele rurale şi izolate;
- Planificarea şi implementarea unor campanii de sensibilizare a consumatorilor cu privire la economiile în materie de costuri, siguranța şi calitatea medicamentelor generice.

Asigurarea acoperirii tuturor categoriilor sociale de către serviciile medicale este esențială pentru reducerea inegalităților în materie de sănătate. Există încă inegalități majore în ceea ce priveşte asigurarea serviciilor medicale în România. O mare parte a lucrătorilor liber-profesionişti din agricultură şi a populației rurale de etnie romă nu este acoperită de asigurările de sănătate. Procentul persoanelor înscrise la un medic de familie în cadrul sistemului de asigurări de sănătate a crescut semnificativ, de la 87,8% în 2008 la 95,9% în 2010, pentru ca mai apoi să scadă la 85,3% în 2012. Pe tot parcursul acestei perioade, a

[339] IRES (2011).
[340] Spridon (2011).
[341] În medie, 76% au mers către medici şi 24% către asistenți.
[342] În medie, 60% au mers către chirurgi, 24% către anestezişti şi 16% către asistenți.
[343] Stoica (2013).
[344] Stănculescu şi Neculau (2014: 48). Țările sunt Bulgaria, Croația, Kosovo, Fosta Republică Iugoslavă a Macedoniei, Republica Moldova, Muntenegru, România şi Serbia.

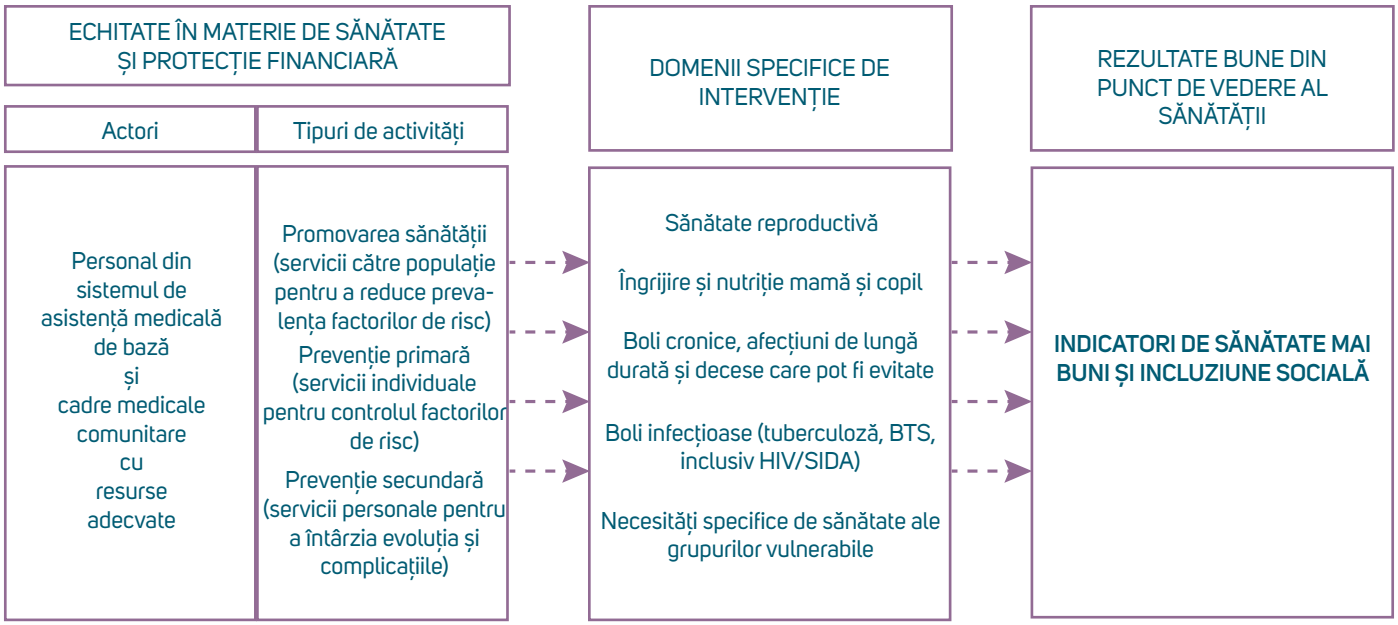
existat permanent o diferență considerabilă între acoperirea asigurărilor de sănătate în mediul rural şi cel urban, fiind cu până la 20% mai mare în zonele urbane (în 2012 - acoperire de 94,1% în zonele urbane, spre deosebire de 74,6% în zonele rurale.[345] Cu excepția unor cazuri rare, persoanele neasigurate nu au dreptul la examinări medicale în ambulatoriu sau la medicamente recomandate ori prescrise de către medicul de familie, chiar dacă bugetul asigurărilor de sănătate pentru servicii ambulatorii si investigații paraclinice în ambulatoriu a fost dublat în 2014. În afară de urgențe, sarcini şi anumite boli infecțioase, persoanele neasigurate sunt obligate să plătească pentru orice investigații şi medicamente. Acest lucru conduce la agravarea stării medicale şi/sau la o suprasolicitare a serviciilor medicale de urgență prespitaliceşti şi spitaliceşti (serviciul de ambulanță, Serviciul Mobil de Urgență pentru Reanimare şi Descarcerare şi unitățile de primiri urgențe din spitale) care oferă tratament şi consultații în mod gratuit. Combinate, sărăcia, analfabetismul şi incapacitatea sistemului de sănătate de a furniza servicii de prevenție sau acces la asistență medicală de bază conduc la o rată ridicată a sănătății precare în rândul populației sărace şi la costuri mari implicate în tratarea, în unitățile spitaliceşti, a persoanelor sărace cu afecțiuni grave sau care le pun viața în pericol. Guvernul trebuie să emită legi privind asigurările medicale private pentru cei care îşi pot permite această opțiune, micşorând presiunea asupra bugetului public, care trebuie folosit pentru îmbunătățirea/ sporirea serviciilor incluse în pachetul minim de servicii şi/sau pentru programe țintite bazate pe evidențe, care să se adreseze populației celei mai vulnerabile.

2.5.2. Îmbunătăţirea furnizării de servicii medicale în domeniile de intervenţie relevante pentru categoriile sărace şi vulnerabile

În sfera reformei sistemului de sănătate din România, anumite domenii de intervenție prezintă o relevanță aparte pentru categoriile sărace şi vulnerabile (Schema 7). În ceea ce priveşte indicatorii care măsoară starea de sănătate, România are cea mai mare rată a mortalității în rândul copiilor sub 5 ani dintre toate țările UE-27 şi un risc de mortalitate maternă la naştere de cinci ori mai mare decât media UE-27.[346] România înregistrează, de asemenea, cea mai mare rată a sărăciei în rândul copiilor dintre toate cele 35 de țări incluse în analiza sărăciei infantile, efectuată de UNICEF în 2012.[347] Prin urmare, sănătatea mamei şi a copilului şi sănătatea reproducerii ar trebui să devină domenii prioritare pentru intervențiile ce vizează creşterea incluziunii în domeniul sănătății, în perioada 2014-2020. În acelaşi timp, România are o speranță de viață la naştere mult mai mică decât media din UE şi o rată a mortalității standardizată în funcție de vârstă, în cazul bărbaților, de aproape două ori mai mare decât cea din țările membre ale UE cu cele mai mici rate - peste 1.200 la 100.000 de locuitori comparativ cu media UE de 866.[348] Principalele două cauze de deces sunt bolile cardiovasculare (România având una dintre cele mai mari rate din regiunea europeană a OMS) şi cancerul, ambele prezentând tendințe de creştere. Din acest motiv, guvernul trebuie să se concentreze asupra reducerii bolilor cronice, prin promovarea sănătății şi prevenirea maladiilor ca modalitate de îmbunătățire a stării de sănătate a persoanelor sărace şi vulnerabile, având în vedere că există dovezi ce demonstrează fără echivoc faptul că bolile netransmisibile pot fi, în mare măsură, prevenite.[349] Deşi bolile transmisibile prezintă o pondere mică datorită

[345] Casa Națională de Asigurări de Sănătate (2013: 113).
[346] OMS, Baza de date HFA.
[347] Centrul ce Cercetare UNICEF Inocenti (2012).
[348] OCDE (2012).
[349] OMS (2011).

SCHEMA 7: Domeniile specifice de intervenţie relevante pentru creşterea incluziunii şi îmbunătăţirea sănătăţii categoriilor sărace şi vulnerabile



sistemului de supraveghere din ce în ce mai bun şi gradului de acoperire a imunizării, România are cea mai mare incidență a tuberculozei (TBC) din cadrul Uniunii Europene, iar numărul de cazuri de tuberculoză multirezistentă este în creştere. De asemenea, bolile cu transmitere sexuală, inclusiv HIV/SIDA, reprezintă în continuare o problemă serioasă de sănătate publică în România.[350] În cadrul Uniunii Europene, se întâlnesc rate moderate spre ridicate de incidență a hepatitei virale B, C şi D numai în România şi în alte trei țări.[351] Tuberculoza este strâns legată de sărăcie,[352] în timp ce bolile cu condiționare socială[353] au cel mai mare impact negativ asupra calității şi duratei vieții şi se numără printre principalele cauze ale sărăciei, discriminării şi marginalizării.[354] În consecință, bolile infecțioase trebuie să constituie un alt domeniu de intervenție pentru creşterea incluziunii în materie de sănătate, în perioada 2014-2020.

Schema 7 arată domeniile specifice de intervenție relevante pentru categoriile sărace şi vulnerabile. Acestea sunt stabilite în cadrul strategic care trebuie utilizat în sectorul de sănătate şi care respectă abordarea integrată a serviciilor sociale adoptată în România. Abordarea integrată implică echipe multidisciplinare de lucrători comunitari la nivel local, dar şi cooperare şi coordonare între mai multe agenții din diferite sectoare sociale la nivel național (vezi Secțiunea 2.3.). Rețeaua de asistență medicală primară şi de asistență medicală comunitară reprezintă, în mod cert, cel mai bun cadru pentru implementarea intervențiilor recomandate la o scară adecvată. Recomandările sunt prezentate în secțiunea finală a acestui capitol.

Domeniile specifice de intervenție relevante pentru categoriile sărace şi vulnerabile sunt discutate în

[350] Institutul Național de Boli Infecțioase „Prof. dr. Matei Balș" (2013).
[351] Bulgaria, Letonia şi Turcia (Rechel at al, 2011).
[352] OMS, şi ECDC (2014).
[353] Bolile cu condiționare socială sunt acelea care nu sunt exclusiv ereditare, ci sunt influențate de stilul de viață şi de mediul socio-economic.
[354] ONU (2008).

următoarele secțiuni, cu accent pe serviciile de prevenție, de detectare precoce a bolilor şi pe serviciile directe adresate grupului țintă, dar şi pe monitorizarea şi evaluarea intervențiilor. În toate domeniile, MS trebuie să schimbe paradigma politicii de sănătate publică prin:

- Creşterea fondurilor alocate serviciilor preventive bazate pe evidențe, dezvoltând totodată capacitatea programatică la toate nivelurile sistemului de sănătate
- Implementarea unor mecanisme eficiente pentru analiza nevoilor, planificarea serviciilor, coordonarea, monitorizarea şi evaluarea intervențiilor şi controlul furnizorilor de servicii.

Îmbunătăţirea serviciilor de sănătate a reproducerii

În România, procentul sarcinilor nedorite este de peste 50% în cazul tinerelor sub 19 ani, în timp ce una din zece naşteri este înregistrată în rândul mamelor adolescente (cu vârste cuprinse între 15 şi 19 ani). Conform celor mai fiabile date din ultimul Studiu privind sănătatea reproducerii realizat în România (studiu efectuat în 2004, în colaborare, de către MS, USAID, UNFPA, UNICEF şi Banca Mondială), procentul de sarcini nedorite era de 50,4% în rândul adolescentelor cu vârste între 15 şi 19 ani şi de 48,7% în rândul femeilor cu vârste între 15 şi 44 de ani. Maternitatea timpurie, mai ales atunci când sarcina este nedorită, poate duce la abandonul copilului, abandonul şcolii şi chiar la excluziune socială. De aceea, este importantă reducerea ratei sarcinilor nedorite. Există dovezi potrivit cărora serviciile actuale de planificare familială sunt ineficiente, mai ales în cazul femeilor sărace şi vulnerabile. Acest lucru reiese din numărul încă mare de sarcini nedorite care au ca rezultat avortul, în special în rândul fetelor cu vârste mai mici de 19 ani, precum şi din numărul în creştere de nou-născuți abandonați în maternități în ultimii ani (918 copii în 2012, în creştere de la 762 de copii în 2010). Creşterea procentului naşterilor survenite în afara căsătoriei, de la 15% din totalul naşterilor în 1992 până la aproape 28% în 2010, reprezintă un fenomen demografic cu consecințe semnificative la nivel socio-economic şi în sfera sănătății. Procentul este mai mare în zonele rurale (33%), unde atitudinile tradiționale față de reproducere par să nu fie la fel de puternice.[355]

Pentru prevenirea maternității timpurii şi a sarcinilor nedorite, toate femeile de vârstă fertilă (în special fetele şi femeile tinere) trebuie să poată accesa servicii de sănătate sexuală şi a reproducerii de bună calitate şi accesibile ca preț.[356] Numărul intervențiilor realizate de MS în sfera sănătății reproducerii pentru populația vulnerabilă a scăzut treptat din 2008, la fel şi bugetele aferente. Nu au fost actualizate reglementările, metodologiile şi instrumentele Programului Național al MS (criteriile referitoare la grupurile vulnerabile eligibile pentru servicii gratuite de sănătate a reproducerii, sistemul de management al informațiilor privind contraceptivele şi distribuția acestora, lista de contraceptive gratuite şi aşa mai departe). Rețeaua de cabinete ale medicilor de familie care furnizează servicii de sănătate a reproducerii a fost destructurată, din cauza lipsei de stimulente (pregătire, bugete şi interes al factorilor de decizie de la nivel național şi județean pentru acest program). Nu există programe sustenabile de educație medicală continuă adresate medicilor de familie cu privire la sănătatea reproducerii. Un număr limitat de medici de familie - mult mai puțini decât sunt necesari la nivel național - au fost de acord să distribuie anticoncepționale gratuite, eficiența acestui program de contracepție gratuită fiind de asemenea afectată de un buget mic şi de un grad mare de incoerență în ceea ce priveşte procurarea şi distribuția contraceptivelor. Există o lipsă de date fiabile privind activitatea lucrătorilor medicali comunitari (asistenții medicali comunitari şi mediatorii sanitari din comunitățile rome) în domeniul sănătății reproducerii şi, deoarece acest personal nu mai beneficiază de programe de pregătire, ghiduri metodologice sau materiale educaționale, este foarte probabil ca aceste servicii să fie puțin frecvente şi de slabă calitate. Descentralizarea responsabilității pentru serviciile de sănătate de la guvernul central către autoritățile locale, care a fost slab coordonată şi insuficient reglementată, combinată cu criza economică recentă, a condus la situația actuală.

Acțiunile prioritare pe care recomandăm să le întreprindă guvernul în următorii câțiva ani sunt:

- Revizuirea criteriilor pentru distribuția gratuită a contraceptivelor
- Specificarea beneficiarilor prioritari (cum ar fi zonele rurale, comunitățile sărace şi defavorizate şi anumite grupe de vârstă)

[355] INS (2012) şi INS (2013b).
[356] O definiție cuprinzătoare a serviciilor de sănătate a reproducerii include şi alte domenii prioritare de sănătate publică, precum: (i) planificare familială; (ii) sănătate sexuală; (iii) maternitate fără riscuri; (iv) avorturile nesigure şi bolile cu transmitere sexuală, inclusiv HIV; (v) cancer de col uterin. Secțiunea de față se concentrează, în special, pe planificarea familială şi pe sănătatea sexuală, în timp ce celelalte domenii sunt prezentate în secțiunile următoare.

- Asigurarea continuității accesului la o varietate de contraceptive gratuite pentru femeile vulnerabile de vârstă fertilă
- Extinderea rețelei de medici de familie dispuşi să distribuie contraceptive gratuit şi asigurarea unei bune acoperiri geografice
- Instruirea şi reinstruirea furnizorilor de servicii medicale de la nivel comunitar (medici de familie, asistenți medicali comunitari şi mediatori sanitari romi) în vederea acordării unor servicii de sănătate sexuală şi a reproducerii de calitate
- Stabilirea de parteneriate cu ONG-uri specializate şi locale pentru furnizarea de servicii şi intervenții în domeniul sănătății reproducerii
- Planificarea, implementarea, monitorizarea şi evaluarea campaniilor de informare-educare-comunicare (IEC) şi a intervențiilor stradale în domeniul sănătății reproducerii, individualizate în funcție de nevoile, convingerile şi tradițiile celor mai vulnerabile comunități.

Intervențiile Programului Național al MS în domeniul sănătății reproducerii şi al planificării familiale trebuie revizuite şi actualizate. Nu există date defalcate sau studii recente care să fie folosite pentru conceperea unor intervenții de sănătate a reproducerii cost eficiente şi nu a fost dezvoltată o abordare coerentă şi sistematică ce să guverneze politicile şi acțiunile necesare. Până în 2007, cu ajutorul ONU, al Băncii Mondiale şi al agențiilor bilaterale (cum ar fi USAID), sănătatea reproducerii a fost unul dintre domeniile prioritare ale reformei sistemului de sănătate din România, ceea ce a contribuit direct la îmbunătățirile înregistrate ulterior la nivelul mortalității infantile şi al mortalității materne. Intervențiile implementate au avut la bază strategii coerente, rezultate din analiza nevoilor, şi studii de impact care au utilizat metodologii validate pe plan internațional. Studiul privind sănătatea reproducerii (SSR) a fost realizat în 1994, 1999 şi 2004 pe un eşantion de peste 10.000 de femei de vârstă fertilă. Studiile rezultate au demonstrat influența pozitivă a anumitor intervenții eficiente şi durabile asupra indicatorilor de sănătate şi au recomandat ca aceste intervenții să fie direcționate în primul rând către populația rurală, cea săracă şi către anumite grupuri vulnerabile. Conform datelor SSR, între anii 1990 şi 2007, guvernul a conceput şi a implementat, cu sprijin şi asistență tehnică internaționale (ONU, agenții bilaterale, precum USAID) strategii succesive de îmbunătățire a sănătății reproducerii, programul de sănătate a femeii şi copilului al MS (care includea toate intervențiile de sănătate a reproducerii şi serviciile de îngrijire prenatală şi postnatală) şi activități de asistență medicală comunitară şi de mediere în domeniul sănătății pentru comunitățile rome. De asemenea, guvernul a dezvoltat şi a consolidat rețeaua de planificare familială, a distribuit anticoncepționale gratuite femeilor sărace şi/sau femeilor cu risc, pe baza unor criterii obiective, şi a implementat un sistem de management informațional şi logistic foarte funcțional, care a asigurat continuitatea furnizării de anticoncepționale.

Pentru revizuirea şi actualizarea programului național al Ministerului Sănătății cu privire la sănătatea reproducerii şi planificarea familială, recomandăm responsabililor de politică din domeniul sănătății să ia în considerare următoarele acțiuni:

- Efectuarea unui studiu privind sănătatea reproducerii la fiecare cinci ani în vederea colectării de date corecte pentru indicatorii de referință şi a măsurării ulterioare a rezultatelor şi a impactului intervențiilor, beneficiind de experiența organizațiilor care au implementat studiile anterioare (Institutul Național de Statistică, instituții publice şi ONG-uri). Recomandăm realizarea studiului atât înainte, cât şi după implementarea Strategiei de promovare a incluziunii sociale și reducere a sărăciei 2015-2020
- Crearea unui sistem logistic de management al informațiilor solid, pe baza bunelor practici testate anterior
- Conceperea unor intervenții care să vizeze populația săracă şi cea mai vulnerabilă, în baza evidențelor evaluărilor periodice ale rezultatelor obținute
- Conceperea şi dezvoltarea unor mecanisme solide de monitorizare şi evaluare, inclusiv pentru intervențiile direcționate către categoriile sărace şi vulnerabile.

Stabilirea unui parteneriat cu ONG-urile pentru furnizarea de servicii la nivel comunitar este esențială, atât în prezent, cât şi pe viitor, mai ales că ONG-urile pot fi un catalizator pentru dezvoltarea unei abordări naționale coerente a intervențiilor din domeniul sănătății reproducerii. În absența unei finanțări sustenabile, multe ONG-uri active în domeniul sănătății reproducerii - foste partenere ale MS şi ale organizațiilor internaționale - au trebuit să reducă sau să suspende furnizarea de servicii către beneficiari, cel mai adesea fiind afectate cele mai sărace comunități sau grupuri vulnerabile, cum ar fi comunitățile rome.

În prezent, cele mai multe dintre aceste ONG-uri implementează proiecte bazate pe prioritățile decise de sursele de finanțare existente, şi nu de necesitățile beneficiarilor lor. Multe intervenții neguvernamentale considerate bune practici în trecut (între anii 1992 şi 2007) au fost întrerupte deoarece instituțiile publice nu şi le-au asumat. De asemenea, MS nu deține mecanismele şi reglementările necesare încheierii de contracte cu ONG-urile pentru implementarea intervențiilor incluse în programele naționale de sănătate publică.

Guvernul trebuie să mărească alocările bugetare pentru serviciile de prevenție în domeniul sănătății reproducerii şi trebuie să implementeze mecanisme eficiente de monitorizare, evaluare şi de control al furnizorilor de servicii. Actualele documente strategice ale MS oferă un cadru general adecvat pentru efectuarea intervențiilor adresate persoanelor vulnerabile în sfera sănătății reproducerii. Conform Strategiei Naționale de Sănătate 2014-2020, elaborate de MS la sfârşitul lui 2013 (şi aprobate de guvern în noiembrie 2014): „Succesul intervenției de planificare familială depinde în mare măsură de întărirea capacității de management al programului la nivel central, de continuarea pregătirii medicilor şi a asistenților din sistemul de asistență medicală primară, de accesul la contraceptive gratuite pentru populația vulnerabilă şi de o mai bună țintire a acestei categorii a populației cu ajutorul rețelei emergente de asistență medicală comunitară din România." Totuşi, aceste documente strategice trebuie transformate în intervenții eficiente şi bazate pe evidențe. De exemplu, deşi guvernul a planificat revizuirea sau modificarea programelor naționale de sănătate în 2014, acest lucru nu s-a întâmplat încă. În anul 2014, programul național de sănătate a femeii şi a copilului (care include toate intervențiile de sănătate a reproducerii) a beneficiat de un buget de 10.330.000 RON, care reprezintă mai puțin de 50% din bugetul pentru 2013 (24.336.000 RON) şi este, de exemplu, de cinci ori mai mic decât cel al programului național de transplant de organe, țesuturi şi celule (RON 52.123.000 RON). De fapt, după fuzionarea programelor preventive şi curative în „programe naționale de sănătate publică" finanțate de la bugetul de stat, programele care includ o componentă de prevenție semnificativă au început să dispună de bugete din ce în ce mai mici, în timp ce bugetul pentru programele curative a crescut.

Îmbunătăţirea serviciilor medicale pentru sănătatea şi nutriţia mamei şi copilului

Deşi Guvernul României a elaborat un Program național de sănătate a femeii şi a copilului şi un Program național de imunizare, indicatorii care măsoară starea de sănătate a mamei şi a copilului arată unele tendințe alarmante în România.

Copiii care provin din familii sărace şi rome se confruntă cu dezavantaje semnificative în ceea ce priveşte sănătatea şi bunăstarea, dezavantaje ce pot apărea chiar în primele etape ale copilăriei. Un studiu recent al UNICEF[357] a indicat faptul că familiile cu un venit total pe persoană sub limita pragului național al sărăciei, familiile monoparentale şi familiile cu un număr mare de copii care locuiesc în condiții precare şi depind de ajutoarele sociale sunt categoriile cu cele mai mari riscuri pe termen lung pentru sănătatea şi dezvoltarea copiilor.

În România, 11% dintre nou-născuți sunt prematuri, iar prematuritatea şi complicațiile asociate acesteia reprezintă cauza a peste jumătate dintre decesele neonatale. Cei mai mulți copii prematuri şi/ sau subponderali sunt născuți de mame adolescente şi/ sau de mame din categoriile socio-economice defavorizate şi/ sau de etnie romă, de cele cu un nivel redus de educație şi de cele care locuiesc în mediul rural. Mamele din aceste categorii fie nu apelează la serviciile de îngrijire prenatală, fie le utilizează inadecvat, în timp ce 40% dintre femeile care nasc prematur nu beneficiază de consultații prenatale sistematice sau regulate.[358]

[357] Stănculescu et al (2012).
[358] Stativa şi Stoicescu (2011).

CASETA 36

Declaraţiile medicilor de familie cu privire la acordarea serviciilor de îngrijire prenatală în mediul rural numai când sunt solicitaţi

„Mamele minore sunt înregistrate de medicul de familie şi sunt supravegheate pe durata sarcinii, iar copiii lor sunt de asemenea înregistrați. Supravegherea înseamnă că mama beneficiază de servicii, dar numai dacă şi când vine la medic... Medicul de familie nu merge la ea acasă să-i spună: „Vino, te rog". Astfel, deşi asigurate pentru că sunt minore, multe dintre ele nu beneficiază de servicii tocmai pentru că nu se adresează cabinetului unui medic de familie. Apoi, vine când este însărcinată în nouă luni şi stă să nască. De ce nu a venit mai repede? Lipsa informațiilor, ruşinea, sărăcia, nu are haine pentru a se îmbrăca, nu are cum să ajungă acolo, cine ştie?

Şi la această primă vizită, îi dau o trimitere către laborator, una pentru ecografie şi una pentru un consult la ginecolog. Pentru a da curs fiecăreia din aceste trei trimiteri, trebuie să se deplaseze. Cel mai apropiat spital, Maternitatea Botoşani, este la o distanță de 70-80 de km. Nu are bani de transport, deci nu va merge. De asemenea, nu va veni la mine a doua oară, deoarece tot ce fac eu este să-i dau sarcini nerealiste, şi nu soluții reale la problema ei."

Sursa: Discuții de grup cu Colegiul Medicilor de Familie, Asociația Medicilor de Familie şi Asociația Angajatorilor Medicilor de Familie, Județul Botoşani, iulie 2014. Studiu calitativ realizat de Banca Mondială în iulie-august 2014, în vederea pregătirii volumului de față.

Deşi mortalitatea infantilă înregistrează o tendință de scădere, rămâne totuşi ridicată, în special în mediul rural şi la nivelul categoriilor celor mai vulnerabile. O mare parte din decesele înregistrate în rândul copiilor cu vârsta mai mică de 1 an se produc la domiciliu, în timp ce majoritatea nou-născuților decedează fără a fi beneficiat de niciun fel de îngrijire medicală pentru boala care a provocat decesul.[359] În timp ce rata mortalității infantile a scăzut de la 18,4 în 2001 la 8,5 la 1.000 născuți-vii în 2013, aceasta rămâne cea mai mare din UE (media UE-28 fiind de 3,8 la 1.000 născuți-vii în 2012). De asemenea, în 2013, rata mortalității infantile a fost mai mare în mediul rural decât în zonele urbane (6,8 la 1.000 născuți-vii şi 741 decese în rândul copiilor cu vârsta mai mică de 1 an în zonele urbane comparativ cu 10,4 la 1.000 născuți-vii şi 939 decese în rândul copiilor cu vârsta mai mică de 1 an în zonele rurale). Există în continuare diferențe semnificative între județe, valorile maxime fiind de 13-15 la 1.000 născuți-vii.[360] Rata mortalității a copiilor sub 5 ani a scăzut de asemenea semnificativ, dar rămâne mult mai mare decât media UE-27 - 12,2 față de 4,8 la 1.000 născuți-vii în 2012.[361] Riscul de deces înainte de vârsta de 5 ani reprezintă un instrument eficient de măsurare a sănătății copiilor şi un indicator important al sărăciei şi excluziunii sociale. Copiii din România ce provin din mediul rural, din familii sărace sau ale căror mame nu au avut acces la educația de bază prezintă un risc de deces înainte de vârsta de 5 ani mai ridicat. Mai mult de jumătate din decesele copiilor cu vârsta mai mică de 5 ani sunt cauzate de boli care pot fi prevenite şi tratate prin intervenții simple şi accesibile.[362]

România se confruntă cu o problemă gravă, reprezentată de deficiențele nutriționale ale copiilor din cauza accesului limitat la alimente şi/sau a bolilor ce afectează copiii. Această problemă necesită un răspuns urgent. Deficiențele nutriționale ale copilului se reflectă în prevalența unui raport talie-greutate mic, iar în România acesta depăşeşte standardul internațional al UNICEF de 10%. Prevalența raportului talie-greutate mic (un predictor la mortalității copiilor sub vârsta de 5 ani) a crescut semnificativ în ultimii ani, de la 4,4% în 2004 până la 10,4% în 2010, cu rate considerabil mai mari în zonele rurale decât în zonele urbane, după cum se arată într-un studiu recent.[363] Potrivit acestui studiu, care a evaluat eficiența programelor naționale ale MS în ceea ce priveşte starea nutrițională a copiilor sub 2 ani, copiii cu deficiențe nutriționale care nu au beneficiat de alăptare timpurie, alăptare exclusivă până la vârsta de 6 luni sau o dietă minimum diversificată[364] au, în general, mame adolescente şi/sau mai puțin educate.

[359] Ministerul Sănătății (2013).
[360] Institutul Național de Statistică, Baza de date Tempo Online.
[361] OMS Europa, Baza de date HFA.
[362] OMS (2013a).
[363] Ministerul Sănătății et al (2011).
[364] Un regim incorect diversificat nu include suficientă carne, ouă sau legume şi sunt preferate unele tipuri de fructe în detrimentul altora (de exemplu, banane în loc de mere).

De asemenea, rata de alăptare exclusivă este clar mai mică în rândul copiilor crescuți în familii sărace sau extrem de sărace. Aceeaşi cercetare a arătat corelația pozitivă semnificativă dintre consilierea prenatală a mamelor cu privire la alăptare şi durata alăptării. Numai una din două mame discutaseră despre alăptare cu medicul obstetrician/ ginecolog. Mamele adolescente (cele cu vârste între 15 şi 19 ani), mamele mai puțin educate şi femeile din mediul rural reprezintă categoriile cu cele mai puține mame care au primit consiliere în timpul sarcinii. Proporția mamelor de etnie romă care au beneficiat de pregătire privind alăptarea în timpul sarcinii a fost de aproape două ori mai mică decât în cazul populației non-rome. În ceea ce priveşte pregătirea postnatală oferită în spitale/ secții de maternitate, numai 33% dintre mame au afirmat că au fost pregătite cu privire la alăptarea exclusivă şi nu au existat diferențe semnificative între zonele rurale şi cele urbane. În final, prevalența ridicată a anemiei printre copiii cu vârsta mai mică de 2 ani (40% în 2010) confirmă faptul că România se confruntă cu problema deficiențelor nutriționale în rândul copiilor. Copiii din mediul rural consumă cu până la 15% mai puține alimente care conțin fier (carne, ouă sau lapte) decât cei din zonele urbane. Medicii de familie care au participat la studiu au recunoscut că pacienții îi consultă rar cu privire la problemele legate de alimentație şi şi-au exprimat opinia că este datoria mamei să le ceară sfatul pentru a-şi justifica abordarea, aceea de a interveni numai atunci când sunt solicitați.

Se remarcă o scădere alarmantă a gradului de acoperire națională al imunizărilor. Gradul de acoperire al vaccinului DTP[365] a scăzut de la 99% în 2001 până la 89% în 2013. La sfârşitul anilor 2011 şi 2012, au avut loc în România epidemii de rubeolă şi pojar. Din cauza numărului mare de adulți tineri care au contractat rubeolă, această epidemie a afectat numeroase femei însărcinate, ceea ce a condus la un număr mare de bebeluşi născuți cu sindromul rubeolic congenital. Conform experților OMS, acoperirea vaccinării contra pojarului în rândul copiilor nu este suficient de mare pentru a opri transmiterea acestei boli. În general, lipsa colectării de date defalcate (cu excepția celor în funcție de vârstă, sex şi locație geografică) face imposibilă identificarea grupurilor susceptibile şi deci direcționarea intervențiilor. În timp ce medicii de familie şi alți specialişti susțin că nivelul de acceptare al publicului este redus în ceea ce priveşte vaccinarea, MS şi organismele sale tehnice trebuie să facă eforturi pentru a asigura un nivel mai mare de acoperire al vaccinării de rutină şi trebuie să inițieze campanii publice vizând creşterea încrederii populației în beneficiile pe termen lung ale vaccinării şi acceptarea imunizării.

Deşi mortalitatea maternă este în scădere, rămâne totuşi ridicată şi afectează, în principal, categoriile sociale dezavantajate. Mortalitatea maternă este în continuare mult mai mare în România decât media UE-27 – 11,44 comparativ cu 5,05 decese materne la 100.000 născuți-vii în 2012.[366] Este îngrijorător faptul că s-a dublat numărul de decese survenite în urma avorturilor şi că a crescut mortalitatea maternă ca rezultat al riscului obstetrical direct în 2013, comparativ cu 2012. Aceste statistici indică faptul că femeile gravide nu sunt monitorizate şi înregistrate la timp pentru a permite detectarea timpurie a riscului obstetrical şi pentru a preveni avorturile. O analiză recentă a mortalității materne, realizată în 2011-2012 în România,[367] a arătat că cele mai multe decese survenite din cauze obstetricale directe se înregistrează în rândul femeilor cu un nivel redus de educație (86% dintre femeile din eşantion erau analfabete sau aveau doar studii primare ori secundare), şomere (74%) şi/sau mame singure (40%). Rata mortalității materne este puțin mai ridicată în mediul rural decât în zonele urbane şi peste 65% dintre femeile care au decedat în 2011-2012 nu au beneficiat de servicii prenatale.[368]

Aceste fenomene alarmante indică faptul că îmbunătățirea alimentației şi a rezultatelor privind sănătatea femeilor şi a copiilor trebuie să devină o prioritate pentru guvern în următorii ani. Actualele intervenții ale MS în domeniul sănătății mamei şi copilului sunt discontinue, inadecvat finanțate, slab coordonate şi monitorizate şi nu au fost foarte eficiente. De aceea, MS trebuie să evalueze actualele sale intervenții din programele naționale de sănătate publică focusate pe sănătatea mamei şi a copilului şi să le mențină numai pe acelea care sunt eficiente din punctul de vedere al costurilor, introducând în acelaşi timp altele noi, bazate pe evidențele furnizate de bunele practici şi pe nevoile reale ale grupurilor vulnerabile. Guvernul trebuie să furnizeze finanțare adecvată pentru intervenții preventive, inclusiv pentru cele concepute cu scopul de a oferi mamelor şi familiilor acestora educație şi informații privind îngrijirea prenatală şi un stil de viață sănătos. În aceste intervenții trebuie inclusă educația parentală, care trebuie să pună

[365] Vaccinul împotriva difteriei, tetanosului şi tusei (estimări OMS-UNICEF pentru România, disponibile la http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveragedtp3.html)
[366] OMS, Baza de date HFA.
[367] Stativă (2013).
[368] Peste 125 de copii au rămas fără mamă în urma a 53 de decese materne, dintre care 23 s-au produs ca rezultat al riscului obstetrical direct (11 în timpul sarcinii, 6 în timpul naşterii şi 6 în urma naşterii).

accent pe îmbunătățirea sănătății copilului, în special a sănătății copiilor din rândul populației dezavantajate.[369]

Pentru acoperirea națională a serviciilor de sănătate destinate mamei şi copilului la acelaşi standard de calitate, decidenții trebuie să crească accesul populației la aceste servicii şi să ridice calitatea acestora. Accesul la serviciile de sănătate adresate mamei şi copilului este limitat, uneori din cauză că aceste servicii sunt furnizate la distanțe prea mari de populația țintă sau pentru că femeia însărcinată nu-şi permite să plătească transportul până în oraş pentru a face unele investigații (ecografii sau analize de laborator). Deşi, prin lege, aceste analize trebuie asigurate în mod gratuit, adesea acest lucru nu se întâmplă în practică, deoarece bugetul sistemului de sănătate nu este suficient pentru a acoperi costurile. Un alt factor care limitează accesul este faptul că multe comunități rurale nu au medici de familie sau nici măcar asistenți medicali comunitari. Acest lucru se datorează parțial faptului că puțini medici de familie par interesați să lucreze în acele comunități, dar şi, parțial, pentru că autoritățile nu supraveghează şi nu controlează activitatea acestora decât pe hârtie. Nu există mecanisme pentru evaluarea calității serviciilor furnizate de medicii de familie, de exemplu, pentru evaluarea respectării de către aceştia a instrucțiunilor şi protocoalelor privind îngrijirea prenatală şi postnatală sau îngrijirea nou-născuților.

De aceea, este nevoie de cercetări pentru a stabili ce factori împiedică accesul femeilor însărcinate, al mamelor care alăptează şi al nou-născuților la serviciile medicale şi pentru a sugera moduri de eliminare a obstacolelor, prin reglementări legale sau prin măsuri coerente de monitorizare şi control. În vederea îmbunătățirii furnizării serviciilor de îngrijire prenatală, postnatală şi a copilului mic, recomandăm următoarele acțiuni prioritare:

- Elaborarea de protocoale clinice, ghiduri şi standarde de practică şi prevederea obligației medicilor de a se supune auditului clinic realizat de către colegii lor.
- Formularea şi implementarea unor intervenții specifice pentru acoperirea vaccinală a copiilor vulnerabili care nu sunt incluşi în campaniile naționale de imunizare.
- Creşterea gradului de acoperire la nivel local al furnizorilor de servicii medicale de bază (medici de familie, asistenți medicali comunitari şi mediatori sanitari romi), în întreaga țară.
- Instruirea sau reinstruirea furnizorilor de servicii medicale de la nivel comunitar (medici de familie, asistenți medicali comunitari şi mediatori sanitari romi) cu privire la furnizarea unor servicii prenatale, postnatale şi de îngrijire a copilului de calitate.
- Monitorizarea, evaluarea şi controlul furnizării şi calității serviciilor.

Reducerea numărului de boli cronice, afecțiuni de lungă durată şi decese evitabile

O provocare majoră pentru sistemul de sănătate din România este accesul limitat al populației sărace la serviciile medicale destinate tratării bolilor cronice. Pachetul minim de servicii, conceput pentru a răspunde nevoilor de sănătate ale persoanelor neasigurate, nu acoperă aceste servicii (vezi Anexă Tabel 7.1). De asemenea, este posibil ca persoanele sărace să nu fie conştiente de faptul că au nevoie de îngrijire medicală. În studii, aproape jumătate dintre respondenții din rândul persoanelor sărace care afirmă că au nevoie de asistență medicală nu o solicită. Decalajul dintre persoanele sărace şi persoanele cu o situație materială mai bună este evident, în special în ceea ce priveşte tratamentul bolilor cronice. Astfel, 42% dintre persoanele sărace nu primesc acest tip de îngrijire, comparativ cu 17% dintre persoanele cu o situație materială mai bună. Simulările Băncii Mondiale, care au pornit de la ipoteza că persoanele sărace şi cele cu o situație materială mai bună au nevoi similare de îngrijire în cazul bolilor cronice, au arătat că 85% dintre persoanele sărace care suferă de boli cronice şi necesită îngrijire nu beneficiază de aceasta.[370] Costul medicamentelor şi practica răspândită a plăților informale oferite personalului medical au fost raportate ca fiind principale obstacole în calea accesului la servicii de sănătate destinate tratării bolilor cronice. Practicile de segregare şi discriminare întâlnite la toate nivelurile sistemului de sănătate sunt obstacole suplimentare cu care se confruntă populația de etnie romă în încercarea de a accesa serviciile medicale.

Sunt necesare intervenții inovatoare, individualizate în funcție

[369] În special dat fiind faptul că cele mai multe decese înregistrate în rândul copiilor cu vârsta de până la 1 an care s-au produs la domiciliu se datorează „incapacității părinților de a recunoaşte boala la timp sau de a evalua corect gravitatea acesteia." (Anghelescu și Stativă, 2005)
[370] Banca Mondială (2011a).

de factorii de risc prevalenți cu care se confruntă categoriile sărace şi vulnerabile, pentru a reduce rata bolilor cronice în rândul acestei populații. Aceste intervenții trebuie să fie concepute, implementate, monitorizate şi evaluate în cadrul fiecărui program național de sănătate publică ce vizează vizează bolile cronice. În prezent, programele naționale de sănătate publică ale MS nu pun accent suficient nici pe prevenția şi detectarea precoce a bolilor cu impact major, nici pe principalii factori determinanți ai celor mai multor boli. Din iunie 2014, medicilor de familie li se solicită să efectueze o evaluare a riscurilor în materie de sănătate pentru fiecare asigurat din listă, însă o astfel de evaluare nu este prevăzută şi pentru persoanele neasigurate nici în cadrul sistemului de asigurări de sănătate, nici prin programele naționale de sănătate publică. De aceea, este nevoie de campanii de informare eficiente, de furnizarea unor servicii de sănătate care țin cont de diferențele culturale[371] şi de programe de prevenție pentru cele mai relevante boli şi factori de risc. Bolile netransmisibile sunt foarte răspândite în România şi reprezintă cauza a 91% din totalul deceselor. La nivelul bolilor netransmisibile, decesele cauzate de cancer ocupă locul al doilea, după cele survenite în urma bolilor cardiovasculare. Cei trei factori de risc ce duc la apariția majorității bolilor în România sunt riscurile alimentare, tensiunea arterială ridicată şi fumatul. În 2010, principalul factor de risc pentru copiii sub 5 ani a fost poluarea aerului din interiorul locuinței din cauza combustibililor solizi, în timp ce în cazul adulților cu vârsta între 15 şi 49 de ani a fost consumul de alcool.[372] Fumatul reprezintă o problemă de sănătate majoră în cazul ambelor sexe, mai ales la nivelul grupelor de vârstă mai mici. Se observă un raport socio-economic invers proporțional prevalent în rândul bărbaților, dar nu şi în rândul femeilor.[373] Fumatul este principalul factor de risc în cazul cancerului. Prevalența fumatului este mai mare în rândul bărbaților decât al femeilor (37,4% față de 16,7%), dar fumatul a crescut semnificativ în rândul femeilor în ultimul deceniu. România este pe primul loc între statele membre ale UE în ceea ce priveşte consumul de alcool, cu o rată care este cu 130% mai mare decât media UE.[374] Rata mortalității provocate de ciroză şi alte efecte ale consumului de alcool a crescut substanțial în ultimii ani. În ceea ce priveşte numărul de ani de viață pierduți din cauza deceselor premature în România, ciroza hepatică s-a numărat printre principalele cauze în 2010.[375]

Prin urmare, recomandăm guvernului să ia în considerare formularea unor planuri locale, regionale şi naționale pentru reducerea incidenței comportamentelor nesănătoase şi pentru prevenirea bolilor cronice. De asemenea, în cadrul programelor naționale de sănătate publică, MS trebuie să conceapă şi să implementeze intervenții de promovare a sănătății bazate pe evidențe. Acestea trebuie să se concentreze pe: (i) reducerea consumului nociv de alcool, mai ales în mediul rural, cu accent pe persoanele mai puțin educate; (ii) dezvoltarea unor programe de prevenire a fumatului în centrele urbane, inclusiv în rândul populației mai educate; (iii) inițierea unor intervenții de sensibilizare în anumite comunități, identificate ca fiind cele mai vulnerabile.

În următorii ani, trebuie evaluată eficiența programului național de screening pentru depistarea precoce a cancerului de col uterin. România are în continuare cea mai ridicată rată a mortalității provocate de cancerul de col uterin din UE, în ciuda faptului că această boală este uşor de prevenit sau de tratat dacă este diagnosticată din timp. Cele mai frecvente tipuri de cancer la femei sunt cancerul de sân, colorectal şi de col uterin, în timp de cancerul de plămâni, colorectal şi de prostată sunt cel mai frecvent întâlnite la bărbați. În 2012, MS a inițiat un program de screening al cancerului de col uterin destinat populației, care este încă în curs de desfăşurare, însă necesită o componentă specifică direcționată către femeile cele mai vulnerabile. Programul vizează femeile cu vârsta cuprinsă între 25 şi 64 de ani şi prevede testarea acestora o dată la cinci ani. Medicii de familie furnizează în cadrul programului liste cu pacienții lor de sex feminin din grupa de vârstă vizată de program, cărora li se transmite ulterior invitația de a participa la screening. Totuşi, aceasta înseamnă că este puțin probabil ca femeile neasigurate să fie incluse în program, deşi acesta este un program național de sănătate publică. Unii profesionişti din sistemul de sănătate susțin că nu toate femeile care sunt diagnosticate cu cancer de col uterin în urma examinării primesc ulterior un tratament, în special cele sărace şi cele din zonele rurale şi din cele îndepărtate. Această situație este cauzată de costurile de transport şi tratament, de lipsa unei infrastructuri de sănătate adecvate şi de personalul medical insuficient (în principal în serviciile de oncologie). De asemenea, în „Raportul de activitate pentru anul 2013" al MS[376], unitatea responsabilă de implementarea programelor a identificat multe blocaje la nivelul conceperii şi implementării programului şi a sugerat modalități simple,

[371] Un exemplu de servicii medicale care țin seama de diferențele culturale îl reprezintă serviciile de sănătate a reproducerii acordate în anumite comunități rome.
[372] IHME (2013).
[373] Irimie (2012).
[374] Consumul de alcool în rândul adulților cu vârste de 15 ani şi peste a fost de 16,2 litri de alcool pur pe persoană pe an în 2008, comparativ cu media UE de 12,45 litri (OMS, 2012b: 115).
[375] OMS (2012b).
[376] Ministerul Sănătății (2013).

dar eficiente, de îmbunătățire a programului de depistare a cancerului de col uterin şi a continuității depistării ciclice timpurii - tratament şi îngrijire. În general, este nevoie de o mai bună planificare, monitorizare şi management al programului de depistare a cancerului de col uterin.

Guvernul trebuie să inițieze şi să finanțeze un program de screening pentru depistarea precoce a cancerului de sân, în special pentru femeile sărace şi vulnerabile şi pentru cele din mediul rural. Programul trebuie să vizeze femeile cu vârsta cuprinsă între 50 şi 69 de ani şi trebuie să includă intervenții care să țină cont de posibilele diferențe culturale de la nivelul populației sărace şi vulnerabile, inclusiv al celei rome.

În viitorul apropiat, va trebui să se investească în îngrijirile paliative şi de lungă durată, având în vedere îmbătrânirea populației şi rata ridicată şi în creştere a mortalității cauzate de cancer. Îngrijirile paliative şi de lungă durată şi serviciile de reabilitare nu sunt suficient de dezvoltate în cadrul sistemului public de sănătate, iar aceasta este o problemă ce nu a fost abordată în mod consecvent în România. Majoritatea îngrijirilor de lungă durată sunt acordate de familia pacientului, existând puține resurse de sprijinire a îngrijitorilor informali. Puținele activități de îngrijire profesională de lungă durată şi de îngrijire la domiciliu existente sunt finanțate, în principal, din donații și alte contribuții externe (organizații de caritate, ONG-uri finanțate prin donații private sau taxă de membru; unele state primesc finanțate din partea UE).[377] Disponibilitatea serviciilor de îngrijire paliativă este în continuare foarte limitată. Specialiştii în îngrijire profesională afirmă că, în prezent, numai aproximativ 5% până la 10% dintre persoanele care necesită tratament paliativ beneficiază de acesta în mod efectiv. Conform datelor din 2010, furnizate de Asociația Națională de Îngrijiri Paliative şi Fundația Hospice Casa Speranței, îngrijirile paliative specializate sunt disponibile numai în 16 județe. În total, există 46 de unități de îngrijire paliativă, însă distribuția acestora este neregulată (12 dintre acestea fiind situate în Bucureşti, iar altele 12 în Braşov). Majoritatea pacienților în stadii avansate de cancer sunt tratați acasă şi sunt lăsați în grija medicilor de familie, care de obicei duc lipsă de instruire şi de practică în acest domeniu. Decontarea îngrijirilor paliative prin sistemul asigurărilor de sănătate este insuficientă (până la 90 de zile de îngrijire pe pacient), iar unitățile de îngrijire paliativă pretind că, în practică, finanțarea oferită prin asigurările de sănătate acoperă doar 20% până la 50% din costurile reale.

Îmbunătăţirea serviciilor de sănătate în cazul bolilor transmisibile

Controlul şi tratamentul bolilor infecțioase, în special al tuberculozei (TBC) şi HIV/SIDA, trebuie să rămână unul dintre principalele puncte de pe agenda politică, acestea fiind deosebit de răspândite în rândul categoriilor vulnerabile, inclusiv al romilor. TBC rămâne o problemă critică în România, afectând în principal adulții trecuți de 50 de ani. Distribuția geografică a TBC la nivelul județelor este invers corelată cu nivelul veniturilor şi al educației.[378] Deşi pacienții cu HIV/SIDA au acces gratuit la medicamente şi rata de supraviețuire este de aproximativ 30 de ori mai mare decât în 1990, această problemă reprezintă în continuare o preocupare majoră, în condițiile în care nu există bugete sau servicii publice în domeniul prevenției, în special pentru grupurile vulnerabile, precum consumatorii de droguri injectabile (CDI).[379]

Tuberculoza este o boală a sărăciei, prin urmare controlul acestei maladii rămâne o prioritate esențială în domeniul sănătății publice în România. Legăturile dintre sărăcie şi rata mortalității cauzate de tuberculoză au fost documentate vreme îndelungată. Incidența şi prevalența bolii în România au scăzut în mod constant în ultimul deceniu, dar OMS încă include România în rândul celor 18 țări cu prioritate ridicată din regiunea europeană a OMS, din cauza numărului mare de cazuri de tuberculoză multirezistentă (MDR-TB).

Pacienții cu tuberculoză din România se confruntă cu numeroase probleme. În general, medicii ce oferă asistență medicală primară nu sunt interesați în mod special de prevenirea sau tratarea tuberculozei. Există, de asemenea, un timp de aşteptare pentru consultarea unui medic de familie, şi, prin urmare, pacienții preferă adesea să solicite asistență medicală de urgență în spital., Diagnosticarea târzie şi spitalizarea excesiv de lungă față de standardele internaționale reprezintă regula în România, alături de o disponibilitate limitată şi, adesea, o discontinuitate a medicamentelor prescrise. Mulți pacienți nu beneficiază de tratament de specialitate sau asistența psihologică necesară pentru a continua tratamentul în afara spitalului.

[377] Genet et al (2012).
[378] Banca Mondială (2011).
[379] Institutul Național de Boli Infecțioase „Prof. dr. Matei Balş" (2013).

Ajutorul social este limitat la 100% din salariul pacientului pentru un an de concediu medical, însă se acordă numai pacienților care au fost încadrați în muncă înainte de începerea tratamentului. Nu există fonduri publice care să vină în sprijinul şomerilor, al lucrătorilor pe cont propriu, al persoanelor care lucrează în agricultură sau al categoriilor vulnerabile, cum ar fi persoanele fără adăpost. Autoritățile locale nu dețin cunoştințele necesare în acest sens şi, prin urmare, nu îşi pot asuma angajamentul de a sprijini intervențiile de control al TBC.

Deşi, în ultimii ani, România a înregistrat progrese remarcabile în depistarea şi tratarea tuberculozei, rata de notificare a cazurilor de TBC rămâne cea mai ridicată dintre toate statele membre UE. Datele din Programul Național de Control al Tuberculozei (PNCT) din cadrul MS[380] arată că există disparități semnificative la nivelul județelor, variind de la un minim de 26 la 100.000 locuitori până la un maxim de 114 de cazuri în 2013. În rândul deținuților, ratele de notificare a cazurilor de TBC sunt de până la şapte ori mai mari decât cele ale populației generale (479 cazuri la 100.000 în 2013 în comparație cu 16.711 cazuri la 100.000 în rândul populației generale). În plus, utilizarea tratamentului sub directă observație (DOT), una dintre cele mai eficiente modalități de a controla răspândirea bolii în fază incipientă, a înregistrat o scădere în România, în ultimii ani.[381] Există puține opțiuni disponibile pentru a beneficia de DOT în ambulatoriu. În faza de continuare, tratamentul împotriva TBC este furnizat de medicii de familie, care sunt în general nemotivați să acorde DOT pacienților care suferă de TBC şi MDR-TB, în lipsa stimulentelor financiare din partea MS. Pacienții trebuie să se deplaseze pentru tratament la dispensarele TBC județene sau, la sfârşit de săptămână, când sunt închise dispensarele, trebuie să îşi administreze singuri tratamentul. Se recurge rar la furnizorii alternativi de DOT, cum sunt asistenții medicali comunitari, mediatorii sanitari romi şi membrii de familie, şi nu este implementată încă nicio abordare centrată pe pacient.

Obiectivul guvernului în acest domeniu ar trebui să fie mărirea accesului la îngrijirea şi prevenirea TBC printr-o abordare integrată, centrată pe pacient, care să ia în considerare incidența crescută a acestei maladii în România şi directa corelare a acesteia cu sărăcia şi vulnerabilitatea. Pentru îndeplinirea acestui obiectiv, guvernul ar trebui să-şi reformeze eforturile naționale de combatere a TBC pentru a le alinia la recomandările emise de OMS şi Centrul European de Prevenire şi Control al Bolilor (ECDC) în 2014. La data de 2 octombrie 2012, în timpul vizitei în România a Directorului Regional al OMS şi a Comisarului European pentru Sănătate Publică şi Protecția Consumatorului, premierul a lansat oficial Planul național de prevenire şi control al M/XDR-TB[382] 2012-2015. Totuşi, implementarea acestuia a fost amânată din lipsă de resurse financiare, în ciuda misiunilor comune de monitorizare ale OMS-ECDC menite să pună presiune asupra guvernului.

Recomandările noastre pentru reconfigurarea şi ajustarea Planului național de prevenire şi control al M/XDR-TB 2012-2015 sunt următoarele:

- Asigurarea finanțării adecvate şi includerea unor măsuri specifice adresate categoriilor şi comunităților celor mai vulnerabile.

- Includerea sprijinului social şi a intervențiilor speciale destinate persoanelor sărace, cum ar fi cupoanele valorice pentru transportul la unitățile medicale şi subvențiile acordate pacienților de MDR-TB pentru o nutriție adecvată sau consiliere psihologică. De asemenea, dezvoltarea (şi alocarea unor bugete adecvate din fonduri naționale şi internaționale) de intervenții specifice adresate categoriilor vulnerabile, cum ar fi CDI, copiii străzii, persoanele fără adăpost şi romii. La nivel mondial, a fost testată o gamă largă de intervenții menite să reducă incidența TBC în rândul populației vulnerabile, acestea fiind recomandate cu fermitate de OMS şi de organismele tehnice ale acestuia (Parteneriatul Stop TB).

- Consolidarea Strategiei privind tratamentul sub directă observație (DOTS), prin măsuri de reglementare şi cartografiere a resurselor la nivelul județelor. Folosirea medicilor de familie şi a lucrătorilor medicali comunitari disponibili (în special în mediul rural), în vederea aplicării riguroase a DOT. Dezvoltarea fazelor de planificare, implementare, monitorizare şi evaluare, asigurarea finanțării adecvate, elaborarea liniilor directoare şi a procedurilor pentru implementarea DOT şi asigurarea de către coordonatorii PNCT a unui nivel adecvat de îndrumare, supervizare şi control. Cel mai important, se impune instruirea şi/sau reinstruirea periodică a furnizorilor de DOT.

[380] Programul national de control al tuberculozei, Institutul de Pneumologie „Marius Nasta", date din 2014.
[381] DOTS- Strategie OMS („Strategia privind tratamentul sub directă observație") care prevede că un cadru medical instruit sau o altă persoană desemnată (alta decât un membru al familiei) furnizează direct pacientului medicamentele prescrise împotriva TBC şi se asigură că acesta înghite fiecare doză.
[382] M/XDR-TB semnifică tuberculoză multirezistentă şi extensiv rezistentă la medicamente.

- Îmbunătățirea procesului de identificare a persoanelor cu TBC, prin intervenții de informare, educare şi comunicare (IEC). Angajarea şi instruirea furnizorilor de servicii medicale (managerii PNCT județeni, rețeaua medicilor de familie, asistenții medicali comunitari) şi a susținătorilor DOT. Informarea şi instruirea factorilor de interes din cadrul comunității în vederea identificării cauzelor TBC. Conceperea, actualizarea şi distribuirea periodică de materiale IEC către furnizori şi pacienți. Semnarea de contracte cu ONG-uri pentru a ajunge în cele mai îndepărtate comunități din întreaga țară. Creşterea gradului de conştientizare la nivelul comunităților şi al autorităților locale cu privire la TBC şi la existența serviciilor de tratament. Planificarea, monitorizarea şi evaluarea intervențiilor de informare în vederea educării grupurilor vulnerabile, a pacienților şi a comunităților cu privire la TBC. Derularea unor campanii IEC destinate gospodăriilor sărace, populației rurale, romilor şi altor grupuri vulnerabile cu risc crescut de contractare a TBC.
- Revizuirea sistemului informatic al PNCT şi colectarea de date dezagregate atât la nivel de județ, cât şi la nivel național. Elaborarea unor criterii solide pentru identificarea pacienților săraci şi a celor mai vulnerabili atât în rândul cazurilor suspectate, cât şi al celor confirmate. Efectuarea unei analize periodice a datelor colectate prin sistemul revizuit de informații privind sănătatea al PNCT. Documentarea tuturor intervențiilor țintite, în fiecare rundă a PNCT.
- Formularea procedurilor şi a liniilor directoare pentru depistarea şi îngrijirea HIV/SIDA şi TBC, în baza recomandărilor şi a protocoalelor internaționale. Realizarea de investiții în prevenirea HIV/SIDA, cu accent pe grupurile vulnerabile.

CASETA 37

Sprijin internaţional acordat României pentru controlul bolilor infecţioase

Fondul Global de Luptă împotriva HIV/SIDA, Tuberculozei şi Malariei sprijină eforturile României de combatere a TBC încă din anul 2004. Fondul Global a aprobat pentru România patru granturi în valoare totală de 68,8 milioane USD în vederea combaterii TBC şi a HIV/SIDA, între 2004 şi 2014. Ajutorul acordat de Fondul Global pentru lupta împotriva HIV/SIDA în România s-a încheiat în anul 2009. România este în continuare eligibilă pentru sprijin destinat combaterii TBC, din cauza incidenței crescute a bolii în țara noastră. Actualul grant al Fondului Global a fost acordat cu scopul de a ajuta guvernul să extindă furnizarea de tratamente şi îngrijiri MDR-TB de înaltă calitate. Printre alte activități sprijinite prin granturi se numără instruirea furnizorilor de servicii medicale şi de programe de educare şi de promovare a participării destinate săracilor, persoanelor fără adăpost, deținuților, romilor şi comunităților rurale. În 2015-2016, este posibil ca România să primească maxim 12,8 milioane USD pentru controlul TBC, cu condiția ca guvernul să aprobe şi să aloce un buget pentru Planul de prevenire şi control al M/XDR-TB pentru 2014-2020. Datorită sprijinului pe termen lung al Fondului Global, în România există o rețea de ONG-uri active şi bine informate în domeniul controlului TBC.

Mecanismul Financiar Norvegian sprijină inițiativele MS în domeniul sănătății publice, inclusiv controlul TBC, prin programul denumit Inițiative de Sănătate Publică, ce se axează pe MDR-TB, HIV/SIDA şi hepatita B şi C. Programul are un buget de 5,3 milioane de euro şi are ca prioritate creşterea accesului categoriilor vulnerabile, precum romii, la asistența medicală primară şi la serviciile de îngrijire comunitară. O a doua propunere de proiect privind TBC, de aproximativ 5 milioane de euro, a fost aprobată de Mecanismul Financiar Norvegian în vara anului 2014. Ambele programe vor fi implementate până la sfârşitul lunii aprilie 2016.

2.5.3. Creşterea accesului categoriilor vulnerabile la servicii medicale de calitate

Prezenta secțiune se concentrează asupra rețelei de asistență medicală primară și de asistență medicală comunitară din România, care reprezintă cel mai bun cadru pentru implementarea eficientă a recomandărilor menționate în secțiunile anterioare. Medicii de familie și asistenții acestora, împreună cu asistenții medicali comunitari, asistenții sociali, mediatorii școlari și mediatorii sanitari romi reprezintă actori cheie în asigurarea accesului la servicii medicale pentru categoriile sărace și vulnerabile și în comunitățile sărace sau marginalizate (atât rurale, cât și urbane). Recomandăm ca toate aceste părți interesate să devină parte a echipelor multidisciplinare de la nivel local, care vor implementa abordarea integrată pentru furnizarea de servicii sociale în următorii câțiva ani (vezi Secțiunea 2.3.5.).

Consolidarea şi îmbunătăţirea calităţii furnizării de servicii de asistenţă medicală primară

În prezent, rețeaua de servicii de asistență medicală primară din România nu reușește să furnizeze eficient servicii medicale populației sărace. Aceasta se întâmplă din două motive principale: (i) absența resurselor umane, a stimulentelor și a bugetelor adecvate, în special în mediul rural și (ii) comportamentul medicilor de familie, a căror activitate zilnică nu este atent monitorizată.

Rețeaua de asistență medicală primară trebuie extinsă și consolidată. Profesia de medic de familie a fost introdusă în a doua jumătate a anilor nouăzeci, ca parte a reformei generale din domeniul asistenței medicale primare. Necesită patru ani suplimentari de studii postuniversitare față de pregătirea necesară profesiei de medic generalist, pentru care e nevoie doar de studii universitare. Această reformă a eliminat și diferența dintre furnizorii de asistență medicală primară pentru adulți și cei pentru copii. Medicii de familie au devenit furnizori independenți de servicii, în baza unui contract cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS). Anual, aceştia negociază şi semnează contracte cu Casele Județene de Asigurări de Sănătate (CJAS) în vederea furnizării unui „pachet de servicii medicale de bază" populației asigurate (beneficiarii eligibili înregistrați pe propria lor listă de pacienți) şi neasigurate (care are dreptul să primească „un pachet minimal de servicii medicale"). Deşi asistența medicală primară este asociată cu medicii, un rol foarte important îl joacă şi asistenții angajați de medicii de familie din bugetul cabinetelor lor medicale.

Pentru a adapta furnizarea serviciilor medicale primare la nevoile persoanelor celor mai dezavantajate, recomandăm ca guvernul să aibă în vedere adoptarea următoarelor măsuri prioritare:

- Conceperea şi implementarea unor noi modele de furnizare a serviciilor medicale, cum ar fi serviciile diversificate şi rețele de furnizori (îngrijire în ambulatoriu, spitale, îngrijire de lungă durată, îngrijire la domiciliu şi îngrijiri paliative) în anumite zone, odată cu extinderea rolului furnizorilor de servicii medicale primare în managementul de caz al pacienților, în special pentru bolile cronice şi cu accent pe prevenția primară şi secundară.

- Dezvoltarea, cu prioritate, a serviciilor medicale comunitare în satele în care nu există cabinete permanente de medicină de familie (Secțiunea 2.3.).

- Explorarea soluțiilor alternative inovatoare, cum ar fi telemedicina, pentru a ajunge la comunitățile izolate şi pentru a elimina distribuția inegală a resurselor şi a cadrelor medicale; ca o condiție preliminară, aplicarea legislației pentru înlesnirea unei asemenea abordări.

La nivelul ofertei, nu există încă nicio strategie efectivă privind forța de muncă din domeniul sănătății, în special pentru atragerea şi retenția personalului în mediul rural. În România, disponibilitatea tuturor tipurilor de cadre medicale este mult sub media europeană, în special în zonele rurale (Tabel 37). Un număr mare de medici şi asistenți medicali au renunțat la medicină şi chiar au plecat din țară în căutarea unor câştiguri şi a unor condiții de muncă mai bune şi/sau a recunoaşterii sociale. Între anii 2000 şi 2005, aproximativ 10% (5.180) din numărul total al medicilor şi 5% (4.440) dintre asistenții instruiți în România au lucrat în țări ale OCDE.[383] Extinderea UE în 2007 şi criza economică din 2009-2010 au făcut să crească considerabil aceste fluxuri

[383] Simoens şi Hurst (2006). Aceste procentaje erau mai mari în cazul românilor comparativ cu cetățenii altor țări foste comuniste. De exemplu, procentajele echivalente pentru bulgari erau de 6,2% în cazul medicilor şi 2,6% în cazul asistenților medicali.

migratorii către țările vestice din UE.[384] Dat fiind faptul că medicina de familie este una dintre cele mai căutate specializări în unele state membre ale UE, cel mai probabil actualele inegalități legate de accesul la serviciile de asistență medicală primară se vor accentua şi mai mult, în cazul în care continuă şi/sau se accentuează procesul de emigrare a medicilor de familie.

TABEL 37: Resurse disponibile la nivelul serviciilor medicale în 2011 (număr)

	Diferite resurse la 100.000 de locuitori					
	Medici generaliști	Medici activi	Medici specialiști	Farmaciști	Asistenți	Paturi de spital
Romania	68	239	70	68	551	611
UE-28	79	346	92	*	836	540

Sursa: OMS/ Europa, Baza de date europeană HFA, noiembrie 2014.

Notă: *Date nedisponibile.

În vederea reducerii eficiente a inegalităților socio-economice, guvernul trebuie să formuleze un plan național de servicii medicale, urmat de investiții prudente în infrastructură şi investiții semnificative în resurse umane. Lipsa unui număr suficient de cadre medicale şi distribuția inegală a acestora, împreună cu discrepanțele geografice de la nivelul distribuției infrastructurii de sănătate au contribuit la accesul inegal la asistență medicală. Majoritatea infrastructurii medicale este situată în zonele urbane,[385] în timp ce în mediul rural se regăsesc doar 8% din spitale, 8% din clinici/ cabinete medicale specializate şi 24% din totalul farmaciilor. Aceasta este situația, în ciuda faptului că aproximativ jumătate din populația națională locuieşte în mediul rural (Institutul Național de Statistică, 2012). Din acest motiv, la nivel european, România înregistrează cei mai mari timpi de deplasare la un spital important, după nordul Norvegiei, nordul Scoției, sudul Italiei, insulele greceşti şi estul Poloniei.[386] Prin urmare, furnizorii de asistență medicală primară şi asistenții comunitari (vezi, de asemenea, Secțiunea 2.3.) dețin cheia asigurării accesului la serviciile de sănătate în majoritatea comunităților rurale sau sărace. Cu toate acestea, densitatea la scară națională a medicilor de familie şi a celor generaliști este de numai 0,5 la 1.000 de locuitori în mediul rural, comparativ cu 0,73 la 1.000 de locuitori în zonele urbane[387]. Aşadar, în zonele rurale, plecarea chiar şi a unui număr mic de specialişti din domeniul sănătății poate reduce în mod substanțial accesul la serviciile de sănătate. Migrația cadrelor medicale reprezintă o preocupare majoră pentru factorii de decizie, în special din cauza faptului că regiunea Nord-Est, cea mai defavorizată din punct de vedere economic, şi zonele rurale cel mai puțin acoperite de medici, ca număr, au înregistrat printre cele mai ridicate rate de emigrare a medicilor şi asistenților medicali.[388] Un studiu recent a arătat că, în mediul rural, serviciile de asistență medicală primară sunt distribuite în mod inegal la nivel geografic, cele mai mari diferențe fiind identificate în regiunile Nord-Est, Sud şi Sud-Est.[389]

Astfel, în următorii ani, recomandăm guvernului să ia în considerare:

- Reexaminarea şi revizuirea actualelor stimulente financiare şi nefinanciare, concepute să atragă şi să mențină medicii în zonele rurale şi în cele izolate.
- Instituirea unor planuri locale, județene şi regionale de servicii medicale, care trebuie consolidate într-un plan național de servicii medicale şi urmate de investiții prudente în infrastructură şi resurse umane.

[384] Galan et al (2011). Numai în 2007 au plecat aproximativ 3% din totalul medicilor practicanți din România (1.421 de medici). În 2009-2010, înghețarea posturilor şi diminuarea cu 25% a salariilor din sectorul public (ca parte a „politicii de austeritate" a guvernului) au contribuit la creşterea numărului de emigrări. Conform Colegiului Național al Medicilor, din 2007 până în decembrie 2014, autoritatea competentă a emis pentru medicii români peste 16.000 de certificate de recunoaştere a diplomelor medicale în spațiul UE.
[385] INS (2013c).
[386] Bertolini et al (2008).
[387] INS (2013c).
[388] Galan et al (2011).
[389] Schaapveld et al (2011).

- Efectuarea unor investiții rentabile în infrastructura şi tehnologia din domeniul medical, conform cerințelor planului național de servicii medicale şi în baza evidențelor documentate.

În plus, guvernul ar trebui să ia în calcul posibilitatea de a le permite autorităților locale să angajeze medici generaliști în anumite circumstanțe, cu fonduri de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Într-un caz recent, într-o comună cu mai puțin de 800 de locuitori din regiunea Nord-Est, medicul de familie a decedat, iar moştenitorii acestuia au pus în vânzare cabinetul său medical. Autoritatea locală nu a putut furniza locuitorilor comunei niciun fel de asistență medicală, deoarece reglementările actuale în vigoare nu permit deschiderea unui al doilea cabinet medical (sau punct de lucru/ unitate) într-o localitate cu un număr atât de mic de locuitori.

În vederea atingerii obiectivului de a asigura întregii populații acces la asistență medicală de calitate, guvernul va trebui să implementeze măsuri care să garanteze continuitatea îngrijirilor la toate nivelurile sistemului şi să instituie un sistem fiabil de referire de la medicii de familie la specialişti şi invers. În prezent, pacienții asigurați au acces la serviciile specializate şi spitaliceşti numai cu trimitere de la medicii lor de familie. După standardele internaționale, în România rata de referire către structurile medicale specializate este ridicată - 9% în zonele rurale şi 12% în zonele urbane. Totuşi, această situație este cauzată, parțial, de regulile impuse medicilor de familie de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, care îi împiedică să furnizeze ei înşişi anumite analize şi tratamente. Prin urmare, guvernul trebuie să ia în calcul:

- Elaborarea unor metodologii şi standarde de îngrijire medicală menite să integreze serviciile comunitare, furnizarea de servicii medicale de către medicii de familie şi de îngrijiri medicale specializate.

- Includerea în Sistemul Informatic Unic al sectorului de sănătate a unui modul menit să monitorizeze continuitatea asistenței medicale.

- Analizarea rezultatelor activității de monitorizare la nivel județean şi național şi utilizarea acestora ca puncte de plecare pentru planurile locale, județene şi naționale de servicii medicale.

Calitatea serviciilor de asistență medicală primară trebuie îmbunătățită în mod considerabil, dar şi monitorizată şi controlată în mod sistematic, în special la nivelul serviciilor furnizate populației sărace şi vulnerabile. Diferite părți interesate, locale şi centrale, şi-au exprimat nemulțumirea generală cu privire la performanțele profesionale ale medicilor de familie şi ale medicilor generaliști.[390] Numeroşi medici de familie sunt orientați exclusiv către caracterul comercial al meseriei lor şi nu dau dovadă de empatie față de pacienții şi comunitățile cu care interacționează, în special față de persoanele sărace (Caseta 38). Aceştia s-au organizat într-o asociație a medicilor de familie, similară unui patronat, şi amenință în mod frecvent cu greva dacă le sunt afectate drepturile, contractele sau salariile actuale. De asemenea, amenință cu greva şi atunci când primesc atribuții suplimentare fără compensații financiare, deşi veniturile lor (oficiale) actuale sunt comparabile sau chiar mai ridicate decât cele ale medicilor care lucrează în spitale. În plus, mulți medici de familie refuză să participe la programele medicale preventive, finanțate de MS, dacă nu sunt remunerați în plus pentru aceste activități, în ciuda faptului că beneficiarii acestor programe sunt cel mai adesea persoane asigurate pentru care medicul primeşte deja finanțare per capita de la CNAS. Un exemplu în acest sens este programul de depistare a cancerului de col uterin, pentru care medicii de familie primesc plăți suplimentare de la MS din fondurile alocate programului, deşi majoritatea femeilor care sunt examinate este deja înscrisă pe listele de capitație ale medicilor de familie. După cum declara un factor de decizie de la nivel înalt într-un interviu realizat pentru un studiu recent, „mulți medici de familie sunt precum vânzătorii din micile magazine. Deschid la ora 9 şi închid la ora 17, nu au nici timp, nici interes pentru activitățile de prevenție şi nu cunosc nimic despre pacient în afară de ceea ce este trecut în dosarul medical al acestuia".[391] În plus, specialiştii intervievați sunt, în general, de părere că medicii de familie îşi petrec majoritatea timpului scriind rețete pentru medicamente compensate, activitate plătită la fel ca şi o consultație obişnuită, cu o taxă per serviciu, fără a furniza însă pacienților consultații în adevăratul sens al cuvântului. Cu toate acestea, medicii de familie obişnuiesc să reclame că efectuează mai multe consultații zilnice decât cele compensate, deoarece contractele lor cu CNAS/ CJAS acoperă doar un număr limitat de consultații pe lângă plata per capita. Nu în ultimul rând, nu există, practic, nicio monitorizare şi niciun control ale activităților medicilor de familie. Atât Direcțiile Județene de Sănătate Publică ale

[390] Stănculescu şi Neculau, 2014, şi cercetarea calitativă efectuată pentru documentarea prezentului studiu de fundamentare.
[391] Stănculescu şi Neculau (2014: 88).

MS, cât şi Casele Județene de Asigurări de Sănătate au o capacitate limitată şi funcționează în baza unor reglementări neclare, care limitează controlul furnizorilor de servicii de asistență medicală primară. Drept rezultat, au existat cazuri de medici de familie care au semnat contracte de prestări de servicii pentru mai multe locații, dar s-au deplasat rar în cea de-a doua şi în cea de-a treia locație contractată, adesea fiind vorba de comunități sărace, izolate, cu numai câteva sute de locuitori.

Prin urmare, recomandăm guvernului să ia în considerare cu prioritate următoarele acțiuni:

- Efectuarea unui audit clinic[392] al furnizorilor de servicii medicale primare.
- Instituirea unor mecanisme naționale şi a unor responsabilități clare pentru monitorizarea şi evaluarea periodică a serviciilor medicale primare.
- Elaborarea unui sistem de colectare a datelor despre pacienți şi implementarea unui sistem de colectare a datelor dezagregate şi de analiză a procesului de furnizare a serviciilor medicale primare.

CASETA 38

Opinia medicilor de familie cu privire la furnizarea de servicii medicale persoanelor sărace

Cercetarea calitativă efectuată în scopul prezentului raport în iunie 2014 a evidențiat opiniile medicilor de familie cu privire la furnizarea de servicii medicale populației sărace şi vulnerabile, exprimate de reprezentanții asociațiilor profesionale ale acestora:

„Oamenii vin la noi, însă nu sunt informați şi, de obicei, întârzie. Cu toate acestea, ei solicită atenție şi încep să se plângă spunând: Ce ar trebui să fac? O să mor! Şi ce dacă, răspund eu, sunt destui preoți, lăsați-mă în pace. Nu mai suport, oamenii sunt pur şi simplu prea dificili şi nu ne arată respect sau considerație. Ei ne confundă pe noi, medicii de familie cu studii universitare, cu asistenții medicali comunitari. Confundă merele cu nucile. Ca să înțelegeți mai bine, în prezent, Casa de Asigurări mă obligă să mă ocup doar de pacienții asigurați, deoarece numai aşa îmi pot primi plata. Şi ca să fiu sincer, nu am timpul necesar, având în vedere tarifele mici, să îi tratez pe cei neasigurați... pe cei vulnerabili. Din când în când, fac şi opere de caritate deoarece oamenii mă cunosc şi nu vreau să fiu scuipat în față sau să mi se arunce cu pietre în maşină. Însă ea, comunitatea, nu se gândeşte că relația noastră ar trebui să fie un fel de yin şi yang... În cazul pacienților asigurați sunt plătit de Casa de Asigurări, iar în cazul pacienților vulnerabili, desigur, pot presta servicii, însă numai dacă şi atunci când comunitatea le solicită şi plăteşte o anumită sumă, să zicem, suficientă pentru angajarea unui asistent în plus sau chiar a unui al doilea medic.... Bineînțeles, medicii de familie ar trata persoanele vulnerabile sau pe cele neasigurate dacă ar primi stimulente. De exemplu, colegului mai experimentat care are numai pacienți blonzi cu ochi albaştri, oferiți-i 2 RON per punct, însă plătiți-i 100 RON per punct pentru un țigan. În acest caz, desigur că m-aş ocupa de comunitatea de țigani din zona mea, însă nu în alte condiții... prestatorul trebuie să primească stimulente." (Extras dintr-o discuție de grup cu reprezentanți ai Colegiului Medicilor de Familie, ai Asociației Medicilor de Familie şi ai Asociației Angajatorilor Medicilor de Familie, Județul Botoşani.)

„Dacă pacientul poate să-şi aleagă medicul de familie, la fel pot şi eu să spun: nu vreau să înregistrez pe lista mea pe cutare sau cutare. Dacă, în plus, această persoană nu este asigurată, nu o poți înregistra. Înainte era posibil, însă în prezent Casa de Asigurări pur şi simplu îi taie de pe listă, iar eu nu îmi primesc plata." (Interviu cu un reprezentant al Colegiului Medicilor de Familie, Județul Arad.)

Sursa: Studiu calitativ realizat de Banca Mondială în iulie-august 2014, în vederea pregătirii volumului de față.

[392] Auditul clinic este un proces de perfecționare a calității, menit să îmbunătățească îngrijirea şi rezultatele pacienților prin revizuirea sistematică a îngrijirii medicale şi prin realizarea schimbărilor necesare.

La nivelul cererii, MS trebuie să crească gradul de utilizare a serviciilor medicale primare prin dezvoltarea serviciilor de educație pentru sănătate şi prevenirea maladiilor. Nivelul de accesare a serviciilor medicale primare de către populație este scăzut. Datele proiectului pilot din 2012 „Monitorizarea indicatorilor de sănătate la nivelul Comunității Europene (ECHIM)" au indicat faptul că numărul mediu al vizitelor auto-raportate la medicii generaliști din România este printre cele mai scăzute din UE, cu 2,7 vizite pe an pentru persoanele cu vârsta de 15 ani şi peste, în comparație cu 4,8 în UE. Contrastul este şi mai evident în cazul persoanelor cu vârste cuprinse între 15 şi 64 de ani, 1,9 consultații pe persoană anual față de media UE de 4,1 consultații pe persoană anual. Faptul că multe persoane din rândul populației generale nu înțeleg că au dreptul la servicii medicale, aşa cum este prevăzut în Constituție, contribuie la inegalitățile în materie de sănătate şi la o rată de utilizare scăzută a serviciilor medicale primare. Cele mai dezavantajate categorii sunt persoanele sărace şi vulnerabile –cel mai adesea neasigurate – care nu îşi pot permite să consulte un medic de familie, acesta din urmă neîncurajându-le în niciun fel să apeleze la serviciile sale.

Utilizarea sporită a serviciilor medicale primare va necesita introducerea unor măsuri preventive de educație pentru sănătate şi prevenirea maladiilor, menite să reducă decalajul dintre persoanele sărace şi vulnerabile şi vecinii mai avantajați ai acestora. În toate domeniile de intervenție relevante pentru categoriile sărace şi vulnerabile, MS trebuie să planifice şi să implementeze campanii de informare-educație-comunicare (IEC) şi intervenții stradale, individualizate în funcție de nevoile, convingerile şi tradițiile celor mai vulnerabile grupuri, asigurându-se în acelaşi timp că aceste intervenții sunt monitorizate şi evaluate.

În acelaşi timp, cererea ar putea creşte prin adaptarea furnizării de servicii medicale primare la nevoile categoriilor sărace şi vulnerabile. MS a definit un nou pachet de servicii medicale de bază, furnizat populației asigurate începând cu mijlocul anului 2014. Ministerul a revizuit şi pachetul minimal de servicii medicale acordat populației neasigurate, însă acesta a intrat în vigoare numai din luna ianuarie 2015. Deşi MS a finalizat pachetul minimal în acelaşi timp cu pachetul de servicii medicale de bază, numai persoanele asigurate beneficiază de aceste servicii îmbunătățite, inclusiv de programele de prevenție. Aceasta, chiar dacă bugetul aferent serviciilor medicale primare şi asistenței medicale ambulatorii de specialitate a crescut în 2014 cu peste 11%, respectiv 10%. Pachetul de servicii de bază include în mod explicit prevenirea bolilor, fiind standardizată şi inclusă pentru prima dată în serviciile medicale primare ce urmează să fie furnizate populației asigurate o evaluare a riscurilor pentru sănătate. Pachetul minimal revizuit include şi servicii preventive suplimentare de asistență medicală primară, care vizează anumite boli cronice şi afecțiuni de lungă durată (precum şi îngrijiri prenatale şi postnatale şi consiliere în domeniul planificării familiale, acordate în cadrul asistenței medicale ambulatorii de specialitate), însă aceste servicii adresate persoanelor neasigurate vor intra în vigoare abia în 2015. Între timp, bugetul pentru asistența medicală dentară acordată în ambulatoriu a crescut cu 450% în 2014 comparativ cu 2013, însă nu şi în cazul persoanelor neasigurate. Acestea au dreptul la acest tip de servicii numai în caz de urgență şi trebuie să plătească din fonduri proprii orice examinare solicitată în plus (inclusiv radiografii sau medicamente), în timp ce pentru o persoană adultă asigurată se rambursează (ca măsură preventivă) un consult anual la stomatolog până la concurența sumei de 80 RON. Ca şi în trecut, o persoană neasigurată se poate înregistra şi în 2014 la un medic de familie pe o listă separată şi poate beneficia de un pachet limitat de servicii medicale (Anexă Tabel 7.1).

Pentru a adapta furnizarea serviciilor medicale primare la nevoile persoanelor celor mai dezavantajate, guvernul trebuie să aibă în vedere următoarele măsuri prioritare:

- Revizuirea şi diversificarea intervențiilor incluse în pachetele de servicii medicale minimal şi de bază, furnizate de către medicii de familie, şi creşterea ponderii serviciilor care s-au dovedit eficace (bazate pe dovezi științifice) atunci când au fost furnizate persoanelor sărace, cu accent pe prevenire, depistarea precoce a bolilor (cum ar fi depistarea cancerului) şi vizitele la domiciliu.
- Evaluarea periodică a eficacității şi a eficienței costurilor respectivelor intervenții.
- Elaborarea şi implementarea unor programe de educație medicală continuă pentru medicii de familie şi asistenții acestora, adaptate nevoilor persoanelor celor mai dezavantajate.
- Elaborarea, implementarea şi monitorizarea unor ghiduri de practică, a unor protocoale clinice şi a unor proceduri de management pentru intervențiile şi serviciile furnizate persoanelor sărace în cadrul rețelei de servicii medicale primare.

Dezvoltarea reţelei naţionale emergente a lucrătorilor sanitari comunitari

În ciuda eforturilor guvernului de a dezvolta asistența medicală primară, anumite segmente ale populației accesează în continuare cu dificultate serviciile de sănătate adecvate, în special gospodăriile sărace şi vulnerabile, locuitorii din mediul rural şi din oraşele mici şi populația romă. Obstacolele cu care se confruntă locuitorii din zonele rurale, în special cei din satele îndepărtate, sunt în principal de ordin geografic. În general, aceştia nu sunt incluşi în sistemul asigurărilor de sănătate şi, de regulă, sunt mai săraci, mai puțin educați şi mai puțin informați decât populația urbană. Romii au o stare de sănătate mai precară decât populația de altă etnie, cu o rată mai crescută de boli infecțioase şi cronice. Şi în ceea ce îi priveşte copiii romi, rata de vaccinare este mai scăzută, fapt cauzat în mare parte de lipsa de informații şi educație, precum şi de lipsa documentelor de identitate. În România, 42% dintre romi nu solicită asistență medicală în cazuri grave și 80% dintre romii care nu solicită asistența medicală de care au nevoie declară că acest lucru se datorează constrângerilor financiare sau lipsei asigurării de sănătate.[393]

CASETA 39

Lucrătorii sanitari comunitari din România: Definiţii şi activităţi

Asistenții medicali comunitari (AMC) sunt asistenți medicali calificați care lucrează în domeniu, ocupându-se în special de promovare şi educație în domeniul sănătății, prevenirea bolilor, îngrijiri la domiciliu şi consiliere.

De fapt, AMC reprezintă reactivarea asistenților comunitari care existau înainte de 1989. În prezent, aceştia continuă să furnizeze servicii medicale şi sociale şi/sau să faciliteze accesul la servicii de asistență medicală primară pentru categoriile dezavantajate (cum ar fi persoanele cu dizabilități fizice sau cu probleme de sănătate mintală, persoanele vârstnice, persoanele marginalizate, inclusiv romii, şi comunitățile rurale fără medici de familie sau medici generalişti).

Activitățile AMC, aşa cum sunt definite de reglementările actuale, sunt următoarele:

- Asigurarea educației şi a intervențiilor comunitare în domeniul sănătății cu privire la igiena mediului, precum şi consiliere socială şi în materie de sănătate.
- Asigurarea educației în domeniul sănătății cu privire la comportamentul cu risc pentru sănătate şi un stil de viață sănătos.
- Asigurarea prevenției secundare şi terțiare.
- Asigurarea educației pentru sănătatea reproducerii şi planificare familială.
- Asigurarea serviciilor medicale la domiciliu pentru femeile însărcinate şi lăuze, pentru nou-născuți şi copii.
- Asigurarea serviciilor de îngrijire la domiciliu pentru pacienții cu boli cronice, persoanele cu dizabilități mintale şi persoanele vârstnice. Programul privind mediatorii sanitari romi (MSR) a fost conceput cu scopul de a îmbunătăți starea de sănătate a romilor şi de a spori accesul acestora la serviciile medicale. Programul MSR a fost inițiat de MS în baza unui model de bune practici instituit de un ONG (Romani Criss).

Aceşti mediatori sanitari sunt, în principali, femei de etnie romă cu un nivel de educație mediu (sau scăzut), care au fost recomandate de comunitățile locale şi care au finalizat cu succes un curs de formare de scurtă durată.

Activitățile MSR, aşa cum sunt definite de reglementările actuale, sunt următoarele:

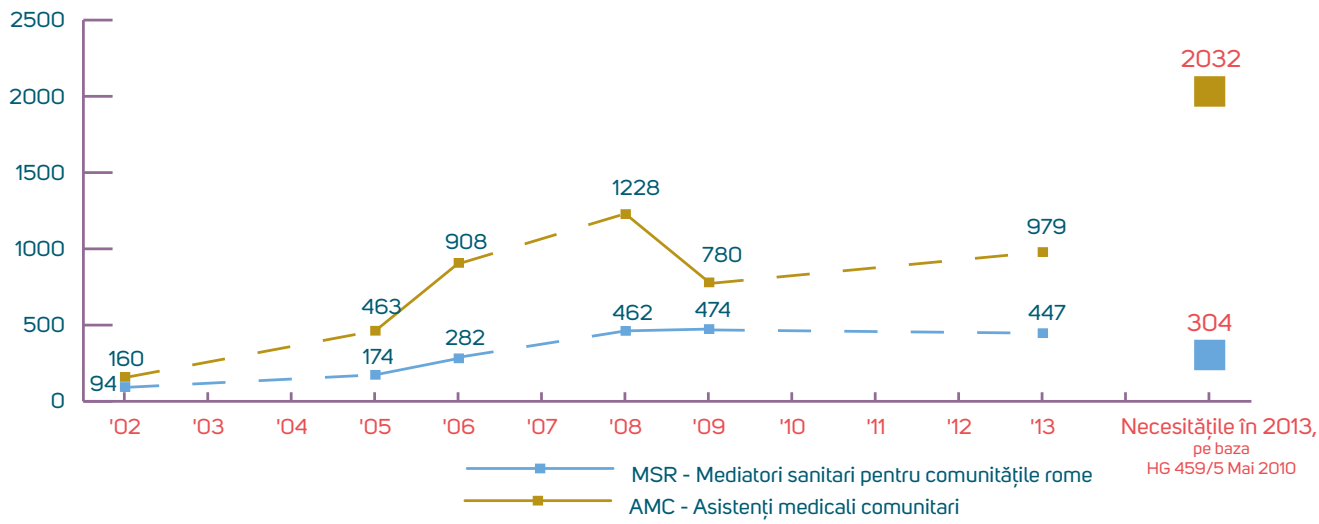
- Să asigure educație pentru sănătate.
- Să servească drept puncte de legătură între comunitățile rome şi cadrele medicale.
- Să îi ajute pe romi să beneficieze de acces la asistență medicală.
- Să sprijine intervențiile în domeniul sănătății publice în cadrul comunităților rome.

[393] Banca Mondială (Anan et al, 2014).

În 2002, guvernul a creat o rețea națională de asistenți medicali comunitari (AMC) şi mediatori sanitari romi (MSR), în încercarea de a spori accesul grupurilor sărace şi vulnerabile la serviciile medicale primare. Aceasta a fost inițiată după eşecul reformei din domeniul asistenței medicale primare, care viza sporirea accesului la serviciile de sănătate a reproducerii şi de îngrijire a mamei şi copilului pentru populația cea mai vulnerabilă.

Sistemul de asistență medicală comunitară trebuie extins şi consolidat, deoarece acesta reprezintă cel mai puternic „egalizator" din sistemul de sănătate. În prezent, acest sistem este foarte puțin utilizat (Figura 41). Între 2002, anul creării sistemului, şi 2008, numărul lucrătorilor sanitari comunitari, atât AMC, cât şi MSR, a crescut în mod treptat. În 2009, în timpul crizei economice, guvernul a început procesul de descentralizare a răspunderii pentru asistența medicală către administrațiile locale, în urma căruia lucrătorii sanitari comunitari au fost preluate de către autoritățile locale, deşi au continuat să fie finanțate de MS. La început, descentralizarea a creat confuzie în toate sferele, majoritatea autorităților locale nereuşind să înțeleagă rolul lucrătorilor sanitari comunitari. Unele au refuzat să angajeze asistenți medicali comunitari şi mediatori sanitari romi, în ciuda faptului că salariile acestora au continuat să fie plătite de MS, cu excepția costurilor operaționale legate de activitatea lor.[394] Prin urmare, numărul AMC a scăzut considerabil (de la 1.228 la 780 la nivel național). Numărul MSR a rămas mai mult sau mai puțin stabil deoarece aceştia erau mai bine organizați decât AMC. În 2013, sistemul de asistență medicală comunitară a început să îşi revină, deşi funcționa cu mai puțin de jumătate din cadrele necesare deservirii întregii țări conform legislației în vigoare (Hotărârea de Guvern 459/5 mai 2010). O cauză majoră ce determină această situație, în afara lipsei personalului specializat şi a salariilor mici, este aceea că legislația secundară referitoare la lucrătorii sanitari comunitari nu este suficient de clară sau precisă (vezi Caseta 40).

FIGURA 41: Numărul lucrătorilor sanitari comunitari din România



Sursa: Ministerul Sănătății.
Note: Datele pentru 2009 sunt cele valabile la momentul descentralizării asistenței medicale din 30 iunie.
Datele pentru anul 2013 sunt din 1 februarie. Numărul lucrătorilor sanitari comunitari necesari a fost estimat conform reglementărilor în vigoare.

[394] Chiar şi în recensământul Serviciului Public de Asistență Socială (SPAS) efectuat în scopul prezentului raport, în luna mai 2014, doar aproximativ un sfert dintre mediatorii sanitari romi au fost declarați angajați SPAS ai autorităților locale în localitățile rurale şi oraşele mici (cu mai puțin de 50.000 de locuitori).

CASETA 40

Reglementările referitoare la lucrătorii sanitari comunitari necesită îmbunătăţiri

Cercetarea calitativă efectuată în scopul acestui raport a evidenţiat faptul că reglementările existente privind asistenţii medicali comunitari (AMC) reprezintă un obstacol major pentru dezvoltarea profesiei, dar şi a unei reţelei naţionale. Pe de-o parte, AMC sunt angajaţi de autorităţile locale şi, în calitate de angajaţi ai primăriilor, trebuie să desfăşoare activităţile stabilite de primar sau de viceprimar. Pe de altă parte, salariile acestora sunt plătite de MS şi, prin urmare, Direcţiile Judeţene de Sănătate Publică le monitorizează şi coordonează metodologia. Câteodată, autoritatea locală şi direcţia judeţeană intră în conflict, AMC fiind prinşi la mijloc. Mai mult, medicul de familie sau medicul generalist al comunităţii îi cere adesea AMC să îndeplinească diverse sarcini privind furnizarea de servicii medicale, care nu sunt incluse în atribuţiile AMC, aşa cum sunt definite acestea de autoritatea locală. În aceste circumstanţe, mulţi AMC au doar un volum limitat de timp pentru a se dedica asistenţei medicale comunitare, văzându-se adesea nevoiţi să renunţe la vizitele la domiciliu şi la activităţile de informare. Toţi aceşti factori diminuează eficacitatea reţelei de lucrători sanitari comunitari.

„Asistenţii medicali comunitari sunt asistenţi medicali calificaţi, care au parcurs cursuri speciale de formare şi care, prin urmare, îşi cunosc meseria. În multe localităţi, mai există încă asistenţi medicali comunitari, însă unii dintre aceştia nu efectuează munca pentru care au fost instruiţi şi pentru care au experienţă. În schimb, completează hârtii pentru unele prestaţii financiare sau au diverse alte sarcini de birou, care le sunt atribuite de primari. Există multe persoane bolnave care nu se pot mişca şi nu au pe nimeni care să îi ajute şi care nu beneficiază de servicii de îngrijire tocmai din cauza lipsei de coordonare dintre serviciile sociale şi cele medicale şi a statutului neclar al asistenţilor medicali comunitari."

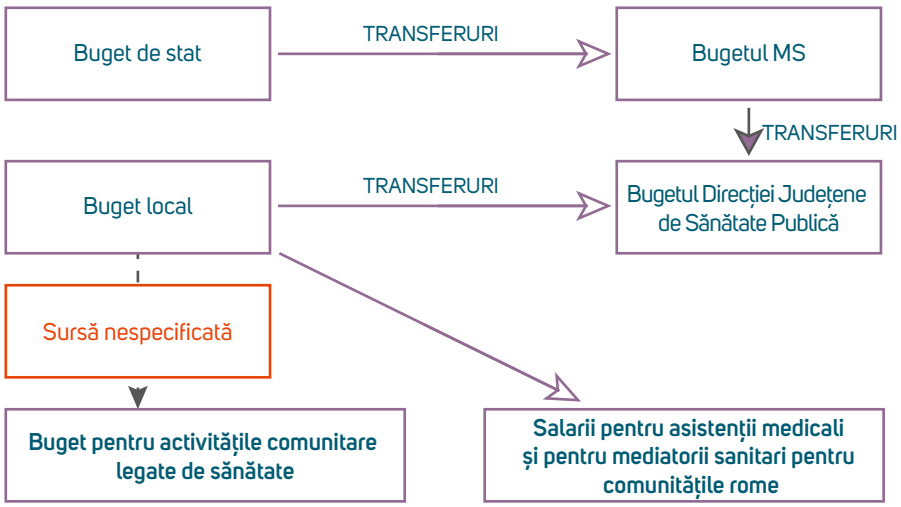
Sursa: Direcţia Judeţeană de Sănătate Publică, Botoşani, Studiu calitativ realizat de Banca Mondială în iulie-august 2014, în vederea pregătirii volumului de faţă.

Îmbunătăţirea calităţii serviciilor medicale de bază adresate categoriilor sărace şi vulnerabile va necesita investiţii importante, menite să consolideze capacitatea lucrătorilor sanitari comunitari de a presta serviciile necesare. Se remarcă lipsa organizării fluxurilor de activitate, a planificării activităţilor sau a evaluării periodice a rezultatelor în cazul lucrătorilor sanitari comunitari. Atribuţiile AMC sunt vag definite în legislaţie. În general, autorităţile locale deţin o înţelegere limitată a conceptelor de promovare a sănătăţii şi a serviciilor preventive primare şi secundare. Capacitatea MS şi a direcţiilor descentralizate ale acestuia de a controla, evalua şi coordona activitatea AMC s-a diminuat dramatic în momentul în care răspunderea pentru AMC a fost transferată autorităţilor locale, dar şi ca urmare a frecventelor schimbări în structura şi personalul MS atât la nivel local, cât şi la nivel naţional. Direcţiile Judeţene de Sănătate Publică nu reuşesc să desfăşoare nicio activitate în domeniul asistenţei medicale comunitare, nici măcar să organizeze reuniunile semestriale de orientare impuse de reglementări, rezumându-se la asigurarea transferului lunar al bugetelor salariale de la MS la autorităţile locale pentru AMC şi MSR. Cu excepţia diverselor ONG-uri care au asigurat sesiuni de formare profesională pentru lucrătorii comunitari în cadrul unor proiecte, la mai bine de cinci ani de la descentralizare nu există niciun sistem de formare medicală iniţială sau continuă pentru AMC.

Recomandăm guvernului să aibă în vedere următoarele măsuri prioritare pentru îmbunătăţirea calităţii serviciilor medicale primare prestate de lucrătorii sanitari comunitari (AMC şi MSR):

- Revizuirea, actualizarea şi aprobarea atribuţiilor şi a fişelor de post ale lucrătorilor sanitari comunitari, implementarea unui sistem standardizat de planificare, raportare, monitorizare şi supervizare a calităţii muncii prestate de lucrătorii sanitari comunitari şi evaluarea periodică a rezultatelor în raport cu obiectivele planificate
- Instruirea şi reinstruirea periodică a lucrătorilor sanitari comunitari, efectuarea unor evaluări periodice ale nevoilor de formare şi elaborarea unor sesiuni de formare de scurtă durată, orientate către găsirea unor soluţii practice

SCHEMA 8: Fluxul financiar al serviciilor medicale comunitare (asistenţi medicali comunitari şi mediatori sanitari romi)



- Consolidarea rolului şi a capacităţii Direcţiilor Judeţene de Sănătate Publică de a asigura sprijin şi supervizare profesionale lucrătorilor sanitari comunitari
- Stabilirea unui proces standardizat de planificare, evaluare şi reînnoire periodică a echipamentului de bază necesar activităţii asistenţilor medicali comunitari şi a mediatorilor sanitari romi, inclusiv truse medicale de bază, materiale IEC, autovehicule şi decontarea transportului şi infrastructură IT
- Implementarea serviciilor sociale, medicale şi educaţionale comunitare integrate şi promovarea parteneriatelor cu ONG-uri specializate sau locale, consolidând în acelaşi timp capacitatea autorităţilor locale de a planifica şi gestiona aceste servicii comunitare integrate.

Guvernul trebuie să asigure o finanţare adecvată pentru dezvoltarea serviciilor medicale comunitare şi trebuie să clarifice prevederile care guvernează cheltuielile operaţionale şi costurile suplimentare legate de prestarea acestora. Actualele dispoziţii privind fluxurile financiare prezintă avantaje şi dezavantaje (Schema 8).

Avantajele sunt următoarele: fiind angajaţi ai autorităţilor locale, lucrătorii comunitari se află în proximitatea beneficiarilor direcţi, iar prevederea referitoare la asigurarea salariilor de către MS reprezintă cea mai sigură alegere. Totuşi, dezavantajele se referă la faptul că responsabilitatea comună înseamnă că niciuna dintre părţi nu îşi asumă răspunderea directă în ceea ce priveşte lucrătorii sanitari comunitari, nici autorităţile locale, nici organismele MS de la nivel judeţean neasumându-şi responsabilitatea pentru planificarea, coordonarea, monitorizarea şi evaluarea serviciilor medicale comunitare. Autorităţile locale nu deţin nici cunoştinţele, nici capacitatea necesară, iar Direcţiile Judeţene de Sănătate Publică nu au suficienţi angajaţi pentru a face acest lucru. Drept rezultat, cel puţin deocamdată, reţeaua de servicii medicale comunitare evoluează în vid, fără niciun fel de îndrumare profesională, sprijin metodologic sau control şi fără niciun fel de prevederi pentru asigurarea sustenabilităţii finanţării cheltuielilor operaţionale, altele decât salariile. Din cauza unei erori care nu a fost remediată în ultimii cinci ani, niciun document legislativ nu specifică cine este responsabil pentru finanţarea activităţilor de asistenţă medicală comunitară sau din ce sursă, iar autorităţile locale consideră că este imposibil să acopere cheltuielile aferente reţelei (cum ar fi trusele medicale, cheltuielile de deplasare în sate şi participarea lucrătorilor sanitari comunitari la sesiunile de formare profesională organizate de Direcţia Judeţeană de Sănătate Publică în reşedinţele de judeţ). În prezent, există situaţii în care medicul de familie angajează (în mod oficial sau neoficial) un asistent medical comunitar pentru

a face vizite la domiciliu sau pentru a lucra în cabinetul său medical. Astfel, statul sfârşeşte prin a plăti dublu pentru acelaşi serviciu, acoperind atât salariului AMC, cât şi onorariul medicului de familie pentru serviciile prestate, de fapt, de acelaşi asistent medical comunitar. Acesta este doar un exemplu al lipsei de coerență şi control de la nivelul sistemului de sănătate.

Trebuie analizată rentabilitatea rețelei naționale a lucrătorilor sanitari comunitari în vederea identificării celor mai adecvate metode de a veni în întâmpinarea nevoilor categoriilor sărace şi vulnerabile şi de a stabili cuantumul finanțării necesare pentru integrarea serviciilor sociale (primare) la nivel comunitar. Deocamdată este imposibil de spus dacă asistența medicală comunitară este rentabilă sau nu, deoarece nu există nicio analiză şi nici date disponibile cu privire la intervențiile şi rezultatele acesteia. Persoanele care beneficiază de asistență medicală declară că AMC şi MSR le sunt de mare ajutor lor şi comunităților din care provin. Un studiu calitativ regional efectuat în 2011 asupra mediatorilor sanitari romi[395] a arătat că mediatorii reuşesc, în general, să dezvolte cunoştințelor furnizorilor de servicii medicale legate de romi şi să schimbe atitudinile negative ale acestora. Mediatorii au raportat că au notat o diminuare a comportamentelor discriminatorii şi a limbajului abuziv în rândul medicilor cu care au lucrat. Potrivit mediatorilor, aceste schimbări au condus la îmbunătățirea interacțiunii medicilor cu pacienții lor romi şi, implicit, a îngrijirilor medicale. Un raport ulterior al Băncii Mondiale, intitulat Studiu de diagnosticare şi consultanță pentru politicile de sprijinire a incluziunii romilor din România,[396] a evidențiat faptul că mediatorii sanitari locali pot contribui la schimbarea normelor sociale care descurajează accesul la serviciile de sănătate, prin atenuarea stigmatului social asociat cu accesarea serviciilor de consiliere, a serviciilor de sănătate a reproducerii şi a analizelor pentru depistarea infecțiilor cu transmitere sexuală.

Studiul calitativ efectuat în scopul prezentei cărți, în iulie 2014, a furnizat dovezi suplimentare privind rezultatele pozitive înregistrate de lucrătorii sanitari comunitari. Județul Botoşani este unul dintre puținele județe cu un număr corespunzător de asistenți medicali comunitari înainte de descentralizare, care a reuşit să păstreze această rețea şi după 2009. În special în zonele rurale ale județului, asistenții medicali comunitari au avut un impact substanțial asupra scăderii mortalității infantile, de la aproximativ 25 de decese infantile la 1.000 născuți-vii în 2002 la mai puțin de 14 decese infantile la 1.000 născuți-vii în 2013. MS a anunțat recent o inițiativă de extindere a rețelei de asistență medicală şi mediere sanitară, însă nu se ştie dacă acest lucru va fi de ajuns pentru îndeplinirea obiectivului declarat al ministerului, acela de a spori accesul persoanelor sărace sau vulnerabile la serviciile de sănătate, în lipsa altor măsuri menite să soluționeze celelalte probleme cu care se confruntă rețeaua.

La nivel național, un număr insuficient de localități beneficiază de serviciile unui asistent medical comunitar. Conform datelor MS, la începutul anului 2014, existau aproximativ 1.000 AMC la nivel național,[397] dintre care numai 18 erau angajați de către autoritățile locale. În anul anterior, aceşti AMC au prestat servicii medicale comunitare pentru aproximativ 1 milion de persoane, inclusiv aproximativ 250.000 de copii. În privința mediatorilor sanitari romi, datele MS indică faptul că, în 2013, cei 447 MSR au facilitat accesul la serviciile de sănătate pentru aproximativ 200.000 de romi. Totuşi, nu există un proces de colectare sistematică a datelor pentru monitorizarea rețelei de lucrători sanitari comunitari şi, prin urmare, nu sunt disponibile date fiabile care să fie analizate cu privire la tipurile de servicii oferite, caracteristicile beneficiarilor sau rezultatele medicale.

Cu toate acestea, a fost posibilă efectuarea unui exercițiu de cartografiere prin folosirea datelor oficiale, preluate de pe pagina de Internet a Casei Naționale de Sănătate şi a Caselor Județene de Sănătate, privind disponibilitatea unui medic de familie, medic generalist, farmacist, asistent medical comunitar şi/sau mediator sanitar rom în cadrul fiecărei localități între lunile septembrie şi noiembrie 2014.[398] Exercițiul a arătat că peste 6% dintre toate localitățile nu au medici de familie, nici asistenți medicali comunitari şi nici mediatori sanitari romi. Majoritatea (aproximativ 5% dintre toate localitățile) reprezintă zone albe prin lipsa serviciilor medicale primare şi comunitare, în timp ce celelalte au doar o farmacie. „Zone albe" sunt toate localitățile rurale, fiind răspândite în toată țara (cu excepția a patru județe, şi anume Argeş, Brăila, Dolj şi Gorj), cu o incidență mai mare în Buzău, Ialomița, Caraş-Severin, Vrancea şi Hunedoara. Majoritatea „zonelor albe" sunt comune mici, cu mai puțin de 2.000 de locuitori (care, de regulă, nu sunt deservite

[395] Fundația pentru o Societate Deschisă (2011).
[396] Banca Mondială (Anan et al, 2014).
[397] Costurile salariale anuale totale suportate de MS pentru aceste activități pot fi estimate la aproximativ 20 de milioane RON deoarece salariul mediu anual al unui asistent medical comunitar este de aproximativ 20.000 RON.
[398] În cazul a patru județe - Călăraşi, Giurgiu, Mehedinți şi Timiş - datele au devenit disponibile prea târziu pentru a fi incluse în această analiză. Datele colectate de MS în iulie 2014 cu privire la mediatorii sanitari romi contractați în 2013 s-au suprapus cu datele din recensământul Serviciilor Publice de Asistență Socială, realizat de Banca Mondială în 2014.

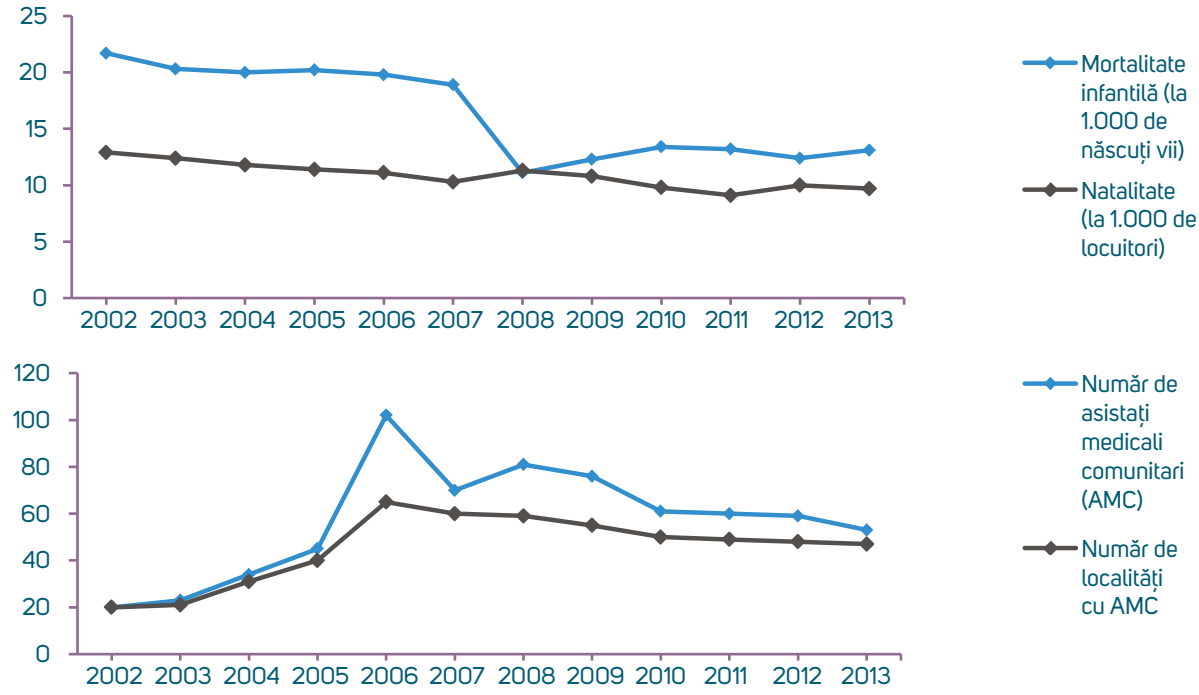
CASETA 41

Impactul pozitiv al reţelei de asistenţi medicali comunitari în judeţul Botoşani

„Impactul [rețelei de asistenți medicali comunitari] este foarte vizibil la nivelul scăderii clare a mortalității infantile. Acesta este unul dintre indicatorii ce înregistrează o tendință pozitivă tocmai datorită muncii asistenților medicali comunitari. Ei administrează registrul femeilor însărcinate, merg şi discută cu acestea despre importanța prezentării la spital şi a consultațiilor regulate şi, în consecință, femeile însărcinate sunt monitorizate şi informate în mod constant cu privire la posibilele riscuri. Uneori, sarcina prezintă riscuri şi, din acest motiv, trebuie monitorizată mai intens de către medicul de familie şi de către medicul ginecolog. Când consideră că este vorba de o problemă de care trebuie să se ocupe un specialist, medicul de familie trimite pacienta la medicul ginecolog. Asistenții medicali comunitari facilitează procesul şi oferă sprijin continuu femeilor însărcinate care se află într-o asemenea situație, acesta fiind modul în care am reuşit să înregistrăm o scădere a mortalității infantile... De asemenea, numărul mamelor adolescente care îşi abandonează copiii s-a diminuat în mod considerabil, de la 33 de copii abandonați în 2009 la numai două cazuri în 2013."

Sursa: Interviu Inspector, Direcția Județeană de Sănătate Publică Botoşani, Banca Mondială, iulie 2014.

Relaţia dintre mortalitatea infantilă, rata natalităţii şi reţeaua de asistenţi medicali comunitari



Sursa: Date privind AMC raportate de Direcția Județeană de Sănătate Publică, Botoşani. Rata natalității şi cea a mortalității infantile preluate de la Institutul Național de Statistică, baza de date Tempo Online.
Notă: Rata natalității reprezintă numărul de naşteri la 1.000 locuitori pe an.

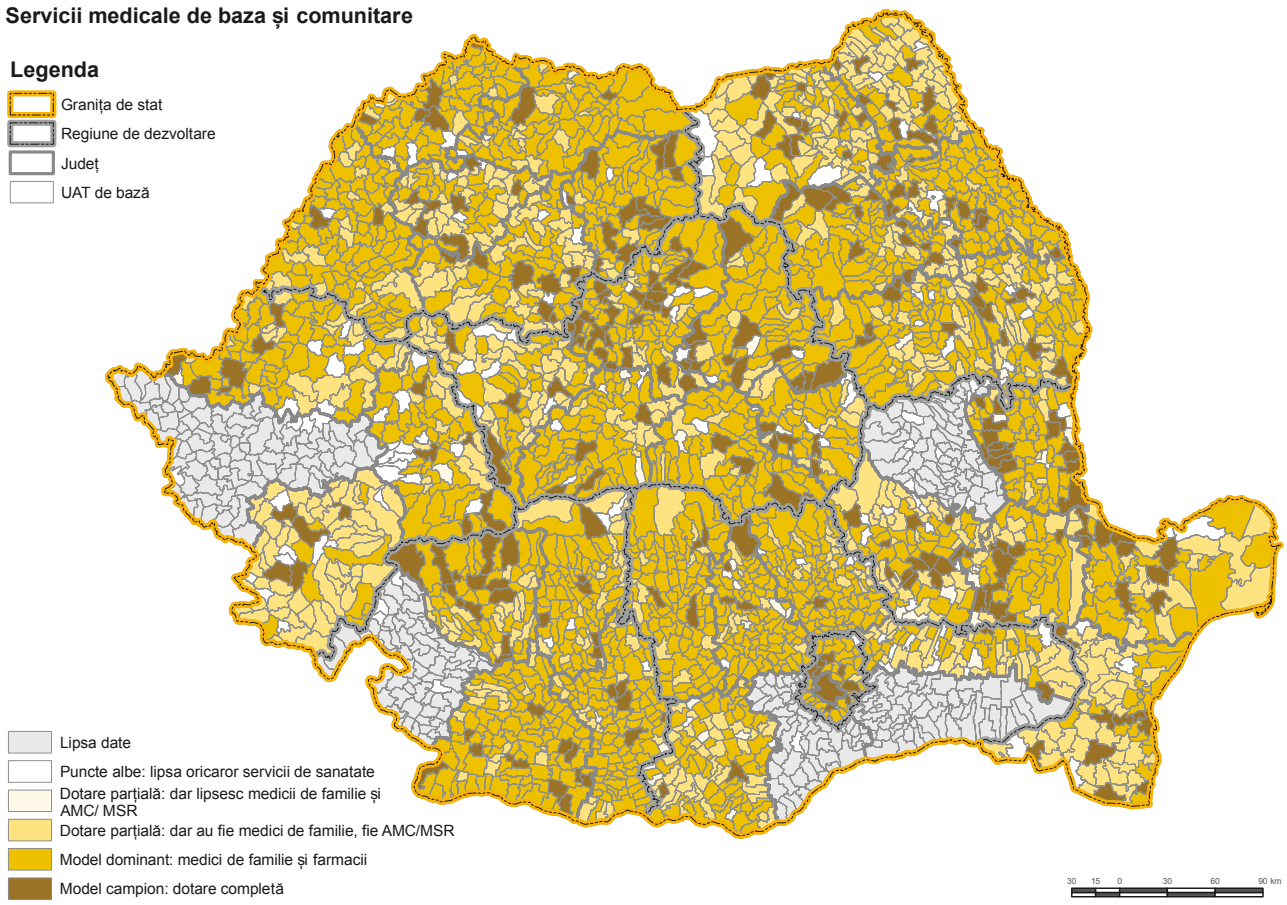
de asistenți sociali, vezi Secțiunea 2.3.), în general cu un nivel scăzut de dezvoltare umană,[399] cu o capacitate fiscală redusă a autorităților locale[400] şi cu un număr relativ scăzut de persoane care se autoidentifică romi. Harta 4 indică faptul că zonele albe sunt mai degrabă situate la granițele județelor. Explicația poate fi faptul că nu distanța până la un oraş este cea care influențează disponibilitatea serviciilor de sănătate la nivel local, ci gradul de apropiere de centrul administrativ al județelor; profesioniştii din domeniul medical au mai degrabă tendința de a căuta locuri de muncă în localitățile care se află în apropierea reşedințelor de județ, din motive atât economice (în general, veniturile sunt mai mari în aceste oraşe), cât şi legate de dezvoltarea carierei. Totuşi, atât în localitățile rurale, cât şi în cele urbane, majoritatea comunităților tind să aibă unul sau mai mulți medici de familie şi una sau mai multe farmacii. Aproximativ 10% dintre localități pot fi considerate „campioane" deoarece dispun de medici de familie, farmacii şi lucrători sanitari comunitari. Astfel de „campioni" se regăsesc în toate județele, fiind vorba în special de oraşe[401], dar şi de comune mai mari unde există, în general, un nivel mare de dezvoltare umană (conform indicelui dezvoltării umane locale), unde autoritățile locale au o capacitate fiscală relativ mare şi unde există un număr mai mare de persoane care se autoidentifică romi. De asemenea, în aceste comune există, de obicei, un Serviciu Public de Asistență Socială cu mai mulți angajați şi mai multe resurse financiare. În concluzie, se remarcă un proces de polarizare în ceea ce priveşte prestarea serviciilor între comunitățile rurale sărace şi mici, din care lipsesc toate tipurile de servicii sociale, şi comunitățile rurale şi oraşele mai dezvoltate şi mai mari, care au reuşit să dezvolte mai multe servicii diversificate la nivel local. Prin urmare, extinderea rețelei naționale a lucrătorilor sanitari comunitari ar trebui demarată, cu prioritate, în „zonele albe" şi în comunele în care nu există cabinete permanente de medicină a familiei.

[399] Estimate conform Indicelui dezvoltării umane locale (LDHI), care măsoară capitalul total al unităților administrative rurale şi urbane din România, din perspectiva a patru criterii: capital uman, capital de sănătate, capital vital şi capital material (Ionescu-Heroiu et al, 2013a). Capitalul uman se măsoară prin indicatorul referitor la stocul de educație, la nivel local (pentru populația de 10 ani şi peste). Capitalul de sănătate se măsoară ca speranța de viață la naştere, la nivel local. Capitalul vital se măsoară în baza vârstei medii a populației adulte (de 18 ani şi peste). Nu în ultimul rând, capitalul material este măsurat prin scorul factorial compus din trei indicatori ce țin de nivelul de trai: dimensiunea suprafeței locuibile, numărul de automobile personale la 1.000 de locuitori şi distribuția gazelor pentru consum casnic în respectiva unitate teritorială. Cele patru valori ale dimensiunii capitalului comunitar sunt agregate prin calcularea unui alt scor factorial.

[400] Prima cuartilă a ponderii veniturilor proprii în veniturile totale din bugetul local, valoarea medie anuală pentru 2009-2012.

[401] Procentul „campionilor" este de 36% în rândul municipalităților urbane şi de numai 6% în rândul celor rurale.

HARTA 4: Acoperirea serviciilor medicale comunitare şi primare



2.6. Locuire

Guvernul ar trebui să urmărească obiectivul creşterii accesului la servicii în domeniul locuirii, în special în cazul persoanelor fără adăpost şi al altor persoane ce nu îşi permit o locuință.

Obiective principale

2.6. Locuire 262

2.6.1. Creşterea accesibilității financiare şi a calității locuințelor, în special pentru populația vulnerabilă 262

2.6.2. Dezvoltarea serviciilor din sectorul locuințelor sociale 268

2.6.3. Asigurarea unor ajutoare de urgență eficiente pentru persoanele fără adăpost şi dezvoltarea capacității de reintegrare socială şi prevenție timpurie 273

2.6. Locuire

Precaritatea şi lipsa locuinței reprezintă forme extreme ale sărăciei şi excluziunii sociale în societatea de azi. Accesul la locuințe adecvate cu prețuri accesibile reprezintă un drept fundamental, dar şi o bază pentru clădirea unei vieți sigure, sănătoase şi productive. În cazul persoanelor afectate de sărăcie extremă, hrana şi adăpostul constituie principalele nevoi de bază, în care investesc majoritatea resurselor financiare în detrimentul altor aspecte ale vieții lor, precum sănătatea sau accesul la educație. Incapacitatea de a obține sau de a păstra o locuință decentă atrage alte vulnerabilități din cauza cărora cei săraci nu reuşesc să urmeze un parcurs normal de dezvoltare.

La nivel european, recenta criză economică a ridicat o serie de preocupări legate de costul locuințelor, mai ales în cazul categoriilor sociale celor mai sărace. Potrivit Comisiei Europene (2010b), creşterea accesului la locuințe reprezintă cheia pentru atingerea obiectivului strategiei Europa 2020 privind reducerea numărului de persoane afectate sau expuse riscului de sărăcie sau excluziune socială. Din 2007, locuințele sociale sunt considerate un serviciu social de interes general,[402] eligibil pentru ajutorul de stat, ceea ce lărgeşte paleta de oportunități pentru responsabilii de politici.

În România, garantarea dreptului la o locuință accesibilă ca preț reprezintă o altă provocare majoră. Răspunsurile de politică eficiente şi alocările bugetare în domeniul locuințelor sociale sunt foarte limitate, în timp ce numeroase categorii vulnerabile confruntate cu sărăcia extremă, cum ar fi persoanele fără adăpost şi cele ce ocupă ilegal spații, populația din zonele marginalizate sau cu condiții inadecvate de locuit, sunt insuficient vizate de programele actuale de locuire.

În general, după 1990, principalele evoluții[403] în domeniul locuirii nu au intrat în sfera de control a guvernului. Astfel, dezvoltarea sectorului a revenit preponderent inițiativelor private (fondate, printre altele, pe principiul proprietății) şi pieței. Cu timpul, componenta de locuire a dispărut din denumirea şi organigramele ministerelor. Datele recensămintelor referitoare la locuințe nu au fost niciodată analizate într-o manieră coerentă sau aprofundată[404] şi au fost extrem de rar folosite pentru justificarea şi/sau elaborarea politicilor din domeniu.

Prin urmare, programele menite să combată diverse probleme din sfera locuirii nu au fost extrem de coerente sau integrate. În plus, în domeniul locuințelor sociale, responsabilitatea a fost descentralizată la nivelul autorităților locale, considerându-se că acest tip de locuințe s-a încadrat întotdeauna în interesele şi responsabilitățile locale, cu toate că se ştia că fondul de locuințe disponibil primăriilor era insuficient şi/sau într-o stare proastă. Cum în numeroase oraşe şi majoritatea localităților rurale economia a înregistrat un declin sau chiar colaps, bugetele locale s-au dovedit a fi insuficiente pentru a sprijini investițiile în locuințe. Prin urmare, au apărut discrepanțe semnificative la nivelul fondului de locuințe între diferitele regiuni ale țării, mai ales între mediul urban şi cel rural, dar şi între unități teritorial-administrative de aceeaşi dimensiune şi/sau tip.

2.6.1. Creşterea accesibilității financiare şi a calității locuințelor, în special pentru populația vulnerabilă

La nivel național, există un cadru legislativ şi instituțional[405] referitor la locuire, însă guvernul nu a elaborat nicio politică sau strategie în acest domeniu. De asemenea, aşa cum se

[402] Huber et al (2007).

[403] În perioada 1990-1999, s-au construit puține locuințe, majoritatea lor în anumite zone rurale (mai înstărite). În aceeaşi perioadă, dezindustrializarea economiei a condus, sub aspectul locuirii, la deteriorarea sau abandonarea căminelor de nefamilişti / blocurilor de garsoniere. De asemenea, creşterea migrației economice peste hotare a afectat serios sectorul construcțiilor fiindcă mulți profesioniști şi muncitori calificați au părăsit România. Anii de creştere economică (2000-2008) au reprezentat perioada de aur a planurilor de anvergură în domeniul locuințelor, mai ales în orașele mari, precum şi a extinderii şi expansiunii generate de noile proiecte de dezvoltare imobiliară în aproape toate orașele. Aceasta a coincis şi cu perioada de preaderare, în care s-au implementat programe SAPARD pentru sporirea accesului la apă şi canalizare în orașele mici şi mediul rural, inclusiv pentru reabilitarea rețelelor de distribuție. Perioada de după integrarea europeană, din 2007 până în 2009 (începutul crizei globale), a fost marcată de dezvoltarea sectorului construcțiilor şi al restructurărilor imobiliare, alimentată preponderent de remitențele trimise de românii plecați la muncă în străinătate. După 2009, numeroase proiecte de construcție au fost suspendate, unii investitori imobiliari dispărând înainte de terminarea lucrărilor, activitatea din sectorul construcțiilor s-a restrâns, iar prețul locuințelor a scăzut.

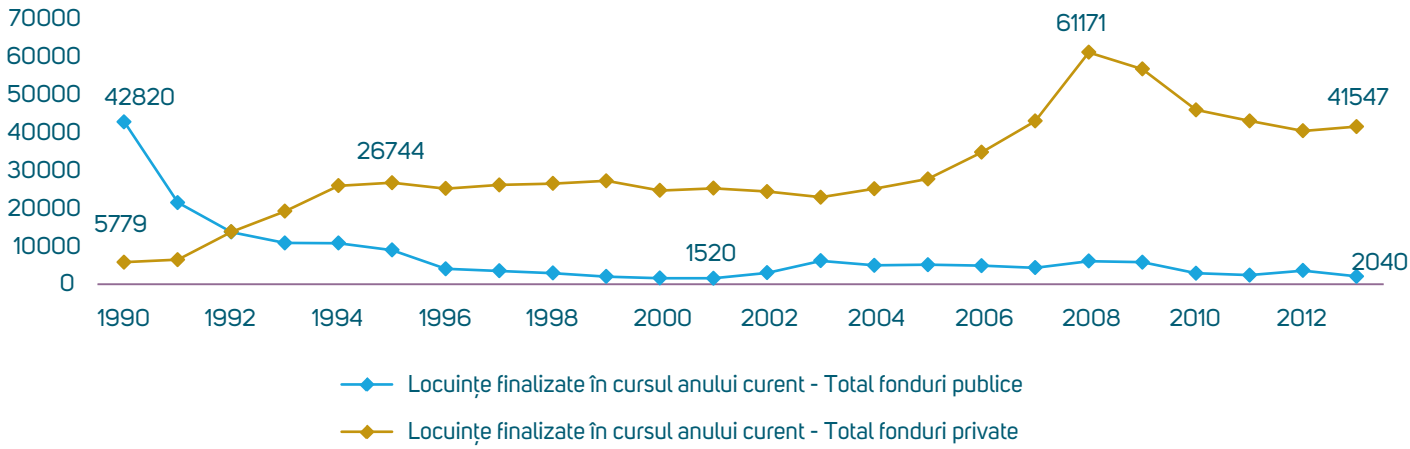
[404] Cu excepția descrierii condițiilor de locuit generale în studiile, de altfel meritoase, realizate de către diferite institute de cercetare.

[405] De exemplu, Legea 50/1991 ce permite concesionarea terenurilor municipale pentru construcția de locuințe, privatizarea masivă a fondului de locuințe deținut de stat între 1991 şi 1993, Legea 10/2001 privind imobilele, în special imobilele naționalizate între 1945 şi 1989 (proces care a implicat numeroase evacuări cu consecințe nefericite), Legea locuinței (Legea 114/1996), înființarea Agenției Naționale pentru Locuințe (cu efecte mai degrabă limitate asupra condițiilor de locuit) şi Legea 190/2013 privind planificarea regională şi urbană (cu câteva rezultate pozitive).

menționează în Secțiunea 2.3. Servicii sociale, cheltuielile publice cu locuințele sociale au fost, în mod constant, scăzute în România în comparație cu alte țări europene.[406]

Mai generic, fondurile publice dedicate construirii de locuințe s-au diminuat drastic la începutul anilor '90 şi au rămas la acelaşi nivel extrem de mic şi în prezent (Figura 42).

FIGURA 42: Locuinţe finalizate în anul curent, pe surse de finanţare (număr)



Sursa: Tempo Online, Institutul Național de Statistică.

România se află pe primul loc între țările UE în ceea ce priveşte fondul de locuințe aflate în proprietate privată – 97% față de media UE-28 de 70,4% în 2012 (Anexă Tabel 8.1). Aceasta pare să aducă un avantaj comparativ la nivelul siguranței căminului,[407] dar prezintă şi unele dezavantaje. De exemplu, proprietarii fac adesea eforturi mari pentru a-şi păstra locuințele, există puține locuințe disponibile celor aflați în căutare de oportunități de angajare în zonele noi, iar oferta de locuințe de închiriat sau de cumpărat la prețuri accesibile pentru generația mai tânără este limitată. Cumulate, lipsa locuințelor accesibile din punct de vedere financiar, penuria de oportunități economice disponibile tinerilor menite să îi ajute să-şi permită o locuință pentru un trai independent şi cultura locală care încurajează tinerii să continue să locuiască cu părinții[408] se reflectă în procentul ridicat al tinerilor ce trăiesc cu părinții. Potrivit Eurostat, aproape două treimi dintre tineri (cu vârste între 18 şi 34 de ani) şi 45% dintre tinerii ce lucrează cu normă întreagă încă locuiesc cu părinții lor (Anexă Tabel 8.2). Lipsa locuinței poate constitui unul dintre factorii ce determină tinerii să amâne luarea unor decizii familiale importante, cum ar fi să se căsătorească sau să facă copii. Greutățile întâmpinate de tineri în a-şi întemeia o familie, dublate de dependența economică şi/sau fizică a unora dintre vârstnici au dus la apariția a numeroase gospodării supraaglomerate în România. Peste jumătate din populație trăieşte în locuințe supraaglomerate[409], cel mai ridicat procent dintre toate statele europene şi de trei ori mai mare decât media UE-28 (16,8%). Supraaglomerarea este chiar mai acută în rândul populației sărace. În ceea ce priveşte numărul persoanelor

[406] În 2011, în România, serviciilor din domeniul locuințelor sociale li s-au alocat 2,66 PPC pe cap de locuitor comparativ cu media UE-28 de peste 145 PPC pe cap de locuitor.
[407] Potrivit Sondajului european privind calitatea vieții 2011/2012, 90,8% dintre români au declarat că este foarte puțin probabil să ia în considerare posibilitatea părăsirii locuinței în următoarele şase luni pentru că nu şi-o mai permit comparativ cu media europeană de 81,5%.
[408] În special în mediul rural, acest lucru se datorează faptului că mai multe generații ale unei familii rămân împreună în aceeaşi gospodărie pentru a maximiza producția agricolă a gospodăriei şi pentru a profita de sprijinul intergenerațional în creşterea copiilor şi realizarea activităților casnice.
[409] Definite ca locuințe ce nu îndeplinesc următoarele standarde: cel puțin o încăpere pe persoană în vârstă de 18 ani sau pentru două persoane de acelaşi sex cu vârste cuprinse între 12 şi 17 ani şi/sau o încăpere pentru doi copii sub 12 ani.

pe încăpere, ratele Anchetei bugetelor de familie din 2012 (INS) indică un raport ce variază între 0,73 în gospodăriile din decila cu veniturile cele mai ridicate şi 1,44 în decila cu veniturile cele mai mici, aşa cum reiese şi din Anexă Tabel 8.3.[410] În acelaşi timp, spaţiul disponibil la nivelul locuinţei scade de la o medie de 29,4 metri pătraţi pe persoană în gospodăriile mai înstărite la sub 15 metri pătraţi în cazul celor mai sărace (Anexă Tabel 8.4).

Calitatea fondului de locuinţe este destul de slabă. Pe lângă problema supraaglomerării, lipsurile locative severe afectează 23% din populaţia României, de patru ori mai mult decât media UE-28 (Figura 43). Cu toate că situaţia s-a ameliorat după 2007 (Anexă Tabel 8.5), lipsurile locative severe au rămas o problemă acută în cazul populaţiei sărace (49%) şi al gospodăriilor cu copii (37% dintre copii).

Având în vedere proporţia mare a populaţiei rurale, majoritatea lipsurilor severe apar la nivelul spaţiilor igienico-sanitare, 35% din populaţie trăind fără o baie sau duş în casă şi 37% fără o toaletă modernă în casă pentru uzul exclusiv al membrilor gospodăriei (Anexă Tabel 8.6). Potrivit Recensământului din 2011, din cele 8,72 de milioane de locuinţe din România, 3,96 de milioane sunt situate în mediul rural şi 4,76 de milioane în localităţile urbane. În mediul rural, majoritatea locuinţelor reprezintă case individuale (3,81 milioane) cu două sau trei camere, construite înainte de 1970 cu materiale de proastă calitate (chirpici sau paiantă), fără apă caldă curentă, baie sau duş în casă şi neconectate la sistemul de canalizare. În mediul urban, majoritatea locuinţelor sunt apartamente în blocuri (3,22 milioane) sau case individuale cu două sau trei camere, construite între 1960 şi 1990 din beton armat sau unităţi prefabricate, fiind conectate la utilităţi. Aşadar, fondul locativ este vechi şi doar unul din patru imobile respectă standardele seismice actuale.

Preţul inaccesibil al locuinţelor reprezintă o altă problemă, cu toate că aproape întreaga populaţie trăieşte în locuinţe proprietate personală, fără vreun împrumut sau ipotecă. În 2012, România a fost una dintre ţările europene cu cea mai ridicată rată a poverii cheltuielilor cu locuinţa (procentul populaţiei ce trăieşte în gospodării în care cheltuielile totale cu locuinţa reprezintă peste 40% din venitul disponibil).[411] Costurile la utilităţi sunt mult mai ridicate în unele localităţi decât în altele, ceea ce înseamnă un grad de îndatorare mai mare în rândul populaţiei cu venituri reduse din aceste zone. Mai mult, rata poverii costurilor locative este mult mai ridicată în cazul persoanelor expuse riscului de sărăcie (41,4% în comparaţie cu nivelul naţional de 16,5%). Datele Anchetei bugetelor de familie (INS) indică o situaţie critică, mai ales în cazul populaţiei sărace din mediul urban (vezi Figura 44). Astfel, costurile la utilităţi (electricitate, energie termică, gaze, lemne de foc/ cărbune/ petrol, apă şi salubritate) reprezintă, în medie, peste 52% din cheltuielile lunare totale ale gospodăriilor din decila cu veniturile cele mai mici din mediul urban comparativ cu 20% din cheltuielile locuitorilor mai înstăriţi din localităţile urbane.[412] Mai precis, cifrele Eurostat pentru 2012 arată faptul că peste un sfert din populaţia totală a României şi o treime dintre gospodăriile cu copii aveau restanţe la plata utilităţilor aferente anului precedent, faţă de media UE-28 de aproximativ 10%.[413]

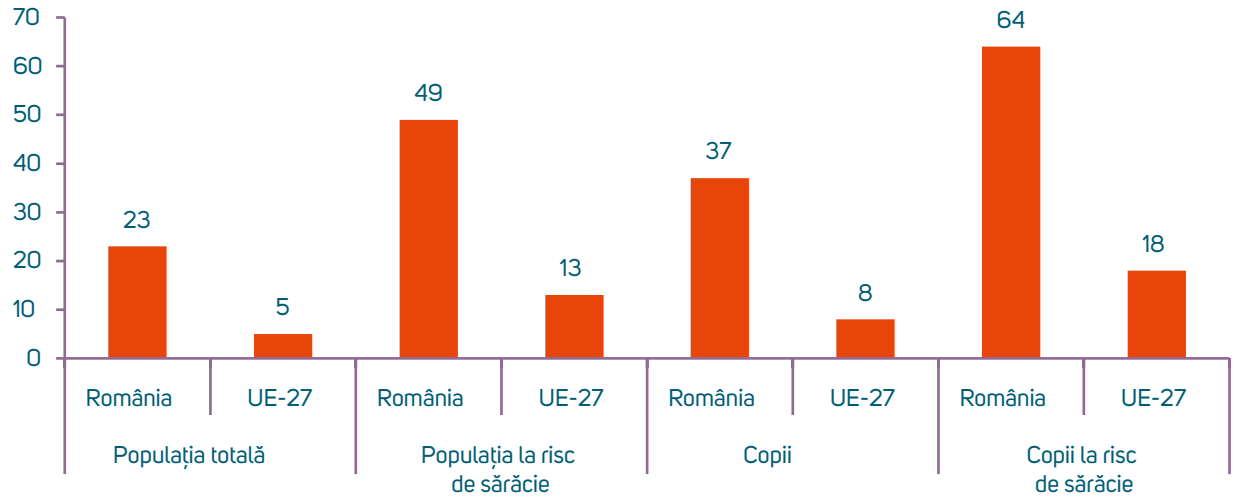
Populaţia romă este, în general, exclusă de pe piaţa imobiliară, aşa cum reiese dintr-un studiu recent al Băncii Mondiale:[414]

- Majoritatea românilor de etnie romă trăiesc în comunităţi segregate. Studiul regional privind romii (SRR) a constatat că 56% dintre gospodăriile rome sunt situate în localităţi în care etnia dominantă este cea romă, indicând astfel un nivel ridicat al segregării spaţiale. Există o corelare puternică între segregarea spaţială şi sănătatea precară, părăsirea timpurie a şcolii, integrarea redusă pe piaţa muncii şi accesul costisitor la alte servicii (precum transport public şi servicii medicale).

- O proporţie semnificativă a romilor trăiesc în locuinţe de proastă calitate, confruntându-se cu o infrastructură inadecvată, supraaglomerare şi lipsa siguranţei locative. Condiţiile de locuit ale gospodăriilor rome sunt mult mai precare decât cele din gospodăriile nerome. Datele SRR relevă faptul că 30% dintre familiile rome locuiesc într-o casă dărăpănată sau în mahala, faţă de doar 4% dintre familiile de altă etnie ce trăiesc în apropiere. Doar aproximativ jumătate dintre gospodăriile rome din mediul urban au acces la locuinţe de calitate relativ bună, precum construcţii noi, locuinţe din materiale tradiţionale în localităţi mai vechi sau locuinţe sociale

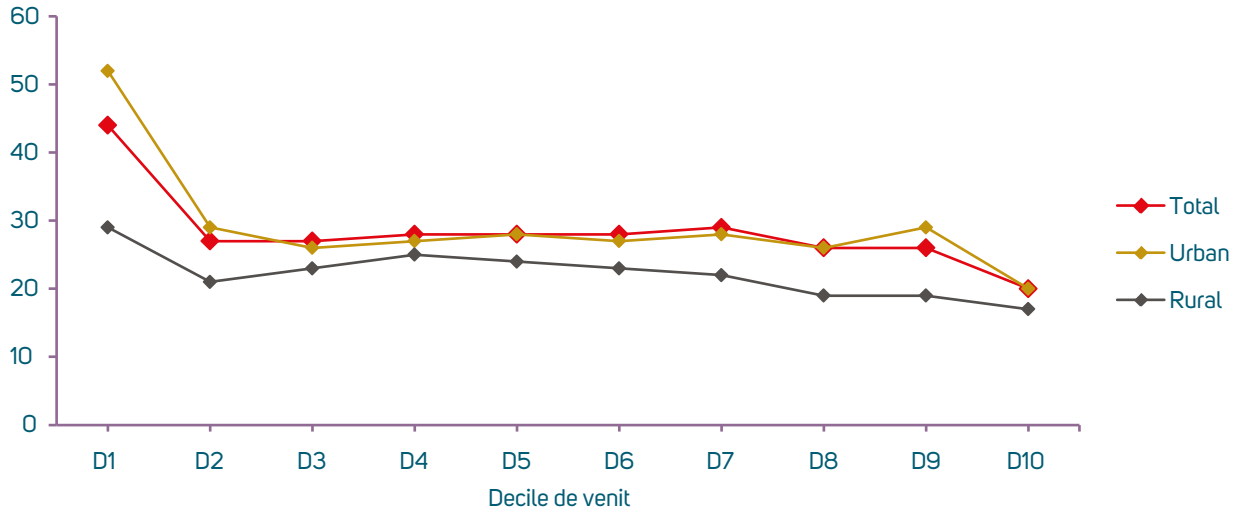
[410] Decilele de venit sunt calculate în baza venitului monetar lunar total al gospodăriei pe membru (fără consum propriu).
[411] Această măsură este esenţială pentru monitorizarea riscului de pierdere a locuinţei. Potrivit Eurostat, proporţia populaţiei ce trăieşte în gospodării în care cheltuielile cu locuinţa depăşesc 40% din venitul disponibil a fost cea mai ridicată în Grecia (33,1%), urmată de Danemarca (18,2%), Germania (16,6%), România (16,5%) şi Bulgaria (14,5%). Pentru a face o comparaţie, media UE-28 este de 11,2%, constatându-se valori mult mai mici în Malta (2,6%), Cipru (3,3%), Finlanda (4,5%), Luxemburg (4,9%), Franţa şi Slovenia (ambele cu 5,2%).
[412] Cu toate acestea, în cifre absolute, gospodăriile sărace (D1) din mediul urban cheltuie lunar, în medie, 225 de lei pe facturile la utilităţi, în timp ce gospodăriile mai înstărite (D10) plătesc în jur de 500 de lei.
[413] Alte tipuri de restanţe, precum cele la chirie şi ipotecă, sunt mai puţin întâlnite în rândul populaţiei din România.
[414] Banca Mondială (Anan et al, 2014), în baza datelor Studiului regional privind romii (SRR) realizat în Europa de PNUD, Banca Mondială şi Comisia Europeană în 2011.

FIGURA 43: Lipsuri locative severe, în funcţie de riscul de sărăcie şi vârstă (copii), 2012 (%)



Sursa: Eurostat.
Notă: Pragul sărăciei este stabilit la 60% din venitul disponibil pe adult echivalent.

FIGURA 44: Costurile la utilităţi ca procent din cheltuielile lunare totale ale gospodăriilor, pe decile de venituri, 2012 (%)



Sursa: Estimări realizate de Banca Mondială folosind datele Anchetei bugetelor de familie (INS) 2012.
Notă: Utilitățile includ electricitate, energie termică, gaze, lemne de foc/ cărbune/ petrol, apă şi salubritate. Decilele de venit sunt calculate în baza venitului monetar lunar total al gospodăriei pe membru (fără consum propriu). Figura prezintă valorile medii pe decile.

oferite de către autoritățile locale. Restul de 40-45% trăiesc în blocuri cu multe etaje, de proastă calitate, în mahalale sau tabere temporare cu structuri de proastă calitate şi infrastructură inadecvată, doar 20% dintre vecinii non-romi locuind în astfel de condiții precare. În mediul rural, în jur de o treime dintre gospodăriile rome trăiesc în locuințe de proastă calitate.

- Numeroase gospodării rome nu au acces la apă şi salubritate. Doar aproximativ 17% dintre familiile rome au spații sanitare în casă (toaletă, baie şi canalizare), în timp ce aproximativ 44% dintre familiile de altă etnie din zonă dețin astfel de dotări. În mod similar, doar aproximativ 17% dintre gospodăriile rome au acces la apă curentă comparativ cu 34% dintre vecinii lor de altă etnie. În jur de 36% dintre gospodăriile rome declară că nu se face colectarea deşeurilor sau că aceasta se face rareori în zona lor, comparativ cu 18% dintre vecinii lor de altă etnie.

- Mulți romi se confruntă, în continuare, cu lipsa actelor de identitate, ceea ce le restricționează şi mai mult accesul la servicii şi credite. Un obstacol major îl reprezintă obligația de a face dovada domiciliului, lucru imposibil pentru mulți romi din cauza situației locative informale. Alte bariere sunt analfabetismul, precum şi atitudinea discriminatorie a personalului ce se ocupă de emiterea documentelor.

Privatizarea masivă a fondului de locuințe în perioada 1991-1993 a reprezentat, probabil, măsura cea mai importantă ce a afectat sectorul locuințelor şi piața imobiliară. Justificată de responsabilii de politici ca o necesitate din punct de vedere politic şi social, privatizarea s-a realizat prin scoaterea la vânzare a locuințelor deținute de stat la prețuri foarte mici, permițând practic tuturor locatarilor (care înainte plăteau chirie statutului pentru apartamentele lor) să devină proprietari. Fondul locativ privatizat a cuprins, în cea mai mare parte, apartamente din imobile colective de toate tipurile şi de orice calitate, iar noii proprietari au cumpărat o parte din aceste imobile, restul proprietății intrând în domeniul privat al autorităților publice locale. Reglementările referitoare la co-proprietatea imobilelor colective au fost adoptate abia după trecerea câtorva ani de la privatizare. Restructurarea economiei după 1990, care a implicat în principal un proces de dezindustrializare, a adâncit discrepanțele între veniturile proprietarilor de apartamente. În multe cazuri, familiile recent venite la oraş au decis să se mute înapoi la țară, însă multe au hotărât să păstreze apartamentul de la oraş. Noua legislație privind societățile comerciale le-au permis să îşi transforme apartamentele din localitățile urbane în sedii de firme. Acest lucru a ridicat probleme la nivelul administrării imobilelor, diminuând totodată fondul de locuințe şi punând mai multă presiune asupra prețurilor (în condițiile în care firmele nu erau dispuse să plătească chirii mai mari decât familiile ce aveau nevoie de o locuință). Una dintre consecințele prețurilor mici la apartamentele din imobilele colective a fost faptul că unii dintre noii proprietari nu au acordat importanță întreținerii proprietății recent achiziționate, fie din cauza prețului de achiziție mic,[415] fie din lipsă de resurse. A persistat oarecum atitudinea de dinainte de 1989, noii proprietari continuând să investească doar în interiorul apartamentelor lor – modernizare, renovare, îmbunătățirea dotărilor (precum schimbarea ferestrelor şi a instalațiilor sanitare) şi întreținere generală – fără a întreține spațiul comun (precum casa scării sau ascensoarele) şi exteriorul clădirilor.[416] Proprietarii au demonstrat (şi încă demonstrează) o lipsă acută de interes față de starea şi calitatea instalațiilor ascunse, precum țevile de apă şi canalizare din imobile, ceea ce a dus la deteriorarea acestei infrastructuri. Cu toate că analiştii au avertizat cu privire la gravitatea acestor probleme, responsabilii de politici încă nu au elaborat strategii sau programe coerente în vederea combaterii lor.[417]

Au fost create şi implementate câteva programe de locuințe cu scopul de a creşte accesibilitatea prețurilor şi calitatea locuințelor. Totuşi, majoritatea lor s-au concentrat în mediul urban, unde cererea de locuințe este mai mare, apărând astfel o serie de probleme sociale în ultimele decenii. În mediul rural, lipsurile locative persistente şi cele materiale grave (sărăcia energetică) nu au făcut încă obiectul unor politici speciale.

Cel mai important program în sensul numărului de locuințe de stat construite este Programul de Locuințe pentru Tineri, coordonat de Agenția Națională pentru Locuințe (ANL). În cadrul programului, se construiesc locuințe ce sunt mai apoi închiriate tinerilor şi tinerilor specialişti. De la debutul programului în 2001, s-au construit 31.244 de locuințe în aproximativ 195 de oraşe din țară. Programul se adresează tinerilor care nu îşi permit să cumpere un apartament sau să plătească o chirie pe piața privată. În cazul în

[415] Discrepanța dintre „apetitul pentru statutul de proprietar" şi „responsabilitățile generate de acest statut" a fost descrisă ca un fel de „divorț." Deținerea unei locuințe (apartament sau casă) a devenit, după această privatizare în masă, o „normă socială" obligatorie (Voicu şi Noica, 1999).
[416] În ceea ce priveşte acoperişurile deteriorate, mulți proprietari adoptă o atitudine de indiferență. Aceasta este considerată o problemă a celor ce locuiesc la ultimele etaje. Situația nu se va schimba, cel puțin până când nu se stabilesc norme clare privind co-proprietatea imobilelor.
[417] Presa a informat recent că „lucrările de îmbunătățire a instalațiilor interioare ale imobilelor" ar putea fi eligibile pentru co-finanțări din fonduri UE în perioada 2014-2020, împreună cu lucrările de termoizolare, eligibile deja.

care autoritatea locală identifică o cerere de locuințe din partea populației evacuate în urma retrocedărilor (caselor naționalizate), 20% dintre imobilele construite în cadrul Programului de Locuințe pentru Tineri pot fi folosite ca locuințe sociale. Acestea sunt, în general, locuințe de o calitate relativ bună, mult mai bună decât cea a fondului locativ mediu din România. Chiriile sunt, de obicei, mai mici decât chiria normală şi pot creşte progresiv la un maxim de 70% din prețul pieței în cazul locatarilor de peste 35 de ani. Astfel, din punctul de vedere al subvențiilor, Programul de Locuințe pentru Tineri seamănă cu programul de locuințe sociale, însă are o adresare foarte diferită. Potrivit Legii 152/2011, locuințele pentru tineri pot fi acum vândute[418] titularilor contractelor respective cu un venit mediu pe membru de familie ce nu depăşeşte media națională, la cererea acestora şi după o perioadă neîntreruptă de închiriere de minim un an, indiferent de vârsta solicitantului. Autoritățile locale par dornice să vândă aceste locuințe, în principal din cauza faptului că chiriile sunt prea mici pentru a acoperi costurile de întreținere. Cu toate acestea, la nivel național, s-au vândut până în prezent sub 3% (în jur de 900) dintre locuințe. Acest lucru se datorează faptului că unii chiriaşi au venituri ce depăşesc media națională (deci nu sunt eligibili pentru achiziționarea acelor locuințe), în timp ce alții nu îşi permit nici măcar prețul de vânzare subvenționat. De asemenea, având în vedere chiriile foarte mici percepute pentru astfel de locuințe şi absența unui plafon privind numărul total de ani pentru care pot fi închiriate, numeroşi chiriaşi prosperi preferă să nu se mute, chiar dacă locuințele respective ar putea fi repartizate unor chiriaşi mai tineri sau cu venituri mai mici.

Alte programe guvernamentale din sectorul locuințelor sunt de anvergură mică sau foarte mică. Programul guvernamental de susținere a creditelor ipotecare se adresează cetățenilor români ce pot recurge la un credit ipotecar pentru construirea unei locuințe, Agenția Națională pentru Locuințe răspunzând de preluarea, în mod gratuit, de la autoritățile locale a unor terenuri conectate la utilități.[419] Un program de locuințe pentru medicii rezidenți care nu îşi permit să închirieze sau să dețină o casă (nici măcar prin Programul de Locuințe pentru Tineri) a dus la construirea, până în prezent, a 534 de locuințe în Bucureşti, Cluj-Napoca, Iaşi, Sibiu, Fălticeni, Timişoara şi Rădăuți. Programul Renaşterea satului românesc (HG 151/2010) vizează construirea unor locuințe de serviciu pentru tinerii specialişti din comune.[420] De asemenea, 70 de municipalități urbane dețin un total de aproximativ 800 de locuințe de serviciu pentru tinerii specialişti. Un alt program are drept scop închirierea temporară a unor locuințe de necesitate (similar locuințelor sociale) persoanelor şi familiilor ale căror case au devenit inutilizabile.[421] Cu toate acestea, locuințele de necesitate sunt foarte rare în mediul rural,[422] iar în mediul urban doar 46 de municipalități locale dețin un fond total de aproximativ 1.000 de astfel de unități. Legea 15/2003 reglementează regimul atribuirii de teren[423] din domeniul unităților administrativ-teritoriale de către autoritățile locale tinerilor cu vârste între 18 şi 35 pentru construirea unei case. Cu toate acestea, sunt disponibile date referitoare la atribuirea acestor terenuri doar pentru mediul urban. Dintre toate municipalitățile urbane, 152 au atribuit peste 11.500 de parcele de teren tinerilor. În încercarea de a reduce marginalizarea socială prin îmbunătățirea situației locative, Legea 116/2002 oferă consiliilor județene posibilitatea de a strânge fonduri pentru a facilita accesul la locuințe al tinerilor sub 35 de ani care nu îşi permit să cumpere o locuință. Criteriile de eligibilitate pot fi stabilite de către consiliile județene, însă trebuie acordată prioritate tinerilor ce provin din centrele de plasament şi orfelinate, persoanelor până în 35 de ani cu copii, persoanelor până în 35 de ani fără copii şi celorlalte persoane sub 35 de ani. Nu există date în legătură cu sumele alocate actualmente acestui program de la bugetele județene. De asemenea, nu există nici evaluări ale acestor programe de locuințe.

Guvernul a introdus şi câteva inițiative de finanțare a locuințelor (de exemplu, programul Prima Casă şi subvențiile pentru produsele de economisire), precum şi diverse programe ce vizează locuințele şi infrastructura aferentă, precum ajutoare pentru încălzirea locuinței, stimulente fiscale, izolarea termică masivă a blocurilor (OUG 18/2009), programul Casa Verde şi reabilitare seismică (OG 20/1994). Aceste programe sunt analizate în documentul Considerente pentru elaborarea Strategiei naționale a locuirii, redactat recent de Banca Mondială pentru Ministerul Dezvoltării

[418] Prețul de vânzare al locuinței este stabilit de către autoritățile administrației publice locale (sau autoritățile centrale în cazul tinerilor specialişti din educație şi sănătate), conform OG 2401/2013.
[419] În perioada 2000-2014, au fost finalizate 3.200 de locuințe în 16 județe şi Bucureşti. Aproape jumătate dintre locuințe (1.589) au fost construite în București.
[420] Acesta este finanțat de la bugetul de stat şi se adresează angajaților din sectorul public din mediul rural, inclusiv profesorilor, doctorilor, asistenților medicali şi polițiştilor. Locuințele reprezintă case cu două sau trei camere, ce nu depăşesc 100, respectiv 120 de metri pătrați, construite pe terenuri de 500 de metri pătrați. Se pot construi maxim 10-15 case pe comună. Se acordă priorități solicitanților care au sub 35 de ani. Angajații din sectorul public pot închiria locuințele doar pe durata contractului de muncă în localitatea respectivă.
[421] Locuințele de necesitate sunt finanțate şi construite în aceleaşi condiții ca locuințele sociale. Locuințele de necesitate pot fi folosite ca locuințe sociale în cazul în care sunt disponibile, tot aşa cum locuințele sociale pot fi folosite ca locuințe de necesitate în caz de urgență.
[422] În 2005, ANL a coordonat un program special adresat persoanelor afectate de inundații. În cadrul acestui program, 1.617 de case au fost reconstruite şi 16.076 de gospodării au primit materiale de construcții pentru renovarea locuinței.
[423] Suprafața terenului variază în funcție de locație: între 150 şi 300 de metri pătrați în municipii şi sectoarele din București, între 250 şi 400 de metri pătrați în oraşe şi între 250 şi 1.000 de metri pătrați în comune şi sate.

Regionale şi Administrației Publice.[424]

În concluzie, toate programele existente ce urmăresc reabilitarea şi modernizarea locuințelor şi a utilităților trebuie regândite în sensul adoptării unei abordări mai favorabile populației sărace și vulnerabile. De asemenea, programele create cu scopul de a creşte eficiența energetică trebuie să se adreseze gospodăriilor cu venituri mici şi să protejeze consumatorii vulnerabili (ar trebui ca în cazul gospodăriilor cu venituri mici să compenseze pentru o parte din costul eficientizării energetice a propriilor locuințe, raportat la constrângerile financiare și nevoile energetice).

2.6.2. Dezvoltarea serviciilor din sectorul locuinţelor sociale

Rezoluția Parlamentului European din 11 iunie 2013 referitoare la locuințele sociale din Uniunea Europeană (2012/2293(INI)) „reaminteşte Comisiei, statelor membre şi autorităților locale şi regionale că subvenționarea sectorului locuințelor sociale şi accesibile permite o garantare a drepturilor fundamentale, un răspuns la nevoile sociale acute şi, fiind vorba de investiții sociale strategice, contribuie durabil la crearea de locuri de muncă locale, nedelocalizabile, la stabilizarea economiei prin reducerea riscului de bule imobiliare şi a supraîndatorării gospodăriilor, promovează mobilitatea forței de muncă, combate schimbările climatice, sărăcia energetică şi atenuează problemele de sănătate datorate supraaglomerării şi condițiilor precare de trai; insistă, prin urmare, asupra faptului că locuințele sociale nu ar trebui considerate costuri care trebuie reduse, ci investiții rentabile pe termen lung, prin îmbunătățirea stării de sănătate şi a bunăstării sociale, prin acces la piața muncii şi prin autonomizarea persoanelor, în special a persoanelor în vârstă, pentru a duce o viață independentă."

Nu există o definiție a locuințelor sociale general acceptată la nivel european. În România, locuința socială este definită în Legea locuinței 114/1996[425] ca fiind locuința care se atribuie cu chirie subvenționată unor persoane sau familii care nu au acces la o locuință în proprietate sau închirierea unei locuințe în condițiile pieței imobiliare libere. Această definiție a locuinței sociale nu include serviciile de locuire adresate categoriilor vulnerabile, precum adăposturile sau azilurile pentru persoanele fără adăpost. În temeiul aceleiaşi legi, în 1997, a fost demarat programul de construire a locuințelor sociale (administrat de MDRAP), finanțat de la bugetul de stat şi bugetele locale. În cadrul acestui program, autoritățile locale sunt responsabile de construirea de noi locuințe sau de renovarea celor existente în scopul folosirii lor ca locuințe sociale.

În România, sectorul locuințelor sociale este puternic subfinanțat în comparație cu alte state membre ale UE (vezi secțiunea 2.3.1 privind finanțarea serviciilor sociale). Fondul de locuințe sociale intră în sfera de control şi răspundere a consiliilor locale din unitățile teritorial-administrative. Potrivit Recensământului din 2011, la nivel național, statul deține doar 122.538 de locuințe (sau 1,4% din fondul total de locuințe), din care doar o mică proporție este folosită în scopul locuințelor sociale. Dintre acestea, 26.156 (21,3%) se află în mediul rural şi 96.382 în mediul urban. Procesul de construire de noi locuințe sociale a fost, de asemenea, unul foarte lent. În 2012 şi 2013, au fost finalizate doar aproximativ 200 de locuințe sociale pentru persoanele evacuate în urma retrocedărilor caselor naționalizate (HG 74/2007), în 26 de localități în 2012 şi în 23 de localități în 2013. În aceeaşi perioadă, numărul locuințelor sociale disponibile altor tipuri de beneficiari eligibili (potrivit Legii 114/1996) a oscilat tot în jurul a 200 pe an, mult sub cele 2.000 de locuințe pe an construite, în medie, în perioada 1998-2007.

Penuria de locuințe sociale disponibile a reprezentat o problemă generală după 1990.[426] Autoritățile publice locale dețin şi gestionează fondul de locuințe cu caracter social ce pot fi închiriate populației celei mai sărace, însă acest fond nu este unul de „locuințe sociale" deoarece nu se încadrează în cerințele impuse de lege. Cel mai adesea, fondul de unități de locuire socială include case naționalizate sau de proastă calitate, neglijate în ultimii ani şi situate în zone urbane neatractive, cu acces dificil şi utilități limitate, dar şi cu o valoare de piață scăzută.

În octombrie 2014, în cadrul prezentului studiu de fundamentare, Banca Mondială, în colaborare cu MDRAP, a realizat un sondaj asupra situației locuințelor sociale (SLS)[427] în toate localitățile urbane.[428] Cercetarea SLS a arătat că aproximativ 28.000-29.000 de locuințe deținute de stat sunt înregistrate oficial ca locuințe sociale, din care 19.000-20.000 se află în blocuri de apartamente şi 8.000-9.000 sunt situate în alte tipuri de imobile. Aceste locuințe nu sunt distribuite uniform la nivelul oraşelor – 131 nu dețin nicio

[424] Banca Mondială (2015a).
[425] În prezent, MDRAP colaborează cu MMFPSPV pentru modificarea acestei legi.
[426] Constantinescu și Dan (2005).
[427] Sondajul SLS a constituit de asemenea o parte din pregătirea Strategiei naționale în domeniul locuirii (Banca Mondială, 2015a).
[428] Din totalul de 319 de municipalități urbane şi cele şase sectoare din București, 19 municipalități urbane şi trei sectoare nu au răspuns sondajului.

locuință socială,[429] în timp ce altele au între una şi 2.500 de locuințe de acest gen (Anexă Tabel 8.1). Un lucru este clar, şi anume faptul că oferta de locuințe sociale este mult inferioară cererii. Numărul de solicitări primite de către municipalitățile urbane depăşeşte 67.000, în timp ce autoritățile locale estimează o nevoie de 55.000-60.000 de locuințe (Anexă Tabel 8.2). Autoritățile locale au un interes vădit să extindă fondul de locuințe sociale pentru a face față creşterii cererii la nivel local, însă resursele disponibile sunt minime, atât din punct de vedere financiar, cât şi din perspectiva terenurilor şi a imobilelor vacante.

Pentru a putea beneficia de o locuință socială, familiile trebuie să fi obținut în ultimele 12 luni un venit mediu net lunar pe persoană de sub 380 de euro (venitul mediu net lunar la nivel național).[430] Cum venitul mediu net lunar la nivel național reflectă, în general, percentila 90 a populației totale, majoritatea gospodăriilor din România sunt eligibile, în baza venitului, pentru o locuință socială. În plus, criteriile de eligibilitate includ alte categorii largi de populație, inclusiv persoanele evacuate din casele naționalizate retrocedate, cuplurile căsătorite cu vârste până în 35 de ani, tinerii ce părăsesc sistemul de protecție a copilului, persoanele cu dizabilități, veteranii şi văduvele de război, precum şi victimele regimului comunist şi ale revoluției, conform legislației privind drepturile acestora (118/1990 şi 341/2004). În aceste condiții, multe autorități locale acordă acces prioritar la locuințele sociale familiilor cu un număr mic de copii şi cu un venit care le permite să plătească utilitățile (Anexă Tabel 8.3). În consecință, familiile cele mai sărace şi cele cu mulți copii (în special rome) sunt adesea excluse din acest proces. Mai mult, SLS arată că deşi rata de ocupare a tuturor tipurilor de locuințe sociale este de 97%, doar 57% sunt închiriate familiilor cu venituri reduse, iar 40% altor persoane. Cu toate acestea, autoritățile publice locale repartizează locuințele sociale în baza unei liste de criterii, stabilite anual.[431] Studiul calitativ întreprins în scopul prezentului studiu de fundamentare a analizat mai multe hotărâri ale consiliilor locale şi a constatat că familiilor sărace cu copii li se acordă, de fapt, acces prioritar la locuințe cu chirie subvenționatăşi mai puțin la locuințe care întrunesc criteriile legale de locuințe sociale.

Proasta calitate a fondului de locuințe sociale sau cu caracter social (adică, cu chirie subvenționată) reprezintă o altă problemă majoră. Deşi Legea 114/1996 stipulează standarde tehnice minime pentru locuințele sociale nou construite, aceste standarde nu se aplică clădirilor mai vechi. Datele SLS confirmă faptul că majoritatea unităților de locuire socială constă în apartamente cu una sau două camere, cu o suprafață de 10-37 de metri pătrați, în care locuiesc familii numeroase (Anexă Figură 8.4.). Spațiile comune sunt, de obicei, vechi, deteriorate şi/sau murdare, iar serviciile precum electricitatea, canalizarea şi alimentarea cu apă fie lipsesc, fie au fost întrerupte din cauza restanțelor la plată. Supraaglomerarea masivă pune presiune serioasă asupra blocurilor de apartamente, care nu sunt proiectate din punct de vedere tehnic pentru un număr atât de mare de locatari. Cum infrastructura este în mare parte veche şi deteriorată, subsolul acestor blocuri este, de obicei, inundat de apă şi noroi. Prin urmare, pereții şi acoperişul se erodează şi sunt afectate de umezeală, ceea ce constituie un risc de sănătate pentru locatari. Unele dintre zonele cu locuințe sociale sau cu caracter social riscă să devină – sau au devenit deja – „insule" de sărăcie (mai ales mahalalele), cu condiții de locuit inadecvate şi şomaj generalizat. Autoritățile locale se comportă, de obicei, ca nişte simpli administratori financiari ai clădirilor, iar programele de locuire socială existente nu includ stimulente prin care să se încurajeze sau să se ceară chiriaşilor să participe activ la piața muncii sau la educație ori să acceseze alte servicii sociale.

Gestionarea financiară a locuințelor sociale sau cu caracter social este complicată pentru că aceste locuințe acumulează adesea restanțe mari, în special la plata utilităților publice. Această situație duce, de multe ori, la debranşarea întregului imobil, acolo unde nu există dispozitive de contorizare a consumului individual în fiecare locuință. Chiria percepută de autoritatea locală nu poate depăşi 10% din venitul locatarilor, diferența până la valoarea nominală a chiriei fiind subvenționată din bugetul local. Cum aceşti locatari sunt în general săraci, nivelul chiriei nu acoperă nici măcar costurile de întreținere, astfel încât unitățile de locuire socială reprezintă o povară considerabilă pentru finanțele locale. În cazul locuințelor sociale sau cu caracter social, sistemul contabil al autorității locale atribuie restanțele la plata chiriei locuinței și nu chiriaşului ceea ce înseamnă că orice datorie neplătită este reportată următorului chiriaş. Sistemul de stingere a datoriilor neplătite ce nu au putut fi recuperate este dificil din punct de vedere administrativ (deoarece presupune adoptarea unei reglementări de către consiliul local), prin urmare mulți dintre noii chiriaşi ai unităților de locuire socială primesc odată cu locuința și datoriile istorice ale acesteia, ei fiind considerați responsabili pentru plata restanțelor acumulate de noua lor locuință. Pentru mai multe detalii, vezi Caseta 42.

[429] Totuşi, 34 dintre aceste oraşe au locuințe de stat închiriate populației cu venituri mici ce nu sunt înregistrate oficial ca locuințe sociale.
[430] Dacă venitul mediu net lunar pe gospodărie depăşeşte cu 20% nivelul specificat timp de doi ani fiscali consecutivi, contractul se reziliază (art. 42 al Legii 114/1996).
[431] Fiecare autoritate locală îşi stabileşte propriile criterii pentru repartizarea locuințelor sociale aflate în administrarea sa (art. 43 al Legii 114/1996). Locuințele de serviciu şi cele de necesitate sunt atribuite potrivit aceloraşi criterii ca şi locuințele sociale. Criteriile vizează: componența gospodăriei, nivelul venitului, actuala situație locativă, raportul dintre suprafață şi numărul de persoane în actuala locuință, data la care a fost depusă cererea, situații sociale sau locative speciale şi nivelul de educație. Există şi criterii de eligibilitate stabilite la nivel național – de exemplu, familia trebuie să nu fi deținut vreodată o locuință.

CASETA 42

Sistemul ineficient al restanţelor la chiria percepută pentru locuinţele sociale sau cu caracter social

Pentru beneficiarii locuinţelor sociale din comunităţile dezavantajate, plata chiar şi a unei chirii lunare mici de 20-104 lei (aproximativ 4-23 de euro) poate constitui o povară enormă. Datoriile istorice se acumulează rapid, nivelul scăzut al veniturilor lunare ale locatarilor fiind insuficient pentru a le acoperi nevoile de bază zilnice, cu atât mai puţin pentru a plăti propriile restanţe şi cele ale chiriaşilor care au ocupat anterior locuinţa respectivă. Regulile stabilite de autorităţile locale, prin care vechile restanţe se reportează actualilor chiriaşi, provoacă o serie de greutăţi serioase locatarilor în unităţi de locuire socială, şi aşa dezavantajaţi.

Potrivit actualei legislaţii, autorităţile fiscale calculează dobândă şi penalităţi pentru neplata oricăror taxe datorate statului sau autorităţilor locale. Rata aplicabilă este stabilită prin ordonanţă sau hotărâre de guvern. Termenul generic al taxelor include aici alte venituri la buget, inclusiv chiria pentru locuinţe sociale sau cu caracter social.

Dobânda de întârziere

Dobânda se adaugă la orice taxă datorată statului sau autorităţii locale neachitată, din ziua următoare scadenţei până la data plăţii. Rata dobânzii de întârziere este actualmente stabilită prin ordonanţă de guvern, dar în trecut era reglementată prin hotărâre de guvern. În prezent, rata dobânzii pentru neachitarea unei taxe este de 0,04% pe zi. Dobânda se aplică cuantumului neachitat al taxei.

Majorări în caz de neachitare

Majorările de întârziere se aplică oricărei părţi a taxei datorate statului sau autorităţii locale care nu este achitată la data scadenţei. Din ziua următoare scadenţei, autorităţile fiscale centrale impun o majorare pentru neplata taxei, de 0,02% pe zi, care se aplică cuantumului neachitat al taxei.

Ca o excepţie de la regula generală ce se aplică în cazul taxelor aferente bugetului de stat, rata majorării pentru neachitarea la timp a taxelor locale este de 2% pe lună, adică 0,06% pe zi sau 0,07% pe zi, în funcţie de numărul de zile din lună. Majorările de întârziere sunt datorate pentru întreaga lună sau fracţiune de lună până la plata integrală şi se aplică cuantumului neachitat al taxei.

Stingerea obligaţiilor fiscale prin plăţi voluntare: ordine

Există unele reguli generale ce se aplică în cazul stingerii obligaţiilor fiscale prin plăţi voluntare. Când o persoană datorează mai multe tipuri de taxe sau alte obligaţii fiscale cu scadenţe diferite şi când suma plătită efectiv nu acoperă toate obligaţiile fiscale datorate, autorităţile fiscale distribuie suma achitată pentru a stinge obligaţiile existente, în ordinea stabilită de lege şi prezentată mai jos într-o formă simplificată:

- În primul rând, se sting toate creanţele fiscale (creanţa principală, dobânda şi majorările) incluse în graficul eşalonat al plăţilor fiscale aprobat de către autorităţile fiscale şi datorate la data plăţii. Se sting toate celelalte obligaţii fiscale a căror achitare nu este impusă ca o precondiţie pentru continuarea plăţilor eşalonate.
- În al doilea rând, toate creanţele fiscale principale se sting în ordine cronologică.
- În al treilea rând, dobânda şi penalităţile se sting tot în ordine cronologică.
- În al patrulea rând, viitoarele obligaţii fiscale sunt incluse în graficul de plăţi eşalonate.

Cu toate acestea, foarte puţini membri ai comunităţilor dezavantajate care au dreptul la o locuinţă socială beneficiază de un grafic eşalonat al plăţilor fiscale. Unul dintre motive este faptul că autorităţile fiscale solicită o garanţie pentru aprobarea unui grafic eşalonat al plăţilor, pe care beneficiarii locuinţelor sociale nu o pot prezenta, în general.

Astfel, în ceea ce priveşte plata chiriei, majoritatea membrilor comunităţilor dezavantajate se încadrează în a doua sau a treia fază, mai precis au acumulat restanţe la plata chiriei sau uneori le-au moştenit de la chiriaşii precedenţi, iar aceste datorii istorice au acumulat dobânzi şi majorări de întârziere.

Perpetuarea spiralei datoriilor

În unele situaţii, se perpetuează spirala datoriilor. Următorul exemplu ipotetic ilustrează mai clar acest mecanism. O familie dintr-o comunitate dezavantajată care ocupă o locuinţă socială închiriată de la primărie este formată din patru membri: doi adulţi şi doi copii. Venitul mediu net total al familiei (cu toate alocaţiile disponibile) ajunge la 600 de lei pe lună.

CASETA 42 (continuare)

Prestațiile sociale se încasează în data de 25 ale fiecărei luni. Chiria pentru locuința socială este de 60 de lei pe lună, iar scadența este data de 10 a fiecărei luni. În ciuda faptului că familia s-a mutat în locuința respectivă doar la începutul anului (1 ianuarie 2013), a moştenit de la chiriaşii precedenți datorii istorice reprezentând restanțe la plata chirie pentru întregul an 2012, în cuantum de 863 de lei, din care:

- 720 de lei reprezintă restanțe la plata chiriei din ultimele 12 luni
- 54 de lei reprezintă dobânda
- 89 de lei reprezintă majorările.

În primul rând, familia trebuie să plătească chiria în data de 10, dar primeşte prestațiile sociale abia în 25 ale fiecărei luni. Cum nu câştigă un venit suficient pentru a face economii, nu poate plăti chiria pentru luna curentă din veniturile câştigate în luna precedentă. Astfel, din data de 10 până pe 26 (ziua în care pot face plata, o zi după ce încasează prestațiile), mai precis timp de 16 zile, curg dobânda şi majorările atât pentru datoriile istorice, cât şi pentru chiria datorată în prezent.

Suma totală a datoriei acumulate în ziua plății (26 ianuarie 2013) este de 943 lei, din care:

- 780 lei reprezintă restanțe la plata chiriei din ultimele 12 luni plus chiria din luna curentă
- 62 de lei reprezintă dobânda acumulată
- 101 lei reprezintă majorările acumulate.

Veniturile familiei din luna curentă pot acoperi numai dobânda acumulată până în prezent, însă, potrivit normelor actuale, vor fi folosite pentru a acoperi chiria datorată în urmă cu 12 luni (10 ianuarie 2012). Nu se acoperă deloc chiria, dobânda şi majorările aferente lunii în curs. Restul chiriei istorice şi chiria pe luna în curs vor continua să genereze dobândă şi majorări, iar acest mecanism va perpetua spirala datoriilor, deşi familia va continua să plătească chiria datorată în fiecare lună.

Câteva soluții posibile ar fi:

(a) Crearea unor proceduri fiscale mai flexibile pentru familiile cele mai dezavantajate, inclusiv reducerea cerințelor referitoare la unitățile de locuire socială.

(b) Reglarea de urgență a datoriilor istorice aferente locuințelor sociale sau cu caracter social şi eliminarea reportării restanțelor la plata chiriei către noii chiriaşi..

Plata utilităților poate reprezenta o provocare majoră pentru locatarii săraci ai locuințelor sociale sau cu caracter social. Unele autorități locale au reuşit să creeze sisteme ce s-au dovedit a fi sustenabile şi care ajută totodată populația să îşi acopere costurile lunare la utilități. De exemplu, zona Cuprom din Baia Mare este dotată cu toate utilitățile, lucru foarte apreciat de locuitorii de acolo (463 de persoane din 135 de familii). Prin acest sistem, locatarii beneficiază de utilități gratuit în primele trei luni. În următoarele trei luni, sunt obligați să plătească sume mici (20 de lei, respectiv 30 de lei, în funcție de numărul de camere închiriate). Apoi, facturile lor cresc treptat, o dată la trei luni, până la limita de 100 de lei pe lună pentru un apartament cu o cameră şi 120 de lei pe lună pentru un apartament cu două camere, din care 50 de lei reprezintă chiria şi 70 de lei costurile curente. Datoriile neplătite sunt mici şi nu a fost evacuat nimeni. Pentru a asigura încălzirea pe timp de iarnă, primăria oferă locatarilor radiatoare portabile ce sunt preluate la începutul primăverii. Baia Mare este, de asemenea, un oraş dat ca exemplu de bună practică datorită existenței în zonă a unui complex foarte mare ce include servicii sociale, o şcoală generală şi un liceu, facilitând astfel accesul la educație pentru toți copiii din zonă.

Evacuarea chiriaşilor este ultima măsură luată în cazul restanțelor neachitate. Potrivit legii, durata închirierii este de cinci ani, cu posibilitate de prelungire. Cu toate acestea, au fost sesizate cazuri în care autoritățile locale decid să închirieze unitățile de locuire socială pentru perioade mult mai scurte (chiar şi trei luni) pentru a le fi mai uşor să evacueze chiriaşii care nu îşi plătesc chiria sau facturile la utilități. Pentru a împiedica acumularea de datorii de către chiriaşii locuințelor sociale sau cu caracter social, unele municipalități îi evacuează în ideea de a-i „responsabiliza." Astfel, în timp ce departamentul primăriei ce se ocupă de locuințe nu face altceva decât să aplice legea atunci când evacuează persoanele cu restanțe, serviciul public de asistență socială fie nu este informat, fie nu intervine. Nu este clar ce se întâmplă cu cei evacuați, aceste persoane vulnerabile, inclusiv copiii lor, trăind o experiență de viață traumatizantă, fără niciun fel de protecție.

În cazul lor, drepturile omului şi ale copilului nu sunt deloc respectate de către instituțiile statului. Pentru a elimina problema evacuărilor datorate restanțelor la plata chiriei sau a utilităților, prezentul studiu propune introducerea programului privind venitul minim de inserție socială (VMIS), incluzând un beneficiu pro-locuire adresat persoanelor celor mai vulnerabile (în special familiilor cu copii) ce ocupă locuințe sociale.

CASETA 43

Problemele principale identificate de autoritățile publice locale în gestionarea locuințelor sociale

Autoritățile publice locale care au luat parte la întâlnirea organizată de Banca Mondială în cadrul proiectului Cadrul de Reglementare a Studiilor de Impact în România, în București pe 12 Februarie 2015 au identificat următoarele probleme în managementul și dezvoltarea stocului de locuințe sociale:

- Decentralizarea responsabilităților, dar nu și a finanțării în sectorul locuirii sociale;
- Veniturile scăzute ale chiriașilor care conduc la (a) întârzieri la plata datoriilor și (b) evacuări, ambele creând probleme autorităților locale;
- Faptul că locuirea socială nu este acompaniată de alte măsuri de asistență socială;
- Stocul de locuințe disponibile insuficient raportat la cerere;
- Calitatea scăzută a stocului existent de locuințe sociale sau cu caracter social. În plus, locuințele sociale care respectă standardele impuse de lege presupun costuri ridicate pe care beneficiarii nu le pot acoperi;
- Problema beneficiarilor cu acte de identitate eliberate pe raza unei alte localități decât cea unde se află locuințele sociale;
- Lipsa loturilor de teren disponibile pentru construcția de noi locuințe sociale;
- Nevoia clarificării definiției și a criteriilor de eligibilitate privind locuințele sociale. Atenție deosebită ar trebui să primească criteriul referitor la proprietatea anterioară;
- În definiția familiei ar trebui inclusă și uniunea consensuală.

În ceea ce priveşte populația de etnie romă, guvernul implementează un program de locuințe sociale (HG 1237/2008) ce are drept scop construirea a 301 locuințe,[432] în concordanță cu strategia guvernului de îmbunătățire a situației romilor.[433] Guvernul alocă 10 milioane de lei pentru acest proiect, însă nu a fost încă finalizat niciun imobil. Aşa cum arată şi recentul raport al Băncii Mondiale Considerente pentru elaborarea Strategiei naționale a locuirii,[434] este posibil ca acest lucru să se datoreze lipsei unor prevederi legislative clare şi faptului că nicio autoritate locală nu va co-finanța din proprie inițiativă locuințe sociale speciale pentru romi când cererea pentru astfel de locuințe din partea populației generale este atât de ridicată. Într-adevăr, construirea unor locuințe sociale exclusiv pentru romi s-ar putea să nu fie o idee bună, având în vedere evidențele potrivit cărora aceste imobile sunt prost întreținute din cauza stigmatului şi a riscului excluziunii sociale a locatarilor romi.

Diverse studii calitative au scos în evidență reticența generală față de extinderea locuințelor sociale pe motiv că locatarii acestora ar putea fi considerați elemente nedezirabile ale societății, în special romii, care suferă din cauza prejudecăților pe mai multe planuri.[435] Prin urmare, se remarcă o serie de factori politici şi financiari care nu stimulează guvernul şi autoritățile locale să construiască noi locuințe sociale.

Guvernul ar trebui să evalueze nevoia de locuințe sociale în cazul categoriilor vulnerabile (inclusiv al persoanelor fără adăpost, al tinerilor ce au părăsit instituțiile, al foştilor deținuți, al victimelor violenței în familie, al persoanelor evacuate din casele retrocedate şi al persoanelor dependente de droguri). Ulterior, ar trebui să stabilească un cadru strategic

[432] Locuința trebuie să îndeplinească standardele minime prevăzute în Legea locuinței. Numărul de locuințe/ camere în fiecare locație trebuie stabilit în funcție de numărul solicitanților şi de structura şi mărimea familiilor acestora.
[433] Programul vizează 11 localități din următoarele județe: Arad (49 de locuințe), Bihor (28 de locuințe), Bistrița-Năsăud (21 de locuințe), Braşov (21 de locuințe), Constanța (49 de locuințe), Iaşi (49 de locuințe), Mehedinți (28 de locuințe), Olt (28 de locuințe) şi Sibiu (28 de locuințe).
[434] Banca Mondială (2015).
[435] Banca Mondială (Anan et al, 2014).

național clar pentru politica sa de locuire, prin coordonare intersectorială şi cooperarea autorităților centrale şi locale. Ar trebui lărgită paleta de instrumente din domeniul locuirii sociale, iar guvernul ar trebui să aibă în vedere posibilitatea acordării unor alocații pentru locuire persoanelor aflate în cea mai mare dificultate. În acest scop, ar trebui extinsă finanțarea serviciilor din sectorul locuirii sociale.

2.6.3. Asigurarea unor ajutoare de urgenţă eficiente pentru persoanele fără adăpost şi dezvoltarea capacităţii de reintegrare socială şi prevenţie timpurie

Nu s-a întreprins nicio evaluare recentă a dimensiunii fenomenului persoanelor fără adăpost în România, chiar dacă sunt disponibile unele date furnizate de Recensământul din 2011 şi alte studii.[436] Profilul persoanelor fără adăpost ce reiese din datele Recensământului concordă, în general, cu constatările studiilor anterioare.[437] Marea majoritate a persoanelor fără adăpost trăiesc în mediul urban (95%), 88% dintre ele fiind concentrate în reşedințele de județ şi în capitală (o treime trăiesc în Bucureşti). Peste trei sferturi dintre cei fără adăpost sunt bărbați şi adulți în vârstă de muncă (trei sferturi au vârste cuprinse între 25 şi 64 de ani). În mod alarmant, copiii reprezintă peste una din zece persoane fără adăpost.

Câteva categorii ale populației prezintă un risc major de lipsă a adăpostului sau condiții de locuire precare în absența unor măsuri de intervenție timpurie cu privire la locuire:

- Tinerii ce părăsesc instituțiile de tip rezidențial – pentru aceşti tineri, sunt disponibile tot mai multe apartamente şi case sociale, însă capacitatea la nivel local este încă insuficientă.
- Persoanele ce riscă să fie evacuate din cauza restanțelor la plata chiriei şi a utilităților
- Persoanele ce ies din spitale, din unitățile de psihiatrie şi cele adresate persoanelor cu dizabilități
- Persoanele eliberate din penitenciare
- Victimele violenței în familie
- Persoanele vârstnice victime ale escrocheriilor imobiliare
- Persoanele dependente de droguri
- Locatarii caselor naționalizate retrocedate foştilor proprietari – au fost adoptate prevederi legislative speciale[438] care facilitează atribuirea unei locuințe sociale acestei categorii de persoane, însă primăriile nu dispun de fondul locativ necesar
- Victimele traficului de persoane
- Persoanele ce ocupă ilegal spații şi cele din locuințele improvizate.

Capacitatea adăposturilor pentru persoanele fără locuință pare a fi în creştere. Dintre toate municipalitățile urbane ce au participat la studiul privind Situația locuințelor sociale,[439] 63 au raportat că dețin unu până la zece adăposturi. În total, la 1 septembrie 2014, funcționau 104 adăposturi pentru persoanele fără locuință în mediul urban, cu un total de 2.525 de locuri disponibile. Cu toate acestea, cercetarea calitativă realizată în scopul prezentului studiu de fundamentare a arătat că acestea nu acoperă încă în totalitate nevoile existente. În unele zone, există şi adăposturi specializate, de exemplu, pentru victimele violenței în familie. Cu toate că adăposturile ar trebui considerate o soluție temporară, multe dintre ele oferă cazare pe termen lung actualilor lor beneficiari, în special din cauza lipsei locuințelor sociale sau a altor alternative locative. Prin urmare, persoanele rămase recent fără locuință trebuie să apeleze la alte tipuri de cazare ieftină, precum case şi cămine administrate privat, improvizate sau insalubre, sau să împartă o chirie în zonele cu o valoare extrem de scăzută şi în comunitățile marginalizate.

[436] Doar 1.542 de persoane au fost înregistrate ca fiind fără adăpost în cadrul Recensământului, în timp ce şi cele mai optimiste estimări anterioare erau de cel puțin trei ori mai mari (Ministerul Dezvoltării Regionale, 2008 în baza cifrelor raportate de către autoritățile locale). Unele estimări au sugerat un număr de persoane fără adăpost chiar de zece ori mai ridicat la nivel național decât cel înregistrat în cadrul Recensământului.
[437] De exemplu, Samusocial (2010), Paraschiv (2013).
[438] Hotărârea de Guvern 74/2007.
[439] Banca Mondială şi Ministerul Dezvoltării Regionale şi Administrației Publice, octombrie 2014.

În anii următori, capacitatea intervențiilor de urgență adresate oamenilor străzii va trebui dezvoltată astfel: (i) serviciile stradale adresate persoanelor fără adăpost trebuie îmbunătățite pentru a răspunde nevoilor de bază ale acestora legate de hrană, apă şi asistență medicală; (ii) aşa cum pare să indice şi imaginea parțială a distribuirii teritoriale a fenomenului persoanelor fără adăpost, sunt necesare mai multe adăposturi în reşedințele de județ şi în alte localități urbane mari; (iii) este nevoie de programe pilot care să ofere pachete integrate de servicii sociale persoanelor fără adăpost, inclusiv locuințe; (iv) problematica acestei „populații invizibile" ar trebui adusă în atenția publicului larg pentru a obține sprijin în favoarea acestor intervenții şi totodată pentru a pleda în favoarea renunțării la practicile nocive (cum este cerşitul).

Cu toate acestea, simpla îmbunătățire a cadrului instituțional nu va reduce problema cronică a persoanelor fără adăpost şi sărăcia extremă. Pentru a orienta treptat politicile spre prevenție, locuințele sociale ar trebui acordate în cadrul unui pachet integrat de servicii sociale adresate persoanelor ce părăsesc penitenciarele, instituțiile de protecție a copilului, azilurile şi spitalele, victimelor violenței în familie şi persoanelor dependente de droguri. Ar trebui creată o strategie mai eficientă pentru monitorizarea şi controlul fenomenului ocupării ilegale a spațiilor şi al condițiilor de locuit inadecvate, însoțită de programe speciale care să ajute ocupanții să acceseze infrastructura fizică şi socială. Ar trebui pus capăt evacuărilor ilegale şi celor realizate în absența unor alternative locative.

Ca o problemă stringentă, fenomenul copiilor fără adăpost trebuie redus dramatic până la eradicarea sa. În acest scop, serviciile de protecție a copilului trebuie să devină mai proactive în demersurile lor stradale, cu sprijinul furnizorilor locali de servicii şi al SPAS în calitate de entități de referire. Ar trebui acordat sprijin care să permită copiilor să meargă la şcoală fără a li se cere o documentație complexă, asigurându-le totodată transport gratuit şi alte materiale necesare.

Trebuie măsurată dimensiunea populației fără adăpost la nivel național şi în toate marile oraşe, în baza unor date mai fiabile. Pentru a crea un sistem de înregistrare timpurie şi de monitorizare a persoanelor fără adăpost, trebuie să existe colaborare între toate instituțiile publice relevante, ONG-uri şi institutele de statistică şi cercetare.

CASETA 44

Programul de intervenţii prioritare – acordarea de servicii integrate într-o comunitate urbană marginalizată cu populaţie romă

Un proiect de dezvoltare comunitară implementat în cartierul de romi extrem de sărac Bora de la marginea Sloboziei, județul Ialomița, este recunoscut în plan internațional ca exemplu de bună practică în ceea ce priveşte îmbunătățirea condițiilor de trai ale comunităților marginalizate. Proiectul reprezintă unul din cele 133 de proiecte incluse în amplul Program de intervenții prioritare (PIP), desfăşurat la nivelul țării de către Fondul Român de Dezvoltare Socială (FRDS), în cadrul unui Proiect de incluziune socială (PIS) mai larg. Caracteristica cheie a programului de intervenții prioritare este accentul pe comunitățile rome. Proiectele sale vizează diferite aspecte ale excluziunii sociale a romilor, precum accesul redus la educație, sănătate, protecție socială şi diferite tipuri de infrastructură (precum lipsa drumurilor în comunitățile lor).

Cei 214 beneficiari ai proiectului Bora – din care 129 sunt copii – se numără printre cei mai săraci din cei aproximativ 1.700 de romi ce trăiesc în cartierul respectiv. Bora este caracterizat de lipsuri multiple, inclusiv sărăcie generalizată, şomaj ridicat, abandon şcolar (70%) sau lipsa accesului la şcoală (copii neînregistrați) şi acces limitat la utilități.

Proiectul are două componente cheie: (i) infrastructura – construirea unui centru social multifuncțional pe terenul pus la dispoziție de primărie şi (ii) servicii sociale comunitare – inclusiv activități educative, şcolare şi de after-school, activități de timp liber şi culturale tradiționale, consiliere socială şi juridică pentru adulți şi informare şi educație pentru sănătate. Proiectul implică un amplu proces participativ, 30 de reprezentanți ai comunității făcând parte dintr-un grup de inițiativă ce se ocupă de identificarea problemelor, găsirea soluțiilor şi facilitarea dialogului. Implementarea proiectului este monitorizată de un compartiment special de monitorizare, facilitatori comunitari şi supervizori ai proiectului din partea FRDS şi de reprezentanții primăriei.

Proiectul a obținut rezultate pozitive. De exemplu, 50 de copii romi beneficiază de activități şcolare şi de after-school, inclusiv de masă gratuită, iar 214 părinți romi sunt implicați în activități de networking şi consiliere menite să susțină participarea copiilor la educație. Drept urmare, absenteismul şi abandonul şcolar au scăzut cu 20%.

CASETA 44 (continuare)

Un punct forte cheie al proiectului îl constituie implicarea comunității de la bun început, din faza de elaborare. Unele dintre abordările sale participative cele mai eficiente ar putea fi preluate de proiectele implementate în alte comunități dezavantajate, precum cele adresate beneficiarilor locuințelor sociale, inclusiv utilizarea facilitatorilor pe parcursul ciclului proiectului, schimburi de cunoştințe cu alte comunități similare, dezvoltarea relațiilor de cooperare între diferite comunități, asistarea beneficiarilor în vederea accesării altor tipuri de sprijin şi monitorizarea şi evaluarea constante la fața locului, cu implicarea comunității.

Sursa: Studiu calitativ realizat de Banca Mondială în iulie-august 2014, în vederea pregătirii volumului de față.

Dacă nu se combate fenomenul persoanelor fără adăpost pe viitor, costurile pentru societate vor creşte. Trebuie luate câteva măsuri cruciale în viitorul apropiat: (i) eradicarea fenomenului copiilor fără adăpost printr-o abordare mai proactivă a serviciilor de protecție a copilului în acțiunile lor stradale şi prin încurajarea furnizorilor locali de servicii şi a asistenților sociali ai SPAS să îndrume mai sistematic persoanele cu risc spre serviciile speciale de care au nevoie; (ii) evaluarea dimensiunii populației fără adăpost în toate marile oraşe; (iii) creşterea capacității adăposturilor; (iv) dezvoltarea capacității de implementare a intervențiilor stradale de urgență, asigurând acoperirea nevoilor de bază ale persoanelor nevoiaşe legate de hrană, apă şi asistență medicală; (v) adoptarea unor programe de regenerare care să abordeze problema aşezărilor ilegale; (vi) încetarea tuturor evacuărilor ilegale; (vii) adoptarea unor politici preventive care să ofere protecție persoanelor ce riscă să ajungă în stradă, inclusiv persoanelor ce părăsesc penitenciarele, instituțiile de protecție a copilului, centrele de tip rezidențial şi spitalele, victimelor violenței în familie, persoanelor dependente de droguri şi persoanelor vulnerabile, singure şi vârstnice.

2.7. Participare socială

Pentru a se bucura de drepturi depline într-un sistem democratic, membrii societății trebuie să fie informați şi să devină cetățeni activi, să beneficieze de şansa de a se alătura celorlalți şi de a conlucra pentru atingerea obiectivelor comune. Participarea socială în sine este nu numai un lucru benefic, ci are şi efecte multiplicatoare: creşte bunăstarea grupurilor vulnerabile şi guvernanța locală şi, în general, asigură o mai mare coeziune la nivelul societății. Guvernul ar trebui să încurajeze atât acțiunile de voluntariat, prin care populația României poate oferi sprijin grupurilor vulnerabile, cât şi alte tipuri de participare socială care fac auzită, în mod direct şi prompt, vocea celor defavorizați şi marginalizați.

Obiective principale

2.7. Participare socială 278

2.7.1. Îmbunătățirea climatului social şi creşterea încrederii în instituții 278

2.7.2. Creşterea toleranței şi reducerea discriminării 280

2.7.3. Creşterea participării la activități de voluntariat realizate cu şi pentru grupurile vulnerabile 282

2.7.4. Împuternicirea comunităților sărace şi marginalizate prin participare socială activă 282

2.7.5. Creşterea accesului la informații şi cunoştințe prin inovare socială 286

2.7. Participare socială

Participarea socială cuprinde aspecte extrem de variate, de la voluntariat până la vot şi acțiuni politice. Volumul de față se concentrează asupra a două forme cheie de participare socială ce afectează direct persoanele excluse din punct de vedere social: (i) acțiunile de voluntariat, prin care populația neafectată de vulnerabilitate poate ajuta grupurilor vulnerabile (participare socială pentru cei defavorizați), şi (ii) alte tipuri de participare socială care fac auzită, în mod direct şi prompt, vocea celor defavorizați şi marginalizați.

Rata participării în cadrul diferitelor tipuri de organizații de voluntariat[440] este mult mai scăzută în România decât în majoritatea altor țări din Europa, în timp ce implicarea în acțiuni de voluntariat care vizează grupurile vulnerabile este aproape inexistentă. În medie, 26% dintre europeni iau parte la acțiuni voluntare şi caritabile (în afara activității lor remunerate), fie periodic, fie ocazional,[441] însă doar 15% dintre români se implică în activități de voluntariat (doar patru alte state au un număr mai mic de voluntari – Grecia, Bulgaria, Portugalia şi Polonia). Numai 3% dintre români au declarat în sondaje că fac muncă voluntară în cadrul unei organizații ecologiste, caritabile sau de apărare a drepturilor omului (procent ce include persoanele ce desfăşoară astfel de activități doar ocazional). Proporția persoanelor implicate doar în acțiuni caritabile este de doar 1%.

Participarea socială a grupurilor vulnerabile este, adesea, un scop declarat al proiectelor de dezvoltare concepute pentru împuternicirea acestor grupuri, de exemplu prin sporirea accesului lor la informații. În acest sens, participarea este definită ca „procesul prin care responsabilii de politici influențează şi împart controlul la nivelul inițiativelor de dezvoltare şi al deciziilor şi resurselor ce le afectează."[442] În acest cadru conceptual, analiştii prezintă frecvent împuternicirea[443] grupurilor marginalizate ca un mijloc de a reduce, în mod durabil, sărăcia în comunitățile defavorizate.[444] Mai mult, împuternicirea nu reprezintă doar o modalitate de reducere a sărăciei monetare, ci şi un scop în sine, lipsa de control asupra propriei vieți fiind unul dintre aspectele specifice sărăciei.[445] Din aceeaşi perspectivă teoretică, împuternicirea persoanelor sărace poate permite îmbunătățirea diferitelor aspecte ale vieții lor, cum ar fi sporirea accesului la servicii de bază, perfectarea mecanismelor de conducere la nivel local şi național, promovarea unei ample reforme economice şi dezvoltarea unei piețe favorabile persoanelor sărace, dar şi sporirea accesului la justiție.[446]

În concluzie, participarea socială pentru şi a grupurilor vulnerabile poate fi încurajată prin crearea unui mediu social benefic, creşterea încrederii în instituții şi a toleranței, precum şi prin reducerea discriminării. Este în egală măsură important să se creeze mecanisme instituționale care să permită grupurilor sărace sau marginalizate să participe mai mult în cadrul comunităților lor şi care să încurajeze inovațiile sociale menite să susțină participarea.

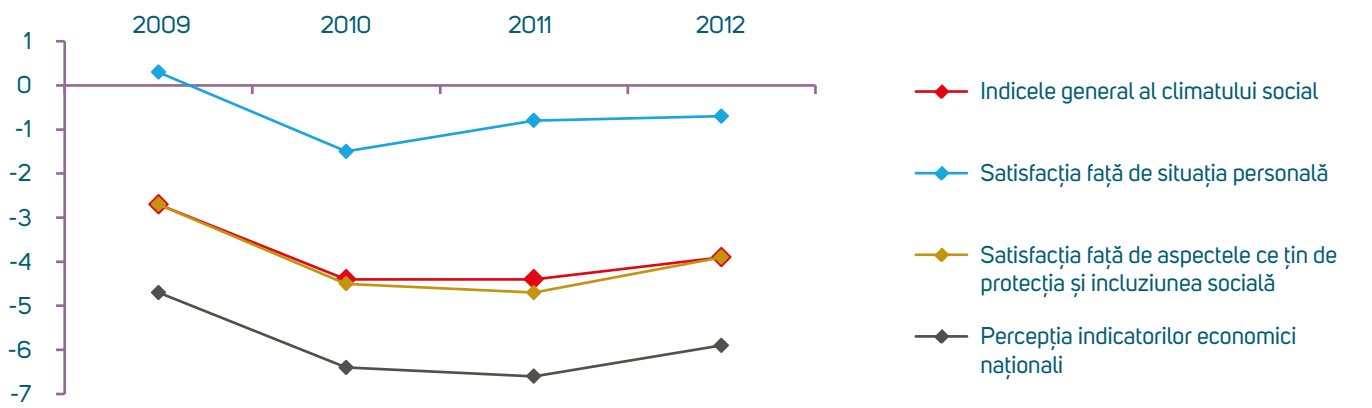
2.7.1. Îmbunătăţirea climatului social şi creşterea încrederii în instituţii

Climatul social creează contextul în care acționează populația. Acesta poate fi coerent şi favorabil participării sociale sau poate fi fragmentat, conducând astfel la izolare, marginalizare şi chiar la conflicte sociale. Populația poate fi mulțumită sau nu de modul în care decurg lucrurile, de propria viață, de instituții sau alți actori din sectorul public. Nemulțumirea atrage, adeseori, inhibarea abilităților de dezvoltare personală şi a implicării comunitare a indivizilor, dar şi autoizolarea şi refuzul de a lua parte la viața socială.

Climatul social al României este mult mai divizat decât în celelalte state membre ale UE, deteriorându-se în perioada imediat următoare crizei, în contextul recesiunii economice,

[440] Există o largă paletă de organizații de voluntariat, ce include organizații religioase, organizații profesionale, sindicate, asociații culturale, cluburi sportive şi partide politice.
[441] În plus, doar 2% dintre români sunt implicați în aceste activități în mod regulat, nu doar ocazional (România se situează la finele clasamentului, împreună cu Bulgaria şi Polonia).
[442] Banca Mondială (1996: XI).
[443] Împuternicirea înseamnă „capacitatea persoanelor sărace şi a altor categorii excluse de a participa, negocia, schimba şi trage la răspundere instituțiile ce le afectează bunăstarea" (Klugman, ed., 2002: 2).
[444] Narayan (2000), Pozzoni (2005) şi Eberlei (2007).
[445] Klugman (2002:2) şi Pozzoni (2005: 14).
[446] Banca Mondială (2002: vii).

FIGURA 45: Climatul social din România, 2009-2012



Sursa: CE, Eurobarometre 2005-2012.
Notă: Graficul prezintă valorile medii a 15 scoruri, de la -10 („complet nemulțumit"/ „foarte prost") la +10 („foarte mulțumit"/ „foarte bun"). Satisfacția față de situația personală este dată de valoarea medie a patru scoruri care evaluează satisfacția respondentului față de: (i) viață în general: (ii) mediul de rezidență; (iii) situația profesională personală; (iv) situația financiară a familiei. Percepția economiei naționale este reflectată de media a şase scoruri legate de următoarele aspecte: (i) costul vieții; (ii) accesibilitatea costurilor energiei; (iii) accesibilitatea locuinței; (iv) eficiența administrației publice; (v) starea generală a economiei; (vi) situația țării la nivelul ocupării. Satisfacția față de aspectele ce țin de protecția şi incluziunea socială este dată de scorul mediu din cinci domenii: (i) furnizarea serviciilor medicale; (ii) asigurarea pensiilor; (iii) ajutorul de şomaj; (iv) relațiile dintre persoanele ce provin din medii culturale sau religioase diferite ori de naționalitate diferită; (v) modul în care guvernul răspunde la problemele inegalității sociale şi sărăciei. Indicele general al mediului social este media tuturor celor 15 scoruri.

măsurilor de austeritate şi crizei politice. Rezultatele celor cinci sondaje Eurobarometru[447] menite să monitorizeze impactul crizei (2009 şi 2010) şi ale eurobarometrelor speciale privind climatul social (2011 şi 2012) au scos în evidență o realitate îngrijorătoare. La nivelul statelor membre ale UE, România şi Grecia s-au clasat pe ultimele locuri din perspectiva celor trei dimensiuni măsurate: (i) satisfacția respondenților față de situația personală; (ii) satisfacția acestora față de aspectele ce țin de protecția şi incluziunea socială; (iii) percepția indicatorilor economici naționali.[448] Generalmente, românii percep starea economiei naționale într-un mod destul de pesimist, majoritatea respondenților situând-se aproape de baza scării satisfacției (complet nemulțumiți). Indicatorul a înregistrat valori mai mici imediat după 2009 şi o tendință uşor ascendentă după 2011. Mai mult, în opinia populației – începând cu perioada de criză – sărăcia s-a răspândit, resursele financiare ale cetățenilor au scăzut considerabil şi a devenit tot mai dificilă plata cheltuielilor de întreținere, a utilităților şi a costurilor medicale. Situația este agravată de faptul că administrația publică şi serviciile de sănătate sunt percepute ca funcționând într-o manieră nesatisfăcătoare, iar protecția împotriva sărăciei şi inegalității este considerată deficitară. Într-adevăr, un sondaj recent realizat la nivelul populației mai tinere a arătat, cât se poate de clar, faptul că sărăcia, corupția şi şomajul reprezintă probleme grave ce trebuie eliminate în România.[449]

[447] În România, sondajele Eurobarometru au fost realizate de către TNS Opinion & Social, la cererea Direcției Generale Ocuparea Forței de Muncă, Afaceri Sociale şi Incluziune.
[448] Singurele țări cu valori similare au fost Ungaria, Bulgaria şi Portugalia, însă acestea s-au descurcat mai bine, cel puțin în unele privințe.
[449] Sandu et al (2014).

Climatul social se poate schimba prin îmbunătățirea durabilă a economiei, cu impact direct asupra bunăstării populației, prin scăderea nivelului perceput al corupției şi a ineficienței administrației publice, precum şi prin acordarea de servicii şi prestații sociale cheie. În absența acestor elemente, orice alt efort de a creşte în mod direct participarea sunt sortite a avea doar un impact limitat.

Încrederea instituțională este o altă condiție indispensabilă pentru succesul participării sociale. Principalul motiv pentru care populația trebuie să aibă o oarecare încredere (unii autori o numesc încredere precaută) în instituțiile statului este acela că participarea socială presupune, în mare parte, interacțiunea cu instituțiile centrale, regionale sau locale. Dacă nu au încredere în instituții, cetățenii nu doresc să interacționeze cu acestea, rezultând astfel o societate civilă care este separată de stat şi se află într-o relație mai degrabă conflictuală decât de cooperare.

Încrederea în instituții este redusă şi a scăzut începând cu 2009.[450] Diferitele sondaje relevă un nivel tot mai mic al încrederii în instituții după 2009. În 2012, aceasta a ajuns (potrivit Sondajului mondial privind valorile) la un nivel la care doar în jur de 30% din populație avea încredere în guvern şi numai 20% avea încredere în Parlament (ambele înregistrând variații anuale semnificative) şi în Preşedinție (în ultimii cinci ani remarcându-se o scădere semnificativă față de nivelurile înregistrate în anii 2000). Faptul că cel mult o treime dintre respondenți au încredere în instituții sugerează că cetățenii nu au niciun motiv să creadă că sistemul politic va răspunde cerințelor sau nevoii lor de participare socială. În cazul în care aceasta este realitatea, populația nu va fi prea dornică să recurgă la participare socială pentru a-şi atinge obiectivele şi s-ar putea să aleagă alte strategii care, în opinia sa, se pot dovedi mai eficiente în condițiile date, precum corupția sau litigiile duse la extrem.[451]

Pentru a creşte nivelul de încredere instituțională, instituțiile publice cu responsabilități în anumite domenii sociale (precum ocuparea forței de muncă, învățământ superior şi protecția copilului) sunt (sau ar trebui să fie) deschise tuturor. Dacă publicul percepe negativ modul în care îşi îndeplinesc responsabilitățile aceste instituții, atunci nu îşi va dori să interacționeze cu ele. Soluția la această problemă vizează două aspecte. În primul rând, instituțiile statului ar trebui să îmbunătățească modul în care răspund persoanelor cu care interacționează şi care le fac solicitări, adică clienților lor. În al doilea rând, trebuie diseminate la scară largă exemplele pozitive de interacțiune între cetățeni şi instituții (din România şi din lume) pentru a promova modul în care au fost soluționate probleme similare şi pentru a încuraja astfel participarea socială pe termen lung.

2.7.2. Creşterea toleranţei şi reducerea discriminării

Toleranța constituie una dintre precondițiile principale ale participării sociale. Deşi participarea socială poate avea loc şi în contexte caracterizate de intoleranță, acest tip de participare socială nu încearcă să creeze legături între grupuri. Nici nu caută să înțeleagă şi să îl accepte pe „celălalt", indiferent de cum este definit acesta. Într-un context intolerant, participarea socială are loc în cadrul propriului grup, în spatele uşilor închise şi elimină orice posibilitate de implicare mai consistentă, ceea ce conduce, în final, la fragmentarea societății sau a comunității. Participarea în contexte caracterizate de un grad ridicat de toleranță, însă, deschide calea posibilității unei mai mari implicări. „Celălalt" este acceptat ca un interlocutor în adevăratul sens al cuvântului, ca un partener acceptabil (sau chiar apreciat ori de încredere). Mai mult, acest tip de participare reuneşte şi pune în legătură persoane din diferite grupuri, creşte toleranța dintre grupuri şi şansele unei cooperări viitoare între acestea.

Toleranța față de grupurile vulnerabile a crescut substanțial în România ultimilor ani, însă discriminarea continuă să plaseze aceste grupuri într-o situație de risc în ceea ce priveşte excluziunea socială.[452] Din Tabel 38 reiese că încă se mai adoptă comportamente discriminatorii în interacțiunile de zi de zi, având în vedere numărul mare al persoanelor cu o atitudine negativă față de cei vulnerabili, atitudine fondată pe simpla apartenență a acestora din urmă la un anumit grup. Potrivit Sondajului european privind valorile realizat în 2008, populația adultă a României prezintă cea mai mică toleranță față

[450] În România, nivelul încrederii instituționale depinde foarte mult de etapa ciclului electoral în care se măsoară (vezi de exemplu Tufiş, 2012).
[451] Pentru mai multe detalii, vezi Sztompka (1999).
[452] Deşi nu există o metodologie general acceptată de măsurare a toleranței, majoritatea experților din domeniu folosesc una din cele trei metode disponibile (pentru mai multe detalii, vezi Gibson, 2013). Rezultatele prezentate aici au la bază una din aceste trei metode de măsurare. Cu cât este mai mare numărul persoanelor ce fac parte dintr-un grup, cu atât mai ridicat tinde să fie nivelul de intoleranță a populației față de acel grup.

de trei categorii considerate a fi posibil periculoase: persoanele alcoolice, dependenții de droguri şi persoanele cu antecedente penale.[453] Există însă o explicație pentru acest tip de intoleranță. Toate cele trei grupuri cuprind persoane ce par a fi mai predispuse la acte de violență (sau cel puțin deranjante), acte ce pot fi interpretate ca o amenințare personală, întreaga literatură publicată până în prezent identificând percepția amenințării ca unul dintre cei mai importanți predictori ai intoleranței.[454] Îngrijorător este faptul că numeroşi români s-au arătat în continuare intoleranți față de unele grupuri vulnerabile, precum persoanele cu HIV/SIDA sau homosexualii.

Romii continuă să fie discriminați din cauza etniei lor. Datele Sondajului european privind valorile au indicat un nivel mare al intoleranței față de romi, fondate pe prejudecăți. Astfel, reiese că 40% din populația adultă a României nu şi-ar dori vecini de etnie romă, dublu față de procentul persoanelor ce ar respinge un vecin cu alte caracteristici, inclusiv musulman (23%), de altă rasă (21%), imigrant (21%) sau evreu (19%).

Romilor li se neagă accesul la servicii şi piețe din motive etnice. Discuțiile de grup realizate cu comunitățile rome de către Banca Mondială în 2014 au evidențiat faptul că atitudinea discriminatorie a furnizorilor de servicii constituie principalul obstacol ce împiedică accesul romilor la servicii.[455] De exemplu, la nivelul educației, un studiu al UNICEF a arătat că (hetero)identificarea unui elev drept rom de către un profesor creşte considerabil probabilitatea ca profesorul să se aştepte ca acel elev să termine cel mult opt clase, toate celelalte aspecte fiind egale sau constante.[456] În sfera sănătății, practicile discriminatorii față de pacienții romi se manifestă prin „evitarea contactului fizic cu pacienții; neconsultarea pacienților şi a aparținătorilor acestora în alegerea tratamentului; omiterea explicațiilor legate de riscurile administrării unui anumit tip de tratament; folosirea unor proceduri agresive."[457] Romii raportează practici discriminatorii şi pe piața muncii. Într-un sondaj realizat în rândul a 402 romi din România, Bulgaria, Slovacia, Cehia şi Ungaria, 64% dintre romii în vârstă de muncă au declarat că s-au confruntat cu discriminare.[458] Un procent alarmant de 49% au afirmat că angajatorii le-au spus deschis că îi tratează diferit pentru că sunt romi şi alte 5% au primit acelaşi răspuns din partea agențiilor pentru ocuparea forței de muncă.

Educația este un bun indicator al nivelului de toleranță şi de încredere în ceilalți. Există o puternică relație între gradul de intoleranță şi educație, în cazul tuturor grupurilor, cu excepția persoanelor alcoolice şi a dependenților de droguri. Datele privitoare la elevii de liceu din România, prezentate în Anexă Tabel 9.2. denotă trei tipare importante. În primul rând, liceenii sunt mult mai intoleranți decât restul populației față de orice grup. Diferența poate fi explicată de o combinație de factori, inclusiv efectul de atenuare a intoleranței datorat educației, tendința de exagerare a adolescenților şi respectarea de către aceştia în mai mică măsură a standardelor comune referitoare la corectitudinea politică. În al doilea rând, cu cât este mai ridicat capitalul educațional al familiei, cu atât este mai scăzut nivelul intoleranței. În al treilea rând, această relație dintre educație şi intoleranță este complet inversată în cazul romilor, în sensul că şansele ca o familie să se arate intolerantă față de această etnie cresc direct proporțional cu nivelul educației.

Sunt necesare acțiuni de advocacy pentru a creşte gradul de conştientizare şi toleranța față de diversitate (inclusiv în cazul diferitelor grupuri marginalizate sau discriminate) şi pentru a crea un mediu social şi instituțional care să faciliteze integrarea socială a grupurilor vulnerabile. Acest tip de advocacy ar trebui să vizeze nu doar populația, ci şi factorii de decizie şi angajatorii. Includerea reprezentanților grupurilor vulnerabile în comisiile şi organismele decizionale de la nivel local (atât formale, cât şi informale) ar contribui la consolidarea rolului şi a poziției acestora în comunitatea lor. Educația este, de asemenea, fundamentală pentru o mai bună acceptare a grupurilor marginalizate. Reducerea părăsirii timpurii a şcolii, în general, şi creşterea numărului absolvenților de studii universitare pot scădea nivelul intoleranței pe termen mediu şi lung.

[453] Nivelul intoleranței a fost determinat prin măsurarea proporției din populația totală care şi-a exprimat nemulțumirea de a avea drept vecini reprezentanți ai categoriilor enumerate.
[454] Gibson (2006).
[455] Banca Mondială (2014).
[456] Stănculescu (2013). Etnia constituie singurul determinant semnificativ, în modelele de regresie multiplă, al riscului de abandon şcolar şi părăsire timpurie a şcolii. Ceteris paribus, apartenența la etnia romă creşte substanțial probabilitatea ca acel copil să abandoneze/ părăsească timpuriu şcoala, indiferent de vârstă, sex, stare de sănătate, nivelul de educație al mamei, numărul copiilor din gospodărie, numărul părinților prezenți în familie, mediul de rezidență sau nivelul cheltuielilor şcolare ale gospodăriei (ori venitul gospodăriei).
[457] Wamseidel et al (2012).
[458] ERRC (2007).

TABEL 38: Proporţia din populaţia totală ce şi-a exprimat nemulţumirea de a avea drept vecini reprezentanţi ai categoriilor enumerate

	Populația de 18 ani şi peste			Elevi de liceu
	1993	1999	2008	2011
Familii numeroase	22%	14%	16%	-
Persoane de altă rasă	-	-	21%	27%
Persoane cu HIV/SIDA	66%	47%	39%	65%
Romi	72%	52%	40%	71%
Persoane labile emoțional	64%	53%	45%	-
Homosexuali	-	-	55%	74%
Persoane cu antecedente penale	67%	69%	56%	-
Dependenți de droguri	76%	74%	61%	-
Persoane alcoolice	79%	77%	63%	-

Sursa: Sondajul european privind valorile din 1993, 1999 şi 2008; Fundația pentru o Societate Deschisă (2011).[459]

2.7.3. Creşterea participării la activităţi de voluntariat realizate cu şi pentru grupurile vulnerabile

Actualul cadru legislativ ce reglementează voluntariatul nu încurajează participarea socială. Legea voluntariatului (nr. 95/2001) a fost adoptată în 2001, modificată în 2006 şi revizuită din nou în 2014 (Legea nr. 78/2014). Cu toate acestea, cadrul legal prezent ridică unele obstacole pentru dezvoltarea participării sociale, din mai multe puncte de vedere. Cerința de a semna un contract descurajează voluntariatul spontan şi pe termen scurt. De asemenea, asigurarea de sănătate şi împotriva accidentelor legate de riscurile implicate de activitatea voluntară nu pare a fi obligatorie pentru organizațiile de voluntariat şi nu există prevederi care să-i stimuleze pe angajatori să îşi încurajeze angajații să devină voluntari.[460]

În vederea asigurării unei participări mai consistente, mass-media are rolul de a creşte gradul de conştientizare cu privire la bunele practici şi importanța participării.

Cu toate acestea, companiile pot contribui cel mai mult la promovarea voluntariatului. Până în prezent, puține companii au sprijinit acțiunile de voluntariat şi, cel mult, şi-au încurajat angajații să devină voluntari după orele de lucru şi la sfârşit de săptămână. Pe viitor, companiile ar putea să acorde timp liber angajaților lor, de orice vârstă şi cu orice vechime, pentru a se implica în calitate de voluntari. În plus, ar putea să se asigure că programele şi consilierea oferite angajaților înaintea pensionării includ, de obicei, informații despre oportunitățile şi avantajele voluntariatului.

2.7.4. Împuternicirea comunităţilor sărace şi marginalizate prin participare socială activă

Abordarea ce vizează dezvoltarea comunitară participativă (DCP) reprezintă un mecanism de finanțare popular la nivel comunitar, ce are în vedere împuternicirea populației sărace. DCP plasează controlul asupra deciziilor de planificare şi a resurselor de investiții pentru proiectele de dezvoltare locală

[459] Sondaj de opinie Religie şi comportament religios, desfăşurat în iunie 2011, pe un eşantion de 1204 persoane cu vârste de peste 18 ani, http://www.fundatia.ro/romanii-devin-mai-toleranti-religios. Calcule realizate de Claudiu Tufiş.
[460] Banca Mondială (2014a). Pe lângă faptul că ar încuraja angajații să se implice, aceste schimbări ar putea şi să ajute tinerii să dobândească competențe şi experiență profesională în timpul activității de voluntariat.

la nivelul grupurilor comunitare. Susținătorii DCP pretind că aceasta asigură o alocare optimă a resurselor şi creşte eficiența, eficacitatea şi sustenabilitatea investițiilor mici. În plus, aceştia sunt de părere că resursele sunt folosite mai eficient, scade nivelul de sărăcie, iar serviciile şi facilitățile sunt mai bine adresate persoanelor sărace (printr-o distribuire progresivă a resurselor). Pe lângă efectele sale economice, dezvoltarea cu implicarea comunității este menită să sporească transparența procesului decizional, să dezvolte capacitatea autorităților şi să le responsabilizeze mai mult. În teorie, toate aceste obiective pozitive pot fi atinse prin creşterea nivelului de informații disponibile şi a participării (în special a celor săraci), dar şi prin dezvoltarea capitalului social al populației.[461]

În abordarea DCP, persoanele sărace sunt privite ca o resursă, nu ca o problemă socială ce trebuie rezolvată. DCP reprezintă un tip de dezvoltare ce caută să ofere „controlul asupra deciziilor şi a resurselor grupurilor comunitare."[462] În alte tipuri de proiecte, persoanele sărace sunt considerate o problemă socială ce trebuie soluționată de către experți înzestrați cu competențe şi resurse, în timp ce teoria dezvoltării comunitare participative subliniază faptul că populația săracă constituie o resursă cheie pentru propria dezvoltare. Astfel, susținătorii DCP afirmă că cei nevoiaşi au capacitatea necesară pentru „a se organiza eficient ca să ofere bunuri şi servicii ce răspund nevoilor lor stringente ... în cazul în care beneficiază de reguli clare, acces la informații şi sprijin adecvat."[463]

Abordarea DCP este fondată pe un model logic explicit de administrare a resurselor, activităților şi rezultatelor, ce trebuie urmărit în momentul implementării unui astfel de proiect pentru a obține rezultatele dorite (Schema 9):

- Resursele includ resursele necesare implementării proiectului şi eforturile ce trebuie depuse pentru a schimba cadrul legislativ şi politic la nivel local. Important este faptul că modul în care sunt distribuite şi folosite resursele se decide de către comunitate, în baza nevoilor comunității.

- Se aşteaptă ca efectul acestui mod de utilizare a resurselor să fie, pe de-o parte, îmbunătățirea infrastructurii (ceea ce va creşte calitatea vieții sau chiar veniturile pe termen lung) şi, pe de alta, schimbarea cadrului legislativ şi politic (cu impact asupra normelor/regulilor ce guvernează funcționarea unei instituții). Aceste efecte rămân sub controlul direct al actorilor ce utilizează resursele şi, din acest motiv, sunt considerate realizări (rezultate directe) ale proiectelor.

- În cazul în care resursele sunt folosite corespunzător şi se obțin rezultatele dorite, se estimează o creştere a influenței comunităților, membrii comunității deținând un control mai mare asupra modului în care se iau deciziile şi se distribuie resursele publice.

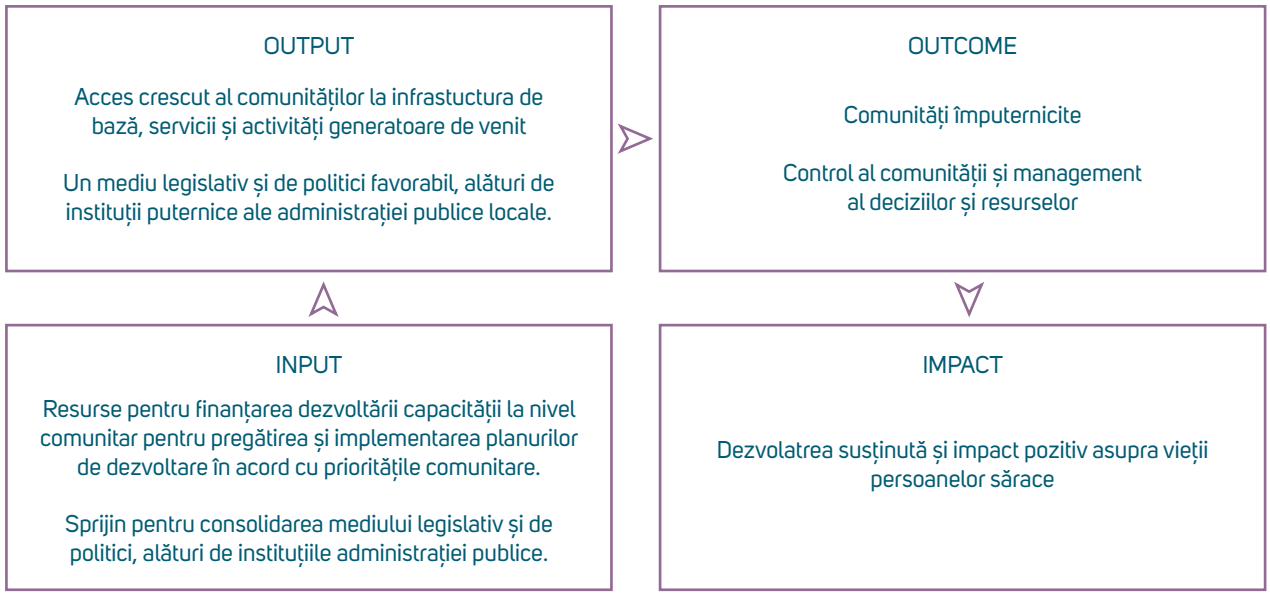
- Printr-o mai bună împuternicire a comunităților şi o mai mare responsabilizare a autorităților, impactul pe termen lung al unui proiect DCP poate fi îmbunătățirea considerabilă a calității vieții persoanelor sărace şi inițierea unui proces de dezvoltare durabilă pentru aceste gospodării.

Cu toate că imaginea prezentată de susținătorii acestei abordări este atrăgătoare, impactul la nivel mondial al proiectelor DCP este unul mixt, inclusiv în cazul celor din Proiectul de Dezvoltare Rurală (PDR), implementat de Banca Mondială în România între 2002 şi 2006 (vezi Caseta 45). Pornind de la evidențele adunate, se pot trage o serie de lecții:

- Mecanismele participative de direcționare a resurselor sunt utile doar atunci când proiectele vizează comunitățile sărace, nu gospodăriile sărace dispersate. Cu alte cuvinte, direcționarea teritorială poate fi una progresivă, însă acest lucru este rareori valabil în cazul adresării gospodăriilor sărace în general.[464] Mai mult, unele studii au relevat faptul că eficacitatea direcționării teritoriale depinde şi de plasarea persoanelor sărace într-un spațiu participativ creat de intervențiile DCP, prin urmare dacă nivelul de incluziune a săracilor nu este unul consistent, adresarea unor astfel de programe va fi sortită eşecului.[465] Un alt studiu arată că populația săracă poate fi vizată în mod eficient de un mecanism participativ dacă agențiile finanțatoare îşi desfăşoară activitatea într-un ritm adecvat, cu o monitorizare eficientă şi mijloace de evaluare. În cazul în care finanțatorii dețin „o experiență redusă în ceea ce priveşte abordările participative" şi se confruntă cu „nevoia de a obține rezultate rapide şi vizibile", rezultatele vor fi dezastruoase.[466]

[461] Klugman (2002) şi Mansuri şi Rao (2013).
[462] Klugman (ed, 2002:303).
[463] Klugman (ed, 2002:303).
[464] Wassenich şi Whiteside (2004: 82).
[465] Mansuri şi Rao (2004:17) şi Banca Mondială (2005: 23).
[466] Platteau (2002:10).

SCHEMA 9: Schema rezultatelor din cadrul unei intervenţii de dezvoltare comunitară participativă (DCP) sprijinite de Banca Mondială



Sursa: Banca Mondială (2005: 57).

- Evidenţele referitoare la împuternicirea populaţiei prin astfel de proiecte nu sunt, nici ele, convingătoare. Ceea ce sună bine în teorie, nu funcţionează întotdeauna şi în practică fiindcă progresele depind de motivarea autorităţilor locale să susţină abordarea DCP (vezi evidenţele evaluării PDR România din Caseta 45).[467]

- Sustenabilitatea mult lăudată a abordării DCP pare să depindă şi ea foarte mult de modul de implementare. Sustenabilitatea investiţiei atinge nivelul maxim în următoarele situaţii: (i) în comunităţile în care gospodăriile sunt cele care aleg tipul şi locaţia investiţiei; (ii) când sunt implicate în proiect ONG-urile şi persoanele ce pot creşte nivelul de comunicare în cadrul comunităţii şi accesul persoanelor defavorizate la informaţii şi procesele decizionale; (iii) când atât autorităţile, cât şi cetăţenii beneficiază de instruire cu privire la modul adecvat de utilizare, întreţinere şi exploatare a infrastructurii (precum sistemele de apă/canalizare); (iv) când există o organizaţie la nivelul comunităţii care poate administra şi supraveghea proiectele de investiţii (de exemplu, colectarea fondurilor pentru reparaţii sau pentru consum individual şi penalizarea gospodăriilor care nu plătesc sau nu îşi îndeplinesc obligaţiile).[468]

În concluzie, persoanele sărace şi alte grupuri vulnerabile ar trebui împuternicite prin creşterea accesului la informaţii şi participarea la procesul decizional. Sunt necesare trei măsuri cheie pentru ca acest lucru să devină realitate: (i) când se implementează mici proiecte de infrastructură la nivel local, abordarea participativă ar trebui integrată automat în aceste proiecte, cu accent pe incluziunea celor săraci şi vulnerabili; (ii) guvernul ar trebui să ofere autorităţilor locale relevante şi populaţiei vizate asistenţă tehnică privind implementarea şi managementul acestor proiecte; (ii) autorităţile locale ar trebui instruite pentru a înţelege importanţa incluziunii categoriilor sărace şi vulnerabile în procesele decizionale (inclusiv în formularea şi implementarea proiectelor mici de investiţii).

[467] Potete (2003)
[468] Sara şi Katz (2000), Mansuri şi Rao (2004)

CASETA 45

Evaluarea Proiectului de Dezvoltare Rurală, 2002-2006

Descrierea proiectului: Proiectul de Dezvoltare Rurală (PDR), implementat în perioada 2002-2006, a avut drept scop creşterea capacităţii de dezvoltare rurală a autorităţilor din cinci judeţe (Sălaj, Dolj, Botoşani, Tulcea şi Călăraşi) şi 100 de comune din cadrul acestor judeţe, precum şi acordarea unor granturi de investiţii (în domeniul apei şi drumurilor). Granturile acordate au fost concepute pentru a „facilita învăţarea practică, îmbunătăţind în paralel nivelul de trai al locuitorilor din mediul rural." A trebuit ca autorităţile locale – atât la nivelul judeţelor, cât şi al comunelor – „să stabilească priorităţi şi strategii de investiţii, să aleagă dintr-o listă de tipuri şi tehnologii de infrastructură şi să coordoneze implementarea, exploatarea şi întreţinerea investiţiilor." Obiectivele finale au fost: „(i) creşterea eficienţei procesului decizional şi a managementului autorităţilor locale; (ii) o mai mare responsabilizare a autorităţilor faţă de cetăţeni şi grupurile comunitare şi creşterea implicării acestora din urmă în procesul de luare a deciziilor; (iii) creşterea eficacităţii autorităţilor locale în ceea ce priveşte obţinerea unor beneficii investiţionale pentru beneficiari."

Structura evaluării: În vederea evaluării proiectului, s-a avut în vedere o structură elaborată, cu realizarea unui studiu iniţial în 2002 şi a unuia de evaluare în 2006, care au vizat atât localităţile din proiect, cât şi unele comune de control (cu şanse similare de a lua parte la program), şi au fost elaborate instrumente de cercetare concepute pentru colectarea datelor la nivel de comună, sat şi gospodărie/ individual.

Performanţa direcţionării: În cadrul comunelor din PDR, majoritatea sub-proiectelor de infrastructură rutieră au fost implementate în centrele administrative care aveau deja drumuri mai bune şi acces mai mare la instituţii decât alte sate. Există câteva posibile explicaţii ale acestui fapt. De exemplu, este posibil ca populaţia acestor sate să fi fost mai bine reprezentată la nivel administrativ local şi/ sau să fie mai numeroasă. Un alt motiv poate fi faptul că de aceste drumuri beneficiază nu numai populaţia centrelor administrative, ci şi locuitorii din alte sate.

Informarea şi participarea la activităţile PDR: Datele actuale arată că aproximativ jumătate din respondenţii sondajului au fost informaţi despre proiect, în principal de către autorităţile locale. Mai mult, aproximativ o cincime dintre ei au afirmat că au fost implicaţi în deciziile legate de aceste investiţii. Cu toate acestea, se remarcă variaţii semnificative în ceea ce priveşte nivelul de informare a respondenţilor. În satele cu sub-proiecte de infrastructură, informaţiile au fost diseminate în mai mare măsură decât în satele lipsite de orice investiţii. Mai mult, persoanele sărace şi cele vârstnice au fost mai puţin informate decât restul populaţiei. În general, persoanele cu un nivel de educaţie mai scăzut au participat într-o mai mică măsură la procesul de luare a deciziilor.

Împuternicirea şi participarea la întâlnirile publice: PDR pare să fi avut un impact direct pozitiv atât asupra participării (la întâlnirile publice), cât şi în ceea ce priveşte împuternicirea persoanelor. Mai mult, proiectul pare să fi avut efecte indirecte asupra gradului de încredere şi informare, chiar şi atunci când se păstrează constante caracteristicile individuale (precum sexul, venitul şi educaţia), caracteristicile comunitare şi nivelul iniţial al aspectelor studiate (participare, împuternicire, încredere şi informare). În plus, analizând mecanismele din spatele schimbărilor, se poate observa că îmbunătăţirea participării pare a se datora schimbării comportamentului autorităţilor (care au devenit mai dispuse să invite sătenii la întâlnirile publice), în timp ce împuternicirea locuitorilor pare să fi fost influenţată de participarea la procesul decizional din cadrul PDR şi chiar de o bună informare cu privire la modul în care s-au luat deciziile la nivelul PDR.

Sustenabilitatea investiţiei: În teorie, unul dintre avantajele abordării DCP este sustenabilitatea investiţiilor, în condiţiile în care cetăţenii sunt mai dornici să le întreţină şi să efectueze lucrări publice. Totuşi, evaluarea impactului nu prezintă rezultate clare în acest sens. Deşi autorităţile publice par a fi mai dispuse să implice comunităţile în astfel de activităţi, rata participării nu a crescut semnificativ în comunităţile din proiect.

Impactul asupra bunăstării: Având în vedere perioada scurtă în care s-a implementat PDR şi suma mică investită în infrastructură, evaluarea nu a relevat niciun impact major asupra bunăstării beneficiarilor (cu excepţia gradului de conectare la reţeaua de alimentare cu apă).

Sursa: Grigoraş (2015).

2.7.5. Creşterea accesului la informaţii şi cunoştinţe prin inovare socială

Potrivit Cadrului strategic comun (CSC) al UE,[469] acțiunile ce se încadrează în obiectivul tematic al incluziunii sociale ar trebui aliniate la acțiunile enumerate în cadrul obiectivelor tematice de dezvoltare a TIC, creştere a competitivității întreprinderilor mici şi mijlocii (IMM-uri) şi investire în educație, competențe şi învățare pe tot parcursul vieții. Fondul Social European[470] promovează inovarea socială în toate sectoarele ariei sale de competență, iar statele membre sunt invitate să identifice inițiative de inovare socială care răspund unei nevoi efective. Inovarea socială presupune formularea şi aplicarea unor noi idei (produse, servicii şi modele) cu scopul de a elimina provocările sociale din diverse domenii, cum ar fi cel al incluziunii sociale. Inovațiile sociale din sfera rețelelor de socializare pot consolida autonomia cetățenilor, pot asigura accesul grupurilor vulnerabile la informații şi servicii sociale, dar şi la piața muncii, şi pot spori participarea acestor categorii la nivelul societății. În consecință, asigurarea accesului la Internet pe întreg teritoriul țării şi sprijinirea dezvoltării competențelor digitale reprezintă factori cheie favorabili inovării sociale.

Noile tehnologii, TIC şi serviciile inovatoare lipsesc aproape cu desăvârşire în sectorul social. În perioada 1995-2005, utilizarea acestor tehnologii a cunoscut o răspândire rapidă în multe sectoare din România, urmată de o scădere dramatică din cauza neconcordanțelor legislative, lipsei fondurilor şi reducerii numărului de profesionişti în sistem. Toate acestea au contribuit la adoptarea, la nivelul cercetării, mai degrabă a unei strategii de „subzistență" decât a unei gândiri inovatoare şi revoluționare, mai ales în sectorul social.

Sunt necesare investiții pentru a spori accesul tuturor grupurilor vulnerabile la informații şi cunoştințe în formate cât mai diversificate. Într-un mod sau altul, toate formele de participare presupun costuri, iar accesul la informații nu constituie o excepție. E nevoie de timp şi/sau bani pentru a accesa sursele de informații. Unele persoane pot avea un acces redus la informații fiindcă nu ştiu să citească sau au nevoie de o prezentare într-un format special, cum ar fi în Braille, caractere de mari dimensiuni, limbaj mimico-gestual sau subtitrare, niciunul dintre acestea nefiind răspândit în România. Aşadar, responsabilii de politici ar trebui să aibă în vedere următoarele acțiuni: (i) furnizarea unor informații accesibile în toate domeniile cu privire la politicile publice, servicii şi bunuri şi dezvoltarea unor tehnologii care să elimine barierele de comunicare în cazul tuturor grupurilor vulnerabile, precum şi (ii) crearea unor puncte de informare accesibile persoanelor cu dizabilități, cât mai aproape de domiciliul acestora, de exemplu, prin creşterea numărului (şi a formării) interpreților în limbajul mimico-gestual şi acces la materiale uşor de citit, în Braille şi audio.

Persoanelor cu dizabilități, în mod special, va trebui să li se asigure un mediu lipsit de bariere. Această categorie este puternic afectată de lipsa accesibilității, de exemplu, la nivelul locuințelor şi al comunicării, mai ales în mediul rural sau zonele urbane defavorizate. Aceasta limitează mobilitatea persoanelor cu dizabilități, dar şi accesul lor la informații, rămânând astfel în afara unei game variate de oportunități şi servicii.

Agenda digitală pentru Europa prezintă opțiunile tehnologice de creştere a participării grupurilor vulnerabile la nivelul societății. Pe lângă formele de participare aduse până acum în discuție, inovațiile tehnologice din ultimii 20 de ani au deschis calea către noi tipuri de participare, care fie se manifestă integral în mediul virtual, fie îmbină prezența online cu activități în spațiul fizic. Deşi aceste noi forme de participare pot creşte numărul de cetățeni activi şi pot încuraja participarea, mai ales în situațiile în care acest lucru era dificil în trecut, pot implica şi costuri de acces prea ridicate pentru unele grupuri vulnerabile.

În primul rând, pentru a putea accesa Internetul şi a participa la mediul online, trebuie să fie disponibilă infrastructura fizică. Aceasta nu constituie neapărat o barieră în România – cu excepția, poate, a zonelor celor mai izolate – având în vedere că, la finele lui 2013, 90% dintre locuințele din România aveau acces la conexiune fixă în bandă largă (comparativ cu media UE de 97%). Chiar şi în mediul rural, acest tip de conexiune era disponibil în 78% dintre gospodării.[471]

În al doilea rând, există problema costului financiar individual. Pentru a putea accesa Internetul şi a participa la mediul online, trebuie să deții un calculator conectat la Internet, lucru ce implică nişte costuri. Aceste costuri se pot dovedi prea mari pentru mulți români, în condițiile în care jumătate dintre cei cu risc de sărăcie şi excluziune

[469] Comisia Europeană, SWD(2012) 61 final, Partea II, Bruxelles, 14 martie 2012.
[470] Propunere de regulament privind FSE, COM (2011) 607 final.
[471] https://ec.europa.eu/digital-agenda/en/country/romania.

socială nu își permit un calculator, iar 42%, servicii de Internet. Datele Agendei digitale relevă faptul că 56% dintre gospodăriile din România dețineau un abonament de Internet în bandă largă la finele lui 2013, mult sub media UE (76%), dar peste nivelul înregistrat la sfârşitul lui 2012.

Nu în ultimul rând, există şi un cost educațional. Chiar dacă o persoană are acces la un calculator conectat la Internet, trebuie să dețină cunoştințe de operare a acestuia pentru a putea accesa Internetul şi a participa la mediul virtual. Aceasta nu constituie neapărat o problemă pentru generația mai tânără, însă poate fi un obstacol insurmontabil cel puțin pentru unele persoane vârstnice din mediul rural, mai ales dacă acestea nu au utilizat niciodată un calculator. În 2013, 45% dintre români au declarat că intră pe Internet cel puțin săptămânal (utilizatori regulați), mult sub media UE de 72%. 42% din populație nu a folosit niciodată Internetul – mai puțin ca în 2012, dar încă mult peste media UE de 20%. Per ansamblu, populația deține competențe digitale foarte reduse, iar nivelul este şi mai scăzut în cazul grupurilor dezavantajate, ceea ce înseamnă că Internetul şi calculatoarele reprezintă un mijloc ineficient de a asigura incluziunea şi participarea acestora. Mai mult, majoritatea utilizatorilor români accesează Internetul doar pentru a se informa sau a socializa şi foarte puțini în scopul participării economice, sociale, culturale sau politice (de exemplu, prin comerț online, vânzări online, căutarea unui loc de muncă, învățare online, e-sănătate sau e-guvernare). Acest tipar comportamental reflectă nu numai preferințele şi competențele populației, ci şi proasta dezvoltare a serviciilor de e-guvernanță. Foarte puține servicii publice sunt actualmente disponibile online, iar nivelul lor de sofisticare este relativ redus.[472] Strategia națională de e-guvernare (e-România) cuprinde obiective ambițioase (promovarea transparenței, creşterea eficienței administrative prin reducerea costurilor şi a birocrației, asigurarea accesului larg şi permanent la informații şi servicii publice şi prevenirea corupției cu ajutorul instrumentelor digitale), însă se aplică în continuare doar la nivel teoretic. Toate acestea denotă faptul că Guvernul României nu depune suficiente eforturi pentru a conecta populația la economia bazată pe cunoaştere şi pentru a deschide calea inovării sociale.

CASETA 46

Dezvoltare comunitară prin inovare socială – Un exemplu de bună practică

Proiectul de economie bazată pe cunoaştere (EBC), implementat în perioada 2006-2012 de Ministerul Comunicațiilor şi Societății Informaționale şi finanțat de Banca Mondială, a creat o legătură benefică între dezvoltarea TIC şi incluziunea socială. Proiectul a vizat 255 de comune şi orașe mici, selectate în funcție de deficitul identificat la nivelul cunoştințelor. Proiectul a dus la creşterea gradului de deținere, acces şi utilizare a competențelor digitale de către cetățeni, firme şi servicii publice locale. Inițial dezavantajate, comunitățile implicate în proiect au ajuns să înregistreze valori ale indicatorilor referitori la cunoştințe egale sau peste media națională. În aceste comunități, serviciile publice locale (inclusiv cele sociale) s-au dezvoltat, serviciile online locale s-au multiplicat (rata de utilizare fiind semnificativ mai ridicată decât la nivel național), iar infrastructura socială s-a extins şi modernizat considerabil. În prezent, multe din aceste comunități se numără printre cele cu cea mai ridicată rată de utilizare a fondurilor europene pentru dezvoltare.

În ceea ce priveşte grupurile vulnerabile, impactul cel mai vizibil a fost asupra copiilor cu vârste cuprinse între 3 şi 15 ani şi asupra tinerilor de 16-24 de ani. Indiferent de factori precum situația economică a familiei, etnie (romii sunt suprareprezentați statistic în aceste comunități), nivelul de educație, statutul ocupațional al părinților sau dotările gospodăriei, copiii şi tinerii din aceste comunități folosesc calculatorul şi Internetul în mod regulat, cu o rată comparabilă cu media europeană (70 – 80%). Aceşti tineri posedă competențe digitale mai bune decât restul populației, fiind puternic implicați în diverse acțiuni comunitare. În plus, tinerii au dezvoltat o preferință pentru mijloacele online de informare şi interacționare cu autoritățile publice. Principalul determinant al acestui comportament îl reprezintă dotarea cu TIC a şcolilor şi numărul mult mai mare al lecțiilor asistate de calculator. Aşadar, proiectul EBC este un model de inovare socială ce recurge la TIC pentru a încuraja incluziunea socială şi a asigura şanse egale grupurilor vulnerabile, mai ales copiilor, tinerilor, femeilor, romilor şi persoanelor cu dizabilități.

Sursa: Stănculescu și Aprahamian (2013).

[472] Astfel, în 2013, doar 5% din populația de 16-74 de ani a folosit serviciile de e-guvernanță (față de 41% în UE-27).

Această pagină a fost lăsată goală în mod intenționat

3. POLITICI ZONALE

3.1. Dimensiunea geografică a sărăciei

Guvernul ar trebui să aibă ca obiectiv reducerea inegalităților geografice printr-o mai bună definire a zonelor urbane şi rurale şi prin dezvoltarea unor soluții instituționale pentru administrarea zonelor urbane funcționale care să permită oraşelor dinamice să îşi lărgească masa demografică şi economică. Calitatea vieții în comunitățile rurale ar trebui să crească prin îmbunătățirea accesului la servicii și infrastructură de bază de calitate, explorând, în același timp posibilitatea unei reforme administrative a localităților rurale. Nu în ultimul rând, este necesar un program care să ofere mai multe resurse şi asistență oraşelor mici recent declarate şi oraşelor foarte mici.

Obiective principale

3.1. Dimensiunea geografică a sărăciei 292

3.1.1. Reducerea inegalităților geografice 292

3.1.2. Îmbunătățirea calității vieții în comunitățile rurale 297

3.1.3. Îmbunătățirea calității vieții în comunitățile urbane mici 308

3.1. Dimensiunea geografică a sărăciei

Sărăcia are o puternică dimensiune geografică în România, prin urmare unul dintre principalele obiective ale guvernului ar trebui să fie asigurarea unei alocări a resurselor în funcție de distribuirea geografică a nevoilor la nivelul țării, în plan regional, județean şi local. În acest sens, secțiunea de față dezbate modul în care este distribuită sărăcia pe teritoriul țării şi analizează posibile modalități de reducere a acestor inegalități geografice.

3.1.1. Reducerea inegalităţilor geografice

În cadrul său financiar multianual pentru perioada 2014–2020, UE a alocat un buget de un trilion de euro sprijinirii creşterii şi a locurilor de muncă, precum şi reducerii sărăciei şi excluziunii sociale. Succesul depinde de elaborarea unor politici şi programe adecvate şi de adresarea eficientă a acestora. Hărțile sărăciei pot oferi, acum, informații mai detaliate decât în trecut despre variațiile sărăciei la nivel național, putând astfel îmbunătăți procesul de alocare a resurselor. Hărțile pot, de asemenea, determina responsabilii de politici să acorde o atenție mai mare celui mai eficient mod de alocare a resurselor, în ideea de a creşte nivelul de trai, prin vizarea fie a zonelor sărace, fie a populației nevoiaşe. Deşi cea mai potrivită combinație de abordări variază de la o țară la alta, hărțile oferă informații importante care ajută responsabilii de politici să găsească cea mai bună soluție.

Indicele dezvoltării umane locale (LHDI),[473] conceput în scopul măsurării nivelului general de dezvoltare în fiecare localitate dintr-o anumită țară, arată că sărăcia comunitară are o puternică dimensiune geografică în România. Aşa cum reiese din Harta 5, localitățile din estul şi sudul țării, în special cele situate mai aproape de graniță, sunt în general mai puțin dezvoltate. Într-o oarecare măsură, dezvoltarea deficitară a acestor regiuni poate fi atribuită schimburilor comerciale limitate dintre România şi țări precum Ucraina, Moldova sau Bulgaria şi distanței lor față de granița de vest, pe unde trec 70% din exporturile României. După cum se menționează şi în proiectul de Strategie de dezvoltare teritorială a României, Munții Carpați împiedică, la rândul lor, accesul localităților din est şi sud la piețele occidentale.

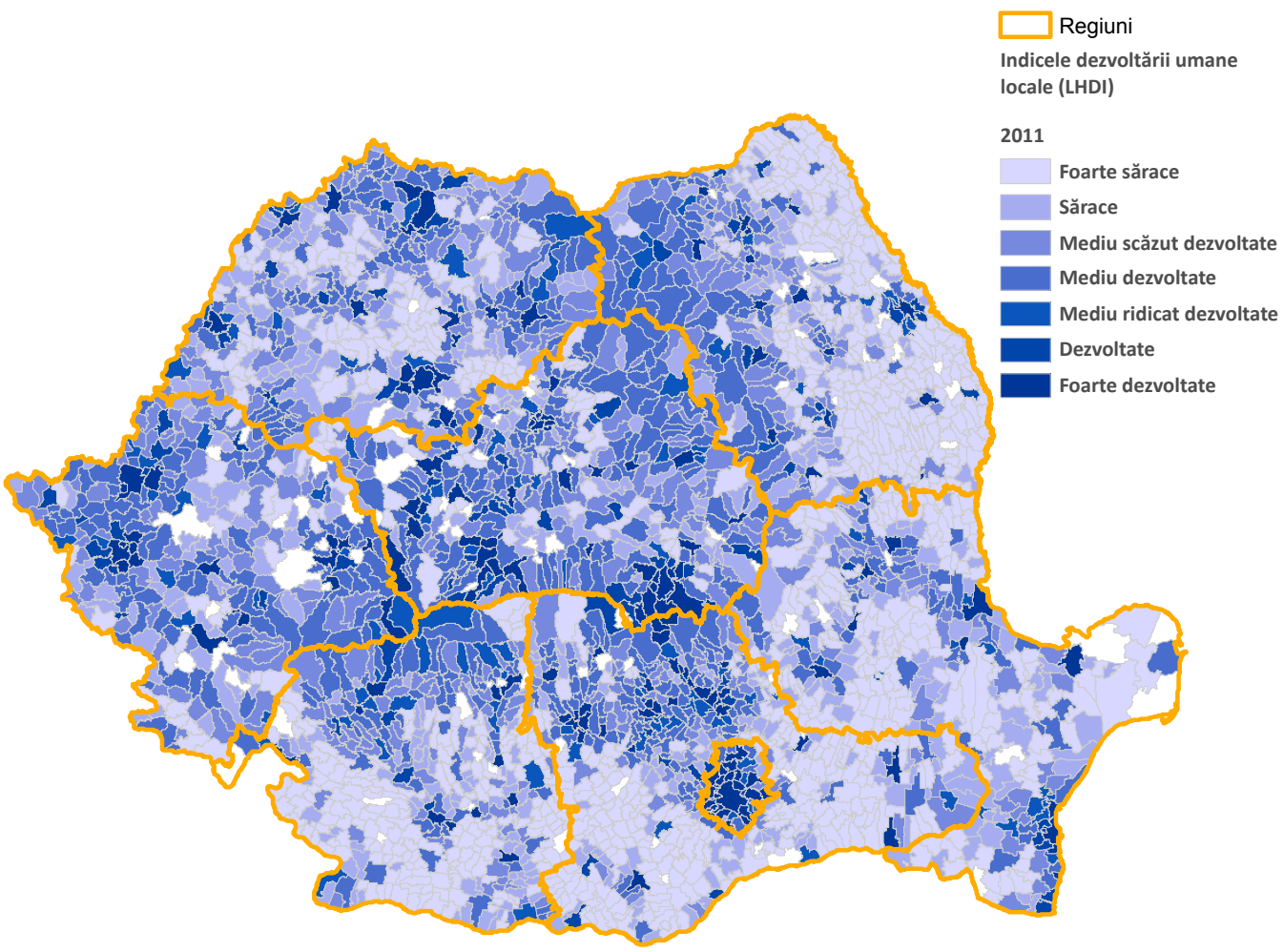
Un alt tipar geografic, aşa cum reiese din Harta 5, este dat de importanța oraşelor în ceea ce priveşte impulsionarea dezvoltării. De obicei, cu cât este situată mai aproape de un oraş dezvoltat, cu atât este mai dezvoltată localitatea. Aşadar, este esențial să crească accesul la centrele urbane dinamice, aceasta fiind una dintre cele mai eficiente soluții, ce permite unui număr mai mare de cetățeni să profite de oportunitățile oferite de astfel de oraşe (precum locuri de muncă, educație, servicii medicale, cultură şi divertisment).

În cazul României, hărțile sărăciei[474] întocmite de Banca Mondială în 2013 confirmă informațiile disponibile cu privire la sărăcia înregistrată la nivelul țării, relevând totodată noi date. De exemplu, din studiile anterioare reiese că regiunea Nord-Est prezintă cele mai ridicate rate ale sărăciei, harta sărăciei la nivel județean (Harta 6) confirmând faptul că toate cele şase județe din regiune se confruntă cu un risc crescut de sărăcie. În schimb, regiunea Sud este eterogenă, cuprinzând județe cu rate foarte ridicate ale sărăciei, precum Călăraşi şi Teleorman, şi județe cu rate ale sărăciei relativ scăzute, cum este Prahova. În mod similar, în județul Cluj se înregistrează a doua cea mai mică rată a sărăciei din România (după Bucureşti), însă în județele învecinate din regiunea Nord-Vest (Bistrița-Năsăud, Maramureş, Sălaj şi Satu Mare) sărăcia atinge un nivel superior mediei naționale. Identificarea județelor în care rata sărăciei este mai mare poate ajuta responsabilii de politici să direcționeze mai eficient resursele în scopul dezvoltării şi reducerii sărăciei.

[473] LHDI măsoară capitalul total al unităților administrative rurale şi urbane din România, din perspectiva a patru dimensiuni: (i) capital uman, (ii) capital de sănătate, (iii) capital vital şi (iv) capital material. Capitalul uman se măsoară prin indicatorul referitor la stocul de educație, la nivel local (pentru populația de 10 ani şi peste). Capitalul de sănătate se măsoară ca speranța de viață la naştere, la nivel local. Capitalul vital se măsoară în baza vârstei medii a populației adulte (de 18 ani şi peste). Nu în ultimul rând, capitalul material este măsurat printr-un scor factorial compus din trei indicatori ce țin de nivelul de trai: (i) dimensiunea suprafeței locuibile, (ii) numărul de automobile personale la 1.000 de locuitori şi (iii) distribuția gazelor pentru consum casnic în respectiva unitate teritorială. Cele patru valori ale dimensiunii capitalului comunitar sunt agregate prin calcularea unui alt scor factorial (Ionescu-Heroiu et al, 2013a).

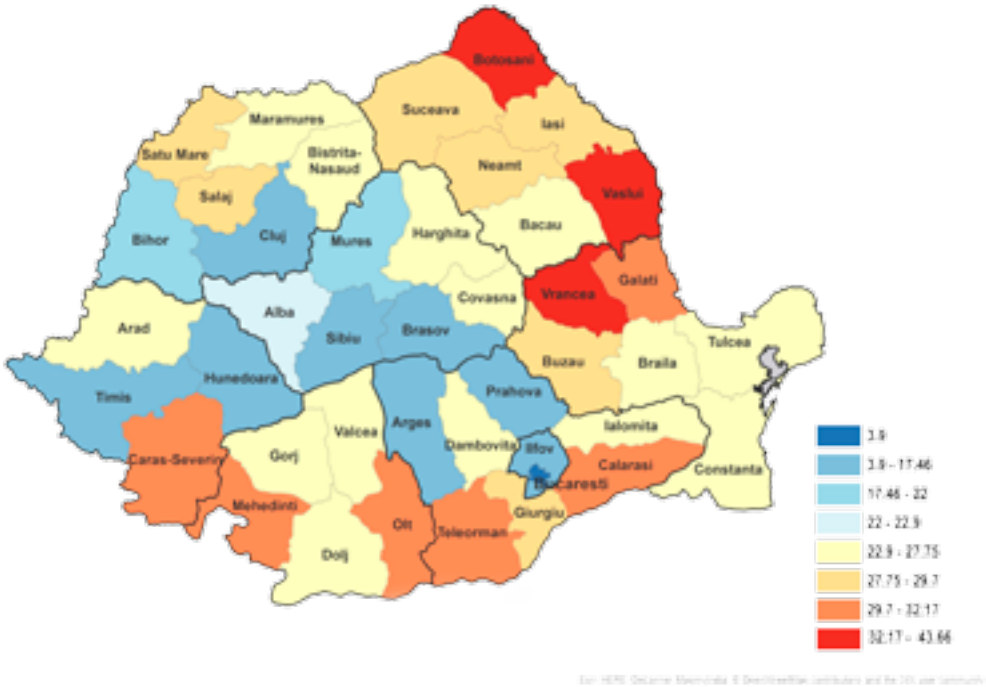
[474] Pentru mai multe detalii privind metodologia de creare a hărților sărăciei la nivelul comunității prin combinarea datelor de sondaj cu cele de recensământ a se vedea Elbers et al (2003) şi Elbers et al (2004).

HARTA 5: Indicele dezvoltării umane locale pentru 2011



Sursa: Banca Mondială (Ionescu-Heroiu et al, 2013a: 109).

HARTA 6: Rata riscului de sărăcie şi numărul de persoane sub pragul sărăciei în 2012, la nivel judeţean (mii)



Rata sărăciei înregistrează variații semnificative, fiind mai ridicată în regiunea Nord-Est şi de-a lungul graniței de sud.

Numărul cel mai mare de persoane sărace se întâlneşte în Nord-Est, dar în unele zone cu o rată scăzută trăiesc totuși multe persoane sărace.

Sursa: Estimări realizate de Banca Mondială folosind datele Recensământului populației şi al locuințelor din 2011 şi ale anchetei EU-SILC 2012, colectate de Institutul Național de Statistică.

Notă: Riscul de sărăcie este definit în baza standardului UE de 60% din venitul median pe adult echivalent la nivel național, după transferurile sociale.

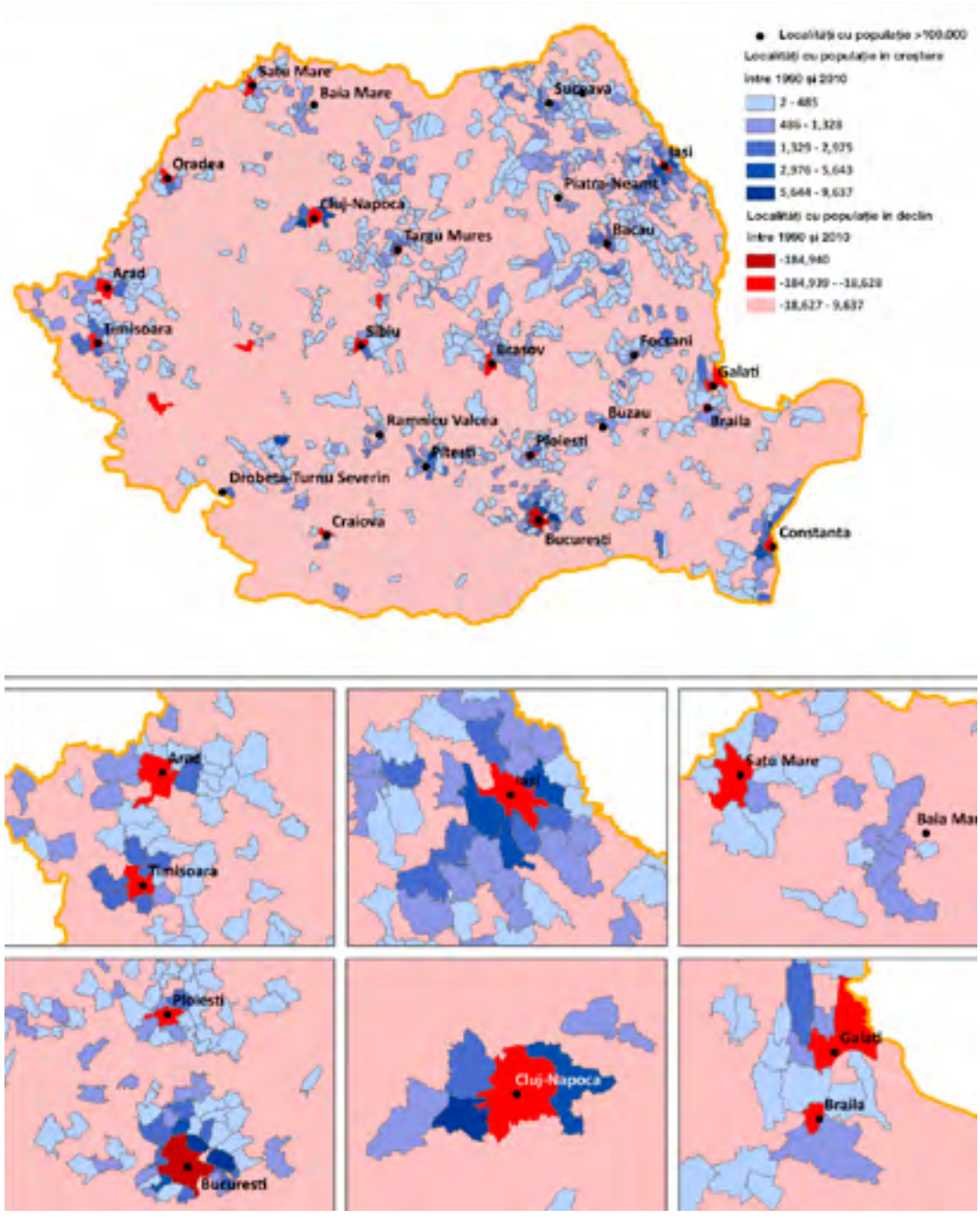
Adresarea zonelor sărace se poate face eficace doar dacă se acordă prioritate acelor zone care înregistrează nu numai o rată ridicată a sărăciei, ci şi un număr mare de persoane sărace. Responsabilii de politici sunt atenți atât la zonele cu un nivel ridicat al sărăciei, cât şi la cele cu cel mai mare număr de persoane sărace. Aceşti doi indicatori nu sunt identici: zonele extrem de sărace pot avea o densitate demografică redusă, în timp ce oraşele mari tind să aibă rate scăzute ale sărăciei, dar un număr important de persoane sărace din cauza populației mari. De exemplu, în ciuda unei rate a sărăciei mai scăzute, județul Cluj are mai mulți locuitori expuşi riscului de sărăcie decât Sălajul, iar în Bucureşti trăiesc mai multe persoane cu risc de sărăcie decât în 14 județe. Hărțile sărăciei sugerează o altă abordare privind alocarea resurselor în vederea reducerii sărăciei, abordare ce ia în calcul faptul că multe persoane sărace trăiesc în zone relativ înstărite. Ambele hărți ilustrează clar faptul că regiunea Nord-Est – în special Botoşani, Iaşi şi Suceava – prezintă atât o rată ridicată a sărăciei, cât şi un număr mare de persoane nevoiaşe şi ar trebui să i se acorde prioritate pe fiecare criteriu.

Regiunile Nord-Est şi Sud ale țării înregistrează valori mai slabe decât alte zone la aproape toți indicatorii socio-economici, mai ales în mediul rural. Ca o regulă generală, în România, cu cât proporția populației rurale este mai mare, cu atât este mai adâncă sărăcia în regiunea sau județul respectiv.[475] Aşadar, disparitățile interregionale sunt, în principal, rezultatul marilor discrepanțe dintre zonele urbane şi cele rurale. Un studiu realizat recent de Comisia Europeană arată cât se poate de clar faptul că decalajul rural-urban este mai accentuat în România decât în țările din Europa de Vest.[476] După 1989, odată cu realizarea primelor schimbări structurale în România, decalajul urban-rural s-a adâncit, mediul rural ocupând în mod vădit o poziție tot mai dezavantajată. Zonele rurale sunt caracterizate printr-o incidență a sărăciei monetare mai mare decât în mediul urban (vezi secțiunea referitoare la disparitățile geografice). Ratele mortalității infantile şi a copiilor sub 5 ani au fost întotdeauna mult mai ridicate în rândul copiilor de la țară decât al celor de la oraş.[477] În mediul rural, infrastructura a fost mereu mai slab dezvoltată şi de mai proastă calitate. Accesul la învățământul secundar superior, serviciile medicale şi sociale este mult mai limitat în localitățile rurale. În general, gospodăriile din mediul rural sunt situate mult mai departe de un liceu sau spital important decât locuitorii din mediul urban (vezi şi capitolele Educație şi Sănătate). Prin urmare, următoarea secțiune a acestui capitol va analiza calitatea vieții din zonele rurale şi comunitățile urbane mici, precum şi fondurile europene disponibile pentru finanțarea dezvoltării comunitare.

Actuala definiție administrativă a zonelor rurale şi a celor urbane trebuie îmbunătățită, din perspectiva noilor zone suburbane sau periurbane ce continuă să fie considerate zone rurale. În Raportul privind dezvoltarea globală 2009: remodelarea geografiei economice,[478] Banca Mondială a propus o metodologie unitară pentru măsurarea urbanizării (indicele de aglomerare). Potrivit acestui indice, teritoriul României este urban în proporție de aproximativ 65% şi rural în proporție de 35% în cazul în care zonele suburbane sau periurbane (cunoscute şi ca „zone urbane funcționale") sunt definite drept urbane. Raportul din 2014 al Băncii Mondiale, Oraşe competitive: remodelarea geografiei economice a României,[479] indică faptul că, deşi populația țării s-a diminuat între 1990 şi 2010, inclusiv în cele mai mari centre urbane, unele localități au înregistrat o creştere a populației. Aşa cum ilustrează şi harta de mai jos, cea mai mare creştere demografică a avut loc în zonele periurbane ale oraşelor mari şi dinamice (Harta 7). Pentru a deveni motoare de creştere, oraşele, în special cele mai dinamice, trebuie definite ca zone urbane funcționale. În caz contrar, există riscul subminării chiar şi a celor mai bune strategii locale şi al obținerii, în final, a unor rezultate nesatisfăcătoare în domeniul dezvltării.

[475] Sandu (1999 and 2011), Sandu et el (2009).
[476] Bertolini et al (2008).
[477] De exemplu, în 2013, rata mortalității infantile era de 10,4 născuți-vii la 1.000 de locuitori în mediul rural, comparativ cu 6,8 în mediul urban (Institutul Național de Statistică, Tempo Online, https://statistici.insse.ro/shop/).
[478] Banca Mondială (2009).
[479] Ionescu-Heroiu et al (2013a).

HARTA 7: Marile oraşe cu zone urbane funcţionale



Rezultatele Recensământului din 2011 i-au determinat pe mulți să vorbească despre măsuri politice care să vizeze migrația dinspre mediul urban spre cel rural, înregistrată în România.

O analiză a datelor arată însă că, în mare parte, această migrație de la oraş spre sate se datorează, de fapt, mutării populației în suburbiile oraşelor Bucureşti, Cluj-Napoca, Timişoara, Constanța, Iaşi şi Ploieşti, majoritatea acestor suburbii fiind, în continuare, definite în mod eronat drept zone rurale.

Sursa: Banca Mondială, (Ionescu-Heroiu et al, 2013a: 22).

Responsabilii de politici trebuie, de asemenea, să identifice şi să implementeze mecanisme instituționale adecvate pentru gestionarea zonelor urbane funcționale, care să permită oraşelor dinamice (sau polilor de creştere) să îşi lărgească masa demografică şi economică. Un studiu al Băncii Mondiale[480] a propus înființarea unor agenții de dezvoltare metropolitană, similare Agențiilor pentru Dezvoltare Regională ale României, care ar urma să planifice şi să administreze zonele urbane funcționale, dar şi să implementeze proiecte la nivel metropolitan. Pentru ca zonele urbane funcționale dinamice să devină motoare economice în regiunile în care sunt situate, responsabilii de politici ar trebui să le ajute să îşi extindă masa economică şi demografică. Este, de asemenea, important ca un număr cât mai mare de persoane să aibă acces la oportunitățile pe care le oferă aceste oraşe (precum locuri de muncă, educație, servicii medicale, cultură, divertisment etc.). Având în vedere că aceşti poli de creştere au atras deja numeroase noi investiții, va fi necesar să se extindă sistemele de transport public metropolitan (în mod ideal, către zonele dens populate şi cu un flux ridicat de navetişti), să se dezvolte o nouă infrastructură de conectare, să se modernizeze şi să se întrețină corespunzător infrastructura existentă.[481]

3.1.2. Îmbunătăţirea calităţii vieţii în comunităţile rurale

Aproape jumătate din populație (46%, potrivit Recensământului din 2011) trăieşte în zonele administrative rurale. Îmbătrânirea populației rurale şi plecarea la muncă în străinătate a multor locuitori de la țară – în special a tinerilor şi femeilor – duc la adâncirea sărăciei din mediul rural.

Accesul la infrastructură şi servicii de bază de calitate în mediul rural

Disponibilitatea unor servicii şi infrastructuri de bază fiabile reprezintă o precondiție fundamentală pentru asigurarea unei bune calități a vieții şi a incluziunii sociale în mediul rural. În această secțiune, vom analiza: (i) disponibilitatea fizică a infrastructurii şi serviciilor de bază; (ii) accesul financiar şi fizic la infrastructura şi serviciile de bază; (iii) calitatea infrastructurii şi serviciilor de bază. Fiecare dintre aceste aspecte va necesita un răspuns politic adaptat.

A. Disponibilitatea fizică a infrastructurii şi serviciilor de bază în mediul rural

În România, există un decalaj pronunțat între mediul urban şi cel rural la nivelul disponibilității fizice a infrastructurii şi serviciilor de bază, comunitățile rurale aflându-se într-o poziție extrem de dezavantajată din acest punct de vedere. Totuşi, se observă variații în funcție de tipul infrastructurii sau al serviciilor. Având în vedere actualul decalaj între mediul rural şi cel urban, responsabilii de politici trebuie să extindă rapid oferta de servicii şi infrastructuri de bază în localitățile rurale. Aceasta va presupune măsuri „tangibile", precum proiecte zonale de investiții, finanțate în principal prin Programul Național de Dezvoltare Rurală (PNDR), Programul Operațional Regional (POR) şi, într-o oarecare măsură, prin Programul Operațional Infrastructură Mare (POIM). Principalele domenii în care ar trebui efectuate astfel de investiții sunt:

Rețeaua rutieră: În 2012, întreaga rețea rutieră se întindea pe 81.185 de kilometri. Rețeaua de drumuri județene şi municipale cuprindea în total 67.298 de kilometri, din care drumurile municipale reprezentau 47%. Densitatea drumurilor rurale era de 15 kilometri la 100 km2, adică mai puțin de jumătate din media națională (35,1). Aceste niveluri de densitate sunt printre cele mai mici din Uniunea Europeană.

Utilități de bază: Localitățile rurale se află mult în urma celor urbane în ceea ce priveşte disponibilitatea utilităților de bază, precum alimentarea cu apă, canalizarea şi gazele naturale, o excepție importantă reprezentând-o însă curentul electric, care este disponibil practic în toate locuințele din mediul rural. În 2012, doar 13% (2.011) dintre comunitățile rurale erau conectate la rețeaua publică de alimentare cu apă potabilă, față de 99% dintre oraşe. Doar 4% (616) dintre localitățile rurale erau conectate la sistemul public de canalizare, comparativ cu 97% dintre cartierele urbane. În plus, doar 4% (650) dintre comune şi sate aveau acces la rețeaua de distribuție a gazelor naturale, spre deosebire de 95% dintre locuințele urbane.

Unități preşcolare: Mediul rural este chiar şi mai afectat în ceea ce priveşte unitățile preşcolare şi şcolile profesionale/

[480] Ionescu-Heroiu et al (2013b).
[481] Aceste investiții ar trebui prioritizate în baza unei atente analize a tendințelor locale şi regionale şi a unui set de criterii clare (de exemplu, disponibilitatea resurselor necesare pentru întreținerea şi funcționarea infrastructurii noi sau a celei modernizate).

specializate, confruntându-se cu un deficit infrastructural major. Grădinițele de aici reprezintă numai 7,4% din totalul acestor unități înregistrat la nivel național în anul şcolar 2012/2013. În mod similar, în 2011, doar 1% din cele 295 de creşe din România erau situate în comunități rurale. Lipsa acestor unități preşcolare în mediul rural împiedică părinții copiilor de vârstă preşcolară să se întoarcă la muncă cu normă întreagă, ceea ce limitează venitul familiei.

Şcolile: Numărul total al şcolilor publice a scăzut semnificativ atât în mediul rural, cât şi în cel urban, deşi declinul a fost mult mai accentuat în zonele rurale. Între 1996 şi 2012, numărul şcolilor urbane a scăzut cu 55%, în timp ce numărul şcolilor rurale s-a diminuat cu 85%. În schimb, numărul elevilor a scăzut cu numai 20% în ambele medii, în aceeaşi perioadă. Chiar dacă populația României a urmat o tendință generală descendentă, nici populația urbană, nici cea rurală nu a înregistrat o scădere mai mare de 10% după 1990. Declinul numărului de unități de învățământ a fost mult mai precipitat. Se remarcă diferențe notabile de dinamică între nivelurile de învățământ. În timp ce numărul unităților de învățământ primar şi secundar s-a înjumătățit în mediul urban, scăderea a fost de 75% în mediul rural. În cazul liceelor, s-a constatat o uşoară creştere a numărului total în ambele medii. Mai mult, se estimează că peste 90% dintre şcolile primare şi gimnaziale – dintre care 70% se află în mediul rural – necesită îmbunătățiri.[482] Cu toate acestea, în timp ce numărul şcolilor a scăzut, cel al profesorilor a urmat mai mult sau mai puțin tendința ratei de cuprindere a elevilor, reducându-se cu un procent similar. Se observă un bun raport numeric între elevi şi profesori şi nu există disparități însemnate între mediul urban şi cel rural, cel puțin la nivelul învățământului preuniversitar.

Învățământul secundar superior: Numărul liceelor agricole a scăzut cu peste 80% în ultimii 15 ani şi numai 34 funcționau încă în mediul rural în 2011. Lipsa învățământului agricol specializat în localitățile rurale atrage managementul prost al exploatațiilor agricole şi reduce oportunitățile de câştig pentru o serie de categorii profesionale care se confruntă cu venituri mici şi sărăcie.

Sănătate: Asemenea şcolilor, numărul clinicilor medicale a cunoscut, în România, o tendință extrem de negativă, ca şi numărul cadrelor medicale de altfel. Declinul înregistrat în mediul rural (de 38,9% din 2005) a fost mai rapid decât la nivel național (de 17%). Mai multe detalii despre decalajul urban-rural sunt disponibile în Secțiunea 2.5.3. Creşterea accesului categoriilor vulnerabile la servicii medicale de calitate

Tehnologia informației şi a comunicațiilor: Nivelul de implementare a TIC în România rămâne unul foarte scăzut, potrivit standardelor europene. În 2012, doar jumătate dintre gospodăriile române aveau cel puțin un calculator şi acces la Internet. Gospodăriile rurale sunt şi mai în urmă, doar 32% deținând un calculator şi numai 28% fiind conectate la Internet. Acesta constituie un decalaj infrastructural major, ce trebuie eliminat.

B. Decalajul între mediul rural şi cel urban la nivelul accesului la infrastructura şi serviciile de bază

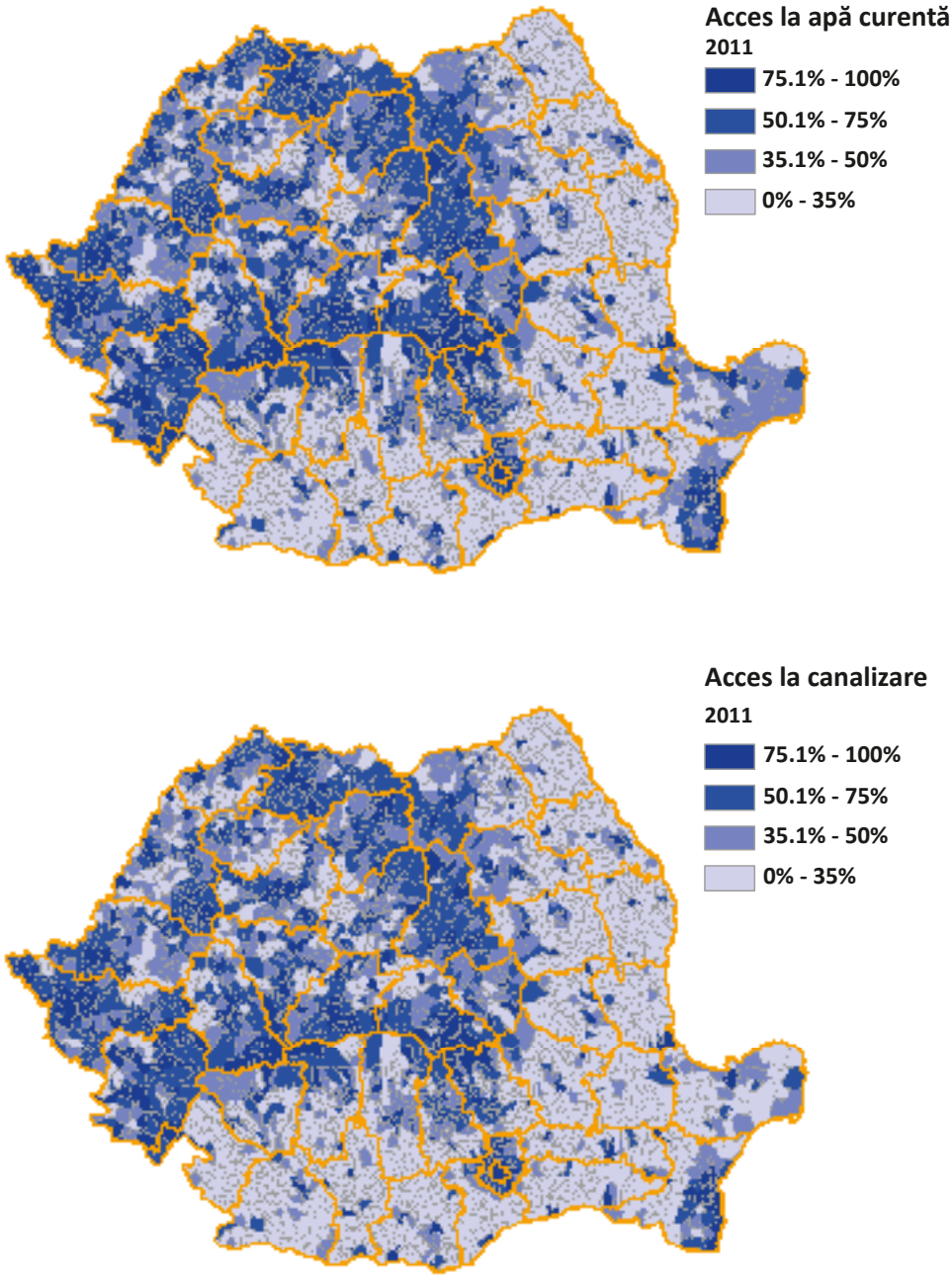
Populația din mediul rural se confruntă, de asemenea, cu numeroase bariere fizice şi financiare în ceea ce priveşte accesarea infrastructurii şi serviciilor de bază. Cel mai bun răspuns la provocările identificate în această subsecțiune este oferit de programele „intangibile", care se adresează categoriilor celor mai vulnerabile. Împreună cu programele sociale, PNDR şi Programul Operațional Competitivitate (POC), acestea pot contribui la creşterea veniturilor în mediul rural, prin crearea de locuri de muncă şi sprijinirea diversificării veniturilor, în special pentru persoanele în vârstă de muncă cu venituri mici (precum şomerii de la țară sau micii agricultori).

Rețeaua rutieră: Doar jumătate dintre comune au acces direct la rețeaua rutieră națională, ceea ce înseamnă că actuala rețea de drumuri deserveşte doar trei cincimi din totalul populației rurale. Aceasta atrage un decalaj major la nivelul accesului, decalaj ce trebuie eliminat.

Utilități de bază: În ceea ce priveşte accesul financiar la utilitățile de bază, precum apă curentă, canalizare, curent electric şi gaze naturale, statisticile existente nu indică, în termeni nominali, niciun decalaj major între gospodăriile din mediul urban şi cele din mediul rural. În realitate, 66,3% dintre gospodăriile urbane – comparativ cu doar 33,6% dintre cele rurale – s-au confruntat cu dificultăți şi întârzieri la plata facturilor de utilități în 2012. Cu toate acestea, nu există o analogie numerică perfectă, prin urmare comparațiile pot induce în eroare. Disponibilitatea mult mai redusă a acestor servicii în mediul rural face ca şi incidența facturilor la utilități să fie proporțional mai mică, ceea ce poate explica aparenta disciplină a gospodăriilor rurale (Harta 8). Dacă disponibilitatea acestor servicii ar fi egală, este posibil ca balanța să încline din nou în favoarea gospodăriilor urbane, având în vedere veniturile mai ridicate ale acesora.

[482] Ministerul Dezvoltării Regionale și Turismului (2012).

HARTA 8: Ponderea populației cu acces la apă curentă (sus) și canalizare (jos), în 2011



În general, orașele au acces mai bun la serviciile de bază deoarece beneficiază de efectele economiei de scară.

Orașele dezvoltate dau și comunităților învecinate posibilitatea să beneficieze de prosperitatea lor.

Acesta este un aspect ce trebuie luat în calcul atunci când se încearcă prioritizarea investițiilor pentru extinderea infrastructurii și a serviciilor de bază.

Sursa: Banca Mondială (Ionescu-Heroiu et al, 2013a: 152).

Educație: În 2011, doar 45,5% dintre copiii sub 4 ani din mediul rural erau înscrişi la creşă. Mai mult, cei 256.856 de copii din comune înscrişi la grădiniță reprezintă numai 80% din numărul echivalent înregistrat în mediul urban. La nivel național, absolvirea învățământului primar (clasele I-IV) este satisfăcătoare (peste 90%), fără disparități majore între mediul urban şi cel rural. Cu toate acestea, încep să apară decalaje în ciclul gimnazial (clasele V-VIII), în cazul căruia nivelul de absolvire ajungea, în 2012, la 66% în mediul rural şi la 85% în mediul urban, diferența lărgindu-se şi mai mult la finele liceului. În 2013, trei sferturi dintre persoanele cu loc de muncă din localitățile urbane aveau studii liceale sau superioare, în timp ce 42% dintre persoanele ocupate din mediul rural deținеau doar studii primare ori secundare sau nu aveau niciun fel de studii.

Ocuparea forței de muncă: Decalajul înregistrat în educație între mediul urban şi cel rural se reflectă în structura forței de muncă ocupate, având un impact direct asupra nivelului veniturilor şi a oportunităților de angajare. În 2013, un sfert dintre persoanele ocupate din mediul rural erau lucrători familiali neremunerați, iar o altă treime erau lucrători pe cont propriu. Ca o comparație, în mediul urban, peste 90% din forța de lucru era constituită din salariați.

Sănătate: Pe lângă infrastructura defectuoasă şi numărul insuficient de cadre medicale, mai ales în mediul rural, constrângerile financiare limitează, la rândul lor, accesul la serviciile de sănătate. În această privință, nu există diferențe semnificative între locuitorii din mediul urban şi cei din mediul rural, 75,8%, respectiv 74,2% afirmând că nu îşi permit astfel de servicii. Cu toate acestea, se remarcă o diferență notabilă între cele două medii la nivelul accesului fizic, datorată distanței foarte mari sau lipsei transportului public până la serviciile medicale – 5% față de 8,2%.

Trebuie clar îmbunătățită infrastructura de transport şi extinsă rețeaua de unități sanitare în mediul rural.

Tehnologia informației şi a comunicațiilor: Veniturile mici ale majorității populației rurale reprezintă principala cauză a penetrării şi utilizării reduse a Internetului în bandă largă în mediul rural. În plus, nivelul competențelor digitale este, în continuare, scăzut în comunitățile rurale, deşi acestea ajung rapid din urmă restul țării. Aproximativ 60% din populația rurală de 16-74 de ani nu a folosit niciodată un calculator sau Internetul, față de 30% din populația urbană (în 2013). Totuşi, numărul locuitorilor din comune care au accesat Internetul a crescut de 3,5 ori între 2007 şi 2013, un ritm mult mai alert decât cel înregistrat în rândul locuitorilor de la oraş.

C. Calitatea infrastructurii şi serviciilor de bază în mediul rural

Calitatea infrastructurii şi serviciilor de bază din mediul rural este la fel de importantă ca şi disponibilitatea şi accesibilitatea acestora şi nu ar trebui ignorată, deşi este mai greu de fundamentat prin date statistice. Anumiți indicatori de performanță (precum realizările în domeniul educației şi sănătății din mediul urban în comparație cu cele din mediul rural) pot oferi unele informații, deşi în determinarea acestor rezultate sunt implicați factori multipli. Cu toate acestea, guvernul trebuie să intensifice eforturile de monitorizare a calității infrastructurii şi serviciilor de bază şi de îmbunătățire a acesteia, acolo unde este cazul. Aceste eforturi ar trebui să vizeze, în principal, implementarea unor programe care să finanțeze dezvoltarea infrastructurii rurale (precum străzi şi utilități), dar şi monitorizarea calității serviciilor rurale prin ministerele de resort (cum ar fi Ministerul Sănătății sau Ministerul Educației).

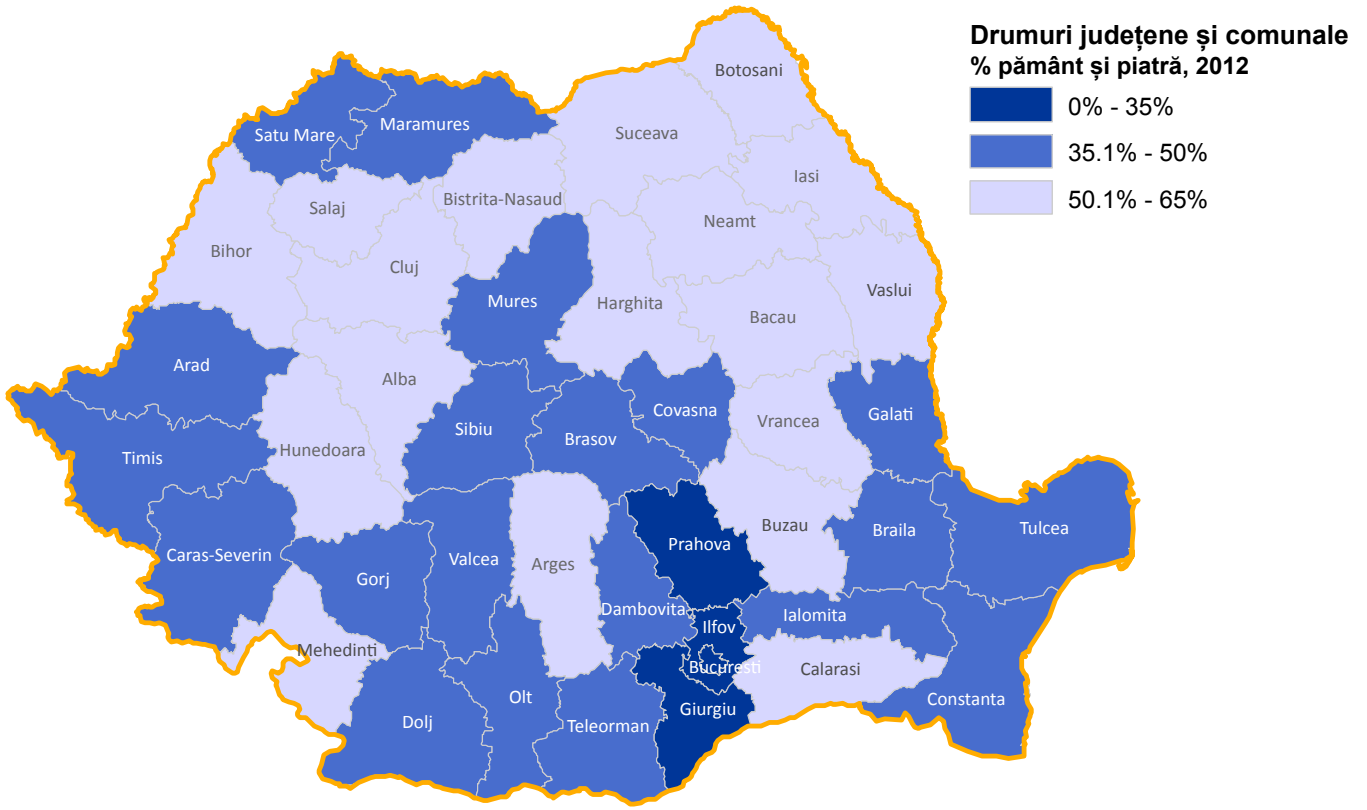
TABEL 39: Distribuţia drumurilor publice în funcţie de categorie şi gradul de modernizare, în 2012

	Național	Județean	Municipal
Modernizat	93%	27%	8%
Cu îmbrăcăminți uşoare rutiere	6%	45%	16%
Pietruit	2%	22%	47%
De pământ	0%	6%	28%

Sursa: Institutul Național de Statistică.

Rețeaua rutieră: În cazul drumurilor din mediul rural, calitatea inferioară reprezintă un inconvenient şi mai mare decât disponibilitatea sau accesul fizic. Drumurile comunale se află într-o stare mult mai proastă decât drumurile naționale şi cele județene (Harta 9). Doar 8% dintre drumurile rurale sunt modernizate (comparativ cu 93% dintre drumurile naționale) şi 75% dintre ele sunt drumuri pietruite sau de pământ. În caz de ploi sau ninsori abundente, multe din aceste drumuri devin impracticabile, blocând accesul populației la provizii şi servicii vitale şi întrerupând activitățile economice. Din cei 23.000 de kilometri de drumuri județene ce asigură legătura cu rețeaua transeuropeană de transport TEN-T, 60% au nevoie de reparații. Prin urmare, o mare parte a forței de muncă din mediul rural nu se poate deplasa spre centrele urbane în căutare de lucru. Harta 9 indică județele cu cel mai mare procent de drumuri județene şi comunale ce trebuie modernizate. Per ansamblu, potrivit standardelor de cost ale Ministerului Dezvoltării Regionale şi Administrației Publice, pentru modernizarea tuturor drumurilor județene de pământ şi a celor pietruite din România ar fi nevoie în jur de 3,4 miliarde de euro, în timp ce modernizarea drumurilor județene de pământ şi a celor pietruite ar necesita aproximativ 4,7 miliarde de euro.

HARTA 9: Judeţele cu cea mai mare pondere a drumurilor judeţene şi comunale ce necesită modernizare, în 2011



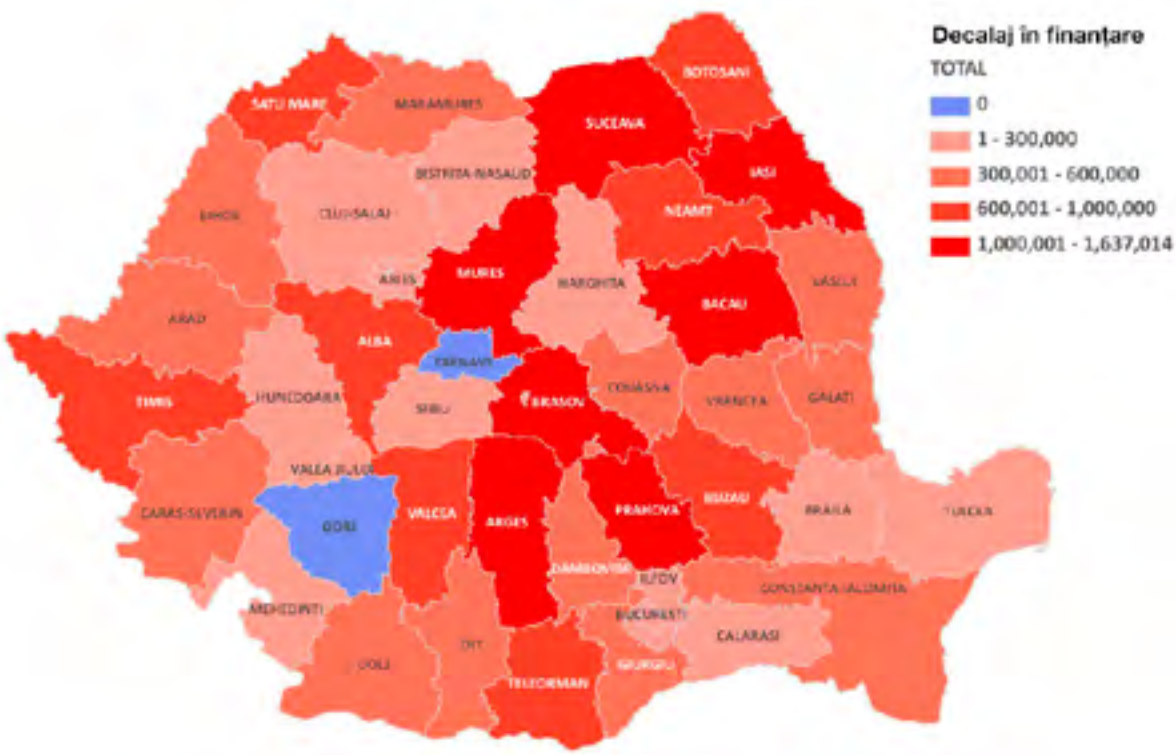
Sursa: Institutul Național de Statistică.

Utilități de bază: Disponibilitatea fizică extrem de redusă a utilităților de bază, precum apă curentă, canalizare, electricitate şi gaze naturale, limitează discuțiile referitoare la calitate. Cu toate acestea, este evident că majoritatea infrastructurii fizice existente are mare nevoie de reparații sau reconstrucție. Nivelul de calitate şi fiabilitate al serviciilor de alimentare cu apă şi de canalizare din România este, în general, unul scăzut, mai ales în mediul rural, unde calitatea apei nu îndeplineşte întotdeauna standardele igienice minime. Potrivit master planurilor regionale ale României din domeniul apei, investiția necesară în aceste două sectoare se ridică la aproximativ 30 de miliarde de euro. Harta 10 prezintă regiunile cu cele mai mari nevoi în această privință.

Educație: Calitatea învățământului preuniversitar este mai scăzută în mediul rural decât în cel urban. Conform unui studiu realizat pentru Ministerul Educației Naționale în 2012, în şcolile rurale indicatorii referitori la calitatea standard înregistrează valori cu 10% mai mici decât în cele urbane. Legea prevede evaluarea externă a învățământului românesc, o dată la cinci ani. Un set format din 24 de indicatori de performanță – stabiliți prin Hotărârea de Guvern nr. 21 din 2007 – stă la baza acreditării şi evaluării şcolilor. Folosind aceşti indicatori, se calculează un scor cumulat pentru fiecare şcoală. Concluzia raportului de evaluare a fost că elevii din mediul rural au acces la o educație de calitate inferioară față de colegii lor din mediul urban şi că guvernul trebuie să intensifice eforturile menite să elimine decalajul de calitate.

Sănătate: Nu există date clare referitoare la standardele de calitate din cadrul sistemului român de sănătate. În acest domeniu, asigurarea calității este încă în fază incipientă (vezi Strategia națională de sănătate 2014-2020),[483] cu excepția laboratoarelor. Standardele de calitate, procedurile şi protocoalele pentru unitățile medicale sunt în curs de elaborare, însă evidențele empirice au arătat nu o dată că nu se îndeplinesc nici măcar standardele minime, acolo unde există astfel de standarde.

HARTA 10: Investiţii necesare în reţeaua de apă şi canalizare, pe regiuni, în 2014 (în mii de euro)



Sursa: Master planurile regionale din domeniul apei.

[483] Ministerul Sănătății (2014: 36).

Tehnologia informației şi a comunicațiilor: În general, România se situează pe o poziție fruntaşă în ceea ce priveşte calitatea serviciului de Internet în bandă largă. Potrivit unui raport recent realizat de Akamai, un important administrator de conținut online de la nivel mondial, România ocupă poziția a 18-a în lume, cu o viteză medie de conexiune de 9,3 Mbps în primul trimestru al anului 2014.[484] Conform aceluiaşi raport, viteza de penetrare a Internetului în România este de asemenea mare, țara situându-se pe locul şase la nivel mondial în privința creşterii trimestriale a conectivității în bandă largă (peste 4 megabiți pe secundă). Deşi nu există o defalcare a calității serviciilor de Internet pe medii de rezidență, putem presupune că principalul inconvenient pentru potențialii utilizatori rurali nu este calitatea serviciilor TIC. În schimb, guvernul trebuie să se concentreze pe asigurarea disponibilității acestor servicii şi extinderea accesului, mai ales prin creşterea oportunităților de generare a veniturilor şi a competențelor digitale în mediul rural.

Comunităţile rurale mici şi izolate

Zonele rurale sunt extrem de eterogene. Acestea sunt organizate în 2.861 de comune (unități administrative), ce cuprind în jur de 12.373 de sate.[485] Principalele criterii de diferențiere a satelor sunt poziția geografică, numărul de locuitori, distanța până la cel mai apropiat oraş şi tipul administrativ (central/ periferic). 88% dintre comune sunt formate dintr-un sat centru plus între 1 și 40 sate periferice. De regulă, satele centru tind să concentreze resursele administrative şi instituționale ale comunei (primăria, dispensarul, şcoala, biblioteca, poşta şi secția de poliție). Spre deosebire, infrastructura publică, prea puțin modernizată în majoritatea comunităților rurale, este mult mai proastă în satele periferice. Satele cele mai prospere sunt cele situate în apropierea unui oraş şi/sau a unui drum european.[486] De fapt, multe dintre aceste sate dezvoltate fac parte din localități suburbane sau periurbane.

Satele mici şi foarte mici sunt cele mai dezavantajate, mai ales cele cu o populație îmbătrânită şi/sau situate în zone izolate (vezi Anexă Tabel 10.1). Recensământul din 2011 a identificat un total de 3.172 de sate cu mai puțin de 200 de locuitori, din care aproximativ jumătate (1.610 sate) sunt foarte mici (sub 100 de locuitori). În jur de 3,4% din întreaga populație rurală (aproximativ 312.000 de persoane) locuieşte în sate mici, din care sub 1% locuieşte în satele foarte mici. Majoritatea acestor sate mici ocupă o poziție periferică la nivelul comunelor din care fac parte (fiind situate uneori la mulți kilometri de satul central) şi au o populație în vârstă (Anexă Tabel 10.4, Anexă Tabel 10.7). Peste 41% din populația satelor cu mai puțin de 200 de locuitori şi 45% din populația satelor foarte mici este în vârstă de 55 de ani şi peste.[487] Satele mici şi foarte mici sunt răspândite pe întreg teritoriul țării, dar par a fi mai concentrate în regiunile Vest şi Centru (Anexă Tabel 10.2, Anexă Tabel 10.3). De asemenea, satele cu o populație în vârstă sunt mai des întâlnite în regiunile vestice ale țării (Nord-Vest, Vest şi Sud-Vest)(Anexă Tabel 10.8). În privința infrastructurii de bază, satele mici şi foarte mici prezintă nevoi de dezvoltare similare cu cele ale comunităților mai mari (Anexă Tabel 10.5, Anexă Tabel 10.9).[488] Însă, din cauza structurii lor demografice, aceste sate au şi nevoi specifice legate, în special, de dezvoltarea serviciilor sociale, mai precis sprijin oferit vârstnicilor în activitatea zilnică (sprijin la domiciliu) şi acces mai bun la educație de calitate (mai ales la educația timpurie a copilului şi învățământul primar pentru copiii mai mici) deoarece, în multe din aceste sate, şcolile au fost închise sau sunt subfinanțate din cauza numărului mic de elevi (Anexă Tabel 10.6).

Între comunitățile rurale, comunele mici cu sub 2.000 de locuitori sunt cele mai dezavantajate din punctul de vedere al dezvoltării umane şi sociale. În comunele din România, numărul de locuitori variază semnificativ, de la un minim de 119 locuitori până la un maxim de aproape 23.000.[489] Comunele mici (cele cu mai puțin de 2.000 de locuitori) reprezintă 26% (sau 751 comune) şi au, la un loc, o populație de peste 1,1 milioane de locuitori (vezi Anexă Tabel 10.10). Aceste comune sunt răspândite pe tot teritoriul țării, dar par a fi mai concentrate în regiunile Vest, Centru şi Sud-Vest, urmând un tipar similar cu cel al satelor mici şi al celor cu o

[484] Akamai (2014).
[485] În ianuarie 2015, Nomenclatorul unităților administrativ-teritoriale (INS) a raportat 13,755 de sate (unități SIRUTA) la nivel național, care erau grupate în 3.181 unități teritorial-administrative (comune și orașe). Cu toate acestea, 129 de sate sunt "fictive" (nu au nici un locuitor) și nu au date corespunzătoare în Recensământul Populației și Locuințelor din 2011 (114 din mediul rural și 15 din mediul urban). Deoarece cele mai multe analize prezentate în următoarele secțiuni se bazează pe datele recensământului din anul 2011, ne vom referi doar la acele sate care sunt "valide", 13,626 de unități SIRUTA, dintre care 12,373 în zonele rurale și 1,253 în zonele urbane.
[486] Sandu (2000) și Stănculescu (2004).
[487] În același timp, copiii cu vârste între 0 și 17 ani reprezintă doar 18%, respectiv 16% din populația totală. Pentru a face o comparație, în satele cu peste 200 de locuitori, copiii reprezintă 22%, în timp ce locuitorii de 55 de ani și peste constituie 31% din totalul populației.
[488] Satele cu o pondere ridicată a locuitorilor în vârstă par a înregistra un procent mai mic al locuințelor conectate la utilități, precum gaze naturale, apă curentă sau canalizare, însă de obicei cererea pentru aceste servicii este și ea mai redusă (unii vârstnici sunt prea săraci ca să poată acoperi costul gazelor și al apei curente, în timp ce alții nu doresc să investească în astfel de facilități pentru că sunt obișnuiți să aducă apă de la izvor sau fântână).
[489] Brebu Nou (Weidenthal) este cea mai mică comună din țară (119 locuitori, potrivit Recensământului din 2011). Aceasta este o fostă comună săsească ce include două sate și este situată în Munții Semenic, în județul Caraş-Severin din vestul României. Cea mai mare comună este Floreşti, o suburbie periurbană a oraşului Cluj-Napoca, județul Cluj, în regiunea Centru.

pondere ridicată a populației în vârstă (Anexă Tabel 10.11). În privința disponibilității, accesibilității financiare şi calității infrastructurii de bază, comunele mici înregistrează un procent al locuințelor conectate la utilități şi al gospodăriilor care se confruntă cu dificultăți şi întârzieri la plata facturilor de utilități (încălzire, curent şi gaze) similar cu cel al celorlalte comune (Anexă Tabel 10.12, Anexă Tabel 10.13). Cu toate acestea, Indicele dezvoltării umane locale (LHDI) indică faptul că aceste comune mici au fost şi sunt în continuare mult mai puțin dezvoltate decât comunele mai mari, chiar şi atunci când acestea din urmă sunt izolate (Tabel 40). Din Tabel 40 putem vedea că, pe de-o parte, comunele izolate (cele slab conectate la centrele urbane) riscă să fie dezavantajate doar dacă sunt mici (altfel spus, când au mai puțin de 2.000 de locuitori), iar, pe de altă parte, comunele mici sunt, în general, mai slab conectate la cele mai apropiate orașe decât comunele mai mari (cu alte cuvinte, prezintă un risc mai mare de izolare). Deşi în perioada 2002-2011 comunele mici au prezentat o evoluție pozitivă la nivelul dezvoltării infrastructurii, iar între 2009 şi 2012 au atras mai multe fonduri europene pe cap de locuitor decât comunele mai mari, comunele mici nu au reuşit să reducă semnificativ decalajul de dezvoltare. Mai mult, potrivit celor prezentate în secțiunile anterioare cu privire la serviciile sociale, educație şi sănătate, comunele mici se află în mod clar într-o poziție dezavantajată, în sensul că dețin un număr mai mic de lucrători comunitari (asistenți sociali, asistenți medicali comunitari, mediatori sanitari romi, mediatori şcolari şi cadre didactice calificate), instituții locale cu capacități reduse şi foarte puține servicii primare şi comunitare.

TABEL 40: Dezvoltarea umană şi economică a comunelor mici şi a comunelor izolate

	Comune mici (<2.000 de locuitori)	Comune izolate (>2.000 de locuitori)	Alte comune (nici mici, nici izolate)	Mediul urban
Număr comune	751	375	1,735	320
Populație medie (număr locuitori)	1,474	3,558	3,932	34,000
Indicele de conectivitate urbană (IURCON)	1.4	1.0	1.7	1.4
Ponderea comunelor izolate (%)	23	100	0	-
Indicele dezvoltării umane locale 2002 (LHDI 2002)	29.8	32.7	33.5	44.3
Indicele dezvoltării umane locale 2011 (LHDI 2011)	33.5	36.7	37.7	47.2
Evoluția LHDI (2011 ca % din 2002)	112	112	112	106
Cheltuieli totale aferente proiectelor cu finanțare europeană, în perioada 2009-2012 (euro pe cap de locuitor)	174	153	112	61
Ponderea veniturilor proprii în veniturile totale ale bugetului local, în 2007 (%)	12.9	16.0	17.4	38.6
Ponderea veniturilor proprii în veniturile totale ale bugetului local, în 2012 (%)	19.1	20.8	22.8	41.6
Evoluția veniturilor proprii (2012 ca % din 2007)	148	130	131	108
Ponderea investițiilor de capital în cheltuielile totale ale bugetului local, în 2007 (%)	26.0	22.6	25.4	19.4
Ponderea investițiilor de capital în cheltuielile totale ale bugetului local, în 2012 (%)	20.7	18.4	20.4	16.5
Evoluția investițiilor de capital (2012 ca % din 2007)	80	81	80	85

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială, folosind Recensământul populației şi al locuințelor din 2011; Banca Mondială (Ionescu-Heroiu et al, 2013a) pentru LHDI 2002 şi 2011; Date privind execuția bugetelor locale, postate de Ministerul Administrației şi Internelor.[490]

Note: IURCON estimează conectivitatea urbană, în baza distanței unei comune față de orașele învecinate mici, mijlocii, mari şi foarte mari. Cu cât valoarea IURCON este mai mare, cu atât comuna este mai bine conectată la centrele urbane. Comunele izolate sunt localitățile din chintila inferioară a indicelui IURCON.

[490] În prezent, datele privind execuția bugetelor locale sunt raportate de Ministerul Finanțelor. Ministerul Administrației și Internelor este Ministerul Afacerilor Interne.

Totodată, indicatorii referitori la bugetul local arată că aceste comune mici sunt dezavantajate şi din punctul de vedere al dezvoltării economice (Tabel 40). Măsura în care comunitățile locale depind de sprijin de la bugetul de stat este un indicator relevant al potențialului local de creştere economică. Dacă bugetul local cuprinde un număr mic de transferuri de la bugetul central şi un nivel ridicat al veniturilor proprii (din colectarea de taxe locale), acesta este un semn că localitatea respectivă se bucură de o dezvoltare economică solidă şi că deține o bază extinsă de contribuabili (cetățeni şi firme). Conform datelor Ministerului de Finanțe, proporția medie a veniturilor proprii (sau a independenței față de bugetul de stat) în cazul localităților din România era de doar 24%, la finalul lui 2012. La nivelul acestei medii, se constată variații semnificative între oraşe (42%), comune (22%) şi comunele mici (19%). Doar un număr mic de localități au reuşit să atingă pragul de independență de peste 50% în 2012, mai precis 84 de oraşe (sau 26% dintre oraşe, cu excepția Bucureştiului) şi 135 de comune (din care 109 nu sunt nici mici, nici izolate). În consecință, investițiile de capital sunt reduse şi au scăzut în ultimii ani, în toate localitățile.

Aceasta înseamnă că responsabilii de politici ar trebui să ia în considerare reformarea structurii administrației locale, ca un mod realist şi eficient de a încuraja dezvoltarea rurală. În momentul de față, este prea scump pentru majoritatea localităților să investească în dezvoltarea oricărei infrastructuri sau serviciu de bază. Prin urmare, responsabilii de politici trebuie să formuleze legi adecvate care să permită comunităților rurale să fuzioneze şi să creeze comunități mai puține ca număr, dar de dimensiuni mai mari, care să fie mai bine conectate la centrele urbane (în special la polii de creştere). Aceasta va contribui la reducerea inegalităților existente între mediul rural şi cel urban, precum şi în interiorul comunităților rurale.

Fondurile europene ca instrument de dezvoltare a infrastructurii şi serviciilor de bază în mediul rural

România beneficiază de finanțări din partea mai multor fonduri europene pentru a-şi extinde realizările în domeniul sănătății, serviciilor sociale, mediului fizic şi infrastructurii economice în regiunile sale cel mai puțin dezvoltate. Aceste fonduri sunt Fondul European de Dezvoltare Regională (FEDR), Fondul Social European (FSE) şi Fondul European pentru Agricultură şi Dezvoltare Rurală (FEADR). Se aşteaptă ca guvernul să aloce aproximativ 3,5 miliarde de euro (10%) din aceste fonduri pentru atingerea Obiectivului tematic 9 al UE privind promovarea incluziunii sociale şi combaterea sărăciei şi a discriminării.[491]

Va trebui ca aceste fonduri să fie cheltuite cu atenție pentru a le garanta eficiența. În Tabel 41, prezentăm domeniile în care se impun investiții în infrastructura şi serviciile de bază din mediul rural, prioritizându-le în funcție de nevoile cele mai stringente.

TABEL 41: Prioritățile de investiție în infrastructura şi serviciile de bază din mediul rural

	Disponibilitate fizică	Acces financiar şi fizic	Calitate
Drumuri	Medie	Medie	Ridicată
Utilități de bază:			
- Apă potabilă	Ridicată	Ridicată	Ridicată
- Canalizare	Ridicată	Ridicată	Ridicată
- Curent electric	Redusă	Redusă	Redusă
- Gaze naturale	Ridicată	Redusă	Ridicată
Educație	Medie*	Redusă	Medie
Sănătate	Ridicată	Ridicată	Nu este disponibil**
TIC	Medie	Medie	Redusă

Note: *Ridicată doar în cazul educației preşcolare şi al şcolilor profesionale/ specializate. **Nu sunt disponibile evaluări ale calității.

[491] Distribuția provizorie a fondurilor europene în sprijinul Obiectivului tematic 9 în România este următoarea: FEDR (0,5 miliarde de euro), FSE (1,1 miliarde de euro) şi FEADR (1,8 miliarde de euro).

Având în vedere prioritățile prezentate în Tabel 41, fondurile europene trebuie utilizate pentru:

- A extinde şi moderniza infrastructura fizică a zonelor rurale, mai precis drumurile şi utilitățile de bază (în special sistemele de apă, canalizare şi gaze naturale).
- A extinde şi moderniza unitățile de învățământ şi medicale din mediul rural şi pentru a crea stimulente care să încurajeze furnizorii de servicii (precum profesorii şi medicii) să activeze în aceste zone.
- A extinde rețeaua TIC în mediul rural şi a elabora politici menite să crească nivelul de competențe digitale în aceste zone.
- A crea programe adresate categoriilor vulnerabile (atât în mediul urban, cât şi în cel rural) în vederea creşterii accesului acestora la educație şi sănătate.
- A elabora, monitoriza şi aplica standarde de calitate pentru serviciile de dezvoltare umană (precum cele de educație şi sănătate), în mod diferit pentru centrele urbane şi comunitățile rurale.
- A crea programe menite să diversifice veniturile şi să creeze noi oportunități de angajare în mediul rural (folosind fondurile FEADR, FEDR şi FSE), precum şi să sporească mobilitatea forței de muncă şi dobândirea de competențe (folosind fondurile FEADR şi FSE) pentru a depăşi barierele datorate veniturilor, ce pot împiedica accesul anumitor segmente ale populației rurale la infrastructură şi servicii.
- A împuternici comunitățile locale – prin LEADER[492] – astfel încât acestea îşi asume responsabilitatea pentru propria lor dezvoltare şi să îşi prioritizeze nevoile de investiții. Aceasta va contribui la direcționarea fondurilor spre zonele unde nevoia este cea mai mare.

Tabel 42 prezintă o sinteză a investițiilor prioritare, precum şi principala sursă de finanțare pentru fiecare dintre ele.

TABEL 42: Priorităţi cheie în vederea creşterii disponibilităţii infrastructurii şi serviciilor de bază în mediul rural, cu principalele surse de finanţare

	Investiții pentru sporirea disponibilității fizice	Investiții pentru facilitarea accesului financiar şi fizic	Investiții pentru creşterea calității***
Drumuri	Drumuri locale (FEADR/PNDR), drumuri județene (FEDR/POR), TEN-T (FEDR şi FC/POIM)	n.d.	La fel ca şi pentru disponibilitate fizică
Utilități de bază:			
Apă potabilă şi canalizare	Localități cu 2.000-10.000 de locuitori echivalenți* (FEADR/PNDR), peste acest nivel (FEDR şi FC/POIM)	n.d.	La fel ca şi pentru disponibilitate fizică
Curent electric	n.d.	n.d.	n.d.
Gaze naturale	n.d.	TBD**	n.d.
Educație	Grădinițe, creşe şi unități after-school din mediul rural, licee agricole (FEADR/PNDR), alte unități de învățământ (FEDR/POR)	TBD**	La fel ca şi pentru disponibilitate fizică
Sănătate	Clinici rurale şi centre de îngrijire comunitară (FEADR/PNDR), spitale regionale şi județene, centre de asistență primară şi centre integrate de îngrijire comunitară (FEDR/POR)	TBD**	La fel ca şi pentru disponibilitate fizică
TIC	Mica infrastructură TIC din mediul rural (FEADR/PNDR), alt tip de infrastructură TIC (FEDR/PO Competitivitate)	TBD**	La fel ca şi pentru disponibilitate fizică

Note: *Localitățile sub 2.000 de locuitori trebuie să mai aştepte până cel puțin în 2018, dată până la care localitățile mai mari trebuie să îndeplinească anumite standarde UE. TBD** - Măsuri „intangibile" adresate populației ce urmează a fi determinate. *** Măsurile complementare (inclusiv monitorizarea şi aplicarea corespunzătoare) nu sunt incluse în acest tabel. n.d. - datele nu sunt disponibile.

[492] LEADER (Liaison Entre Actions de Développement de l'Économie Rurale sau Conectarea Acțiunilor de Dezvoltare a Economiei Rurale) este o metodă de dezvoltare locală concepută de Rețeaua Europeană de Dezvoltare Rurală (REDR), care permite membrilor comunităților locale să dezvolte o anumită zonă, folosind potențialul inerent al acesteia.

FEADR acoperă cam 50% din resursele puse la dispoziția României de fondurile UE în vederea realizării obiectivelor de incluziune socială şi reducere a sărăciei. Aceste fonduri vor finanța următoarele acțiuni:[493]

- Crearea, extinderea şi îmbunătățirea rețelei de drumuri locale în mediul rural. Conectivitatea la rețeaua de drumuri principale este unul dintre principiile importante ce stau la baza investițiilor FEADR.

- Crearea, extinderea şi îmbunătățirea rețelelor publice de apă şi canalizare (M07, sub-măsura 7.2). Aceste proiecte de investiție sunt complementare celor demarate în cadrul Programului Operațional Infrastructură Mare. Vor fi implementate doar în localitățile rurale cu o populație cuprinsă între 2.000 şi 10.000 de locuitori echivalenți (L.E.),[494] cu condiția să fie incluse în master planurile regionale. Localitățile cu sub 2.000 locuitori echivalenți vor putea finanța investiții în infrastructura de apă după 2018, dacă România îşi îndeplineşte angajamentele asumate în concordanță cu Directiva 91/271/CEE. Potrivit liniilor directoare ale UE, investițiile în infrastructura de apă trebuie efectuate în localitățile cu cel puțin 50 de locuitori, în timp ce investițiile în sistemul de canalizare ar trebui realizate în comunitățile cu cel puțin 2.000 de locuitori echivalenți.

- Crearea, modernizarea sau extinderea infrastructurii de educație/ îngrijire a copilului (M07, sub-măsura 7.2): (i) crearea şi modernizarea (inclusiv mobilarea) grădinițelor, creşelor şi unităților after-school şi (ii) extinderea şi modernizarea unităților de învățământ secundar cu profil agricol.

- Crearea şi/sau modernizarea clinicilor medicale rurale şi a centrelor de îngrijire comunitară (M07, sub-măsura 7.2).

Comunele vor fi eligibile pentru finanțare în cadrul acestor patru măsuri, dar şi ONG-urile vor putea beneficia de susținere în scopul modernizării unităților de învățământ (a grădinițelor) şi a infrastructurii sociale (a unităților after-school). Se aşteaptă ca, până în 2023, să se deruleze şi să se finalizeze un total de 1.151 de operațiuni. În plus, PNDR investeşte în întreținerea, conservarea şi renovarea patrimoniului cultural local din mediul rural (M07, măsura 7.6), inclusiv a mănăstirilor, ceea ce se aşteaptă să genereze un impact pozitiv la nivelul turismului local şi să stimuleze dezvoltarea activității economice la nivel local.

FEDR, prin Programul Operațional Regional, acoperă doar aproximativ 14% din resursele menite să ajute România să sporească incluziunea socială şi să reducă sărăcia. Cu toate acestea, POR oferă României fonduri suplimentare care au efecte pozitive asupra calității vieții în mediul rural. Fondurile FEDR vor finanța următoarele acțiuni:

- Crearea unei rețele de spitale regionale, dotarea spitalelor județene cu tehnologii adecvate, dezvoltarea sistemului de asistență medicală primară şi înființarea unor centre integrate de îngrijire comunitară. Pentru această componentă, este alocat un buget provizoriu de 400 de milioane de euro (contribuția UE). Cu toate acestea, în momentul de față, nu este disponibilă o defalcare pe subcomponente sau ținte. Centrele integrate de îngrijire comunitară dețin o relevanță importantă în ceea ce priveşte eliminarea decalajului de la nivelul accesului la serviciile medicale din mediul rural. Acestea vor integra servicii medicale şi sociale şi vor căuta să fie, printr-o mai bună acoperire teritorială, mai aproape de beneficiari.

- Investiții în infrastructura educațională, ce vor sprijini modernizarea unităților de învățământ, de la cele preşcolare şi şcoli generale până la liceele specializate şi universități. Pentru această componentă, este alocat un buget provizoriu de 340 de milioane de euro (contribuția UE). Aceste investiții sunt prevăzute în Strategia națională din domeniul educației şi formării profesionale 2014-2020. Deşi strategia recunoaşte că mediul rural se confruntă cu provocări mai mari, nu stabileşte ținte specifice pentru modernizarea unităților rurale de învățământ.

- Investiții în infrastructura rutieră. POR prevede 900 de milioane de euro (contribuția UE) pentru modernizarea drumurilor județene care asigură conectarea la rețeaua TEN-T. Totodată, acoperă dezvoltarea sau repararea centurilor adiacente.

Accesul la mica infrastructură TIC şi la infrastructura şi serviciile de bază poate fi îmbunătățit şi prin axa LEADER, care acordă sprijin grupurilor de acțiune locală active în mediul rural şi oraşele mici cu mai puțin de 20.000 de locuitori.

[493] La 1 iulie 2014, nu era disponibilă o distribuție financiară detaliată pe măsuri.
[494] L.E. reprezintă raportul dintre nivelul total al poluării produse într-un interval de 24 de ore de unitățile industriale şi servicii şi nivelul individual al poluării, sub forma reziduurilor menajere, produse de o persoană în acelaşi interval.

În plus, POIM (Infrastructură Mare) – combinând resursele oferite de FEDR şi Fondul de Coeziune (FC), în valoare de 2,5 miliarde de euro, respectiv 6,9 miliarde de euro – va contribui, printre altele, la dezvoltarea reţelei TEN-T şi la modernizarea infrastructurii mari de apă şi canalizare. Cu toate că nu se concentrează pe localităţile rurale în mod special, aceste proiecte de investiţie vor produce beneficii indirecte.

În vederea folosirii cât mai optime a fondurilor europene pentru reducerea sărăciei şi a excluziunii sociale în mediul rural, ar trebui acordat mai mult sprijin autorităţilor locale şi actorilor locali de la nivelul micro-regiunilor (grupuri de comune/ GAL) sau al comunităţilor rurale pentru dezvoltarea serviciilor sociale de bază şi a celor integrate. Trebuie dezvoltată capacitatea autorităţilor locale de a integra priorităţile de finanţare şi de a elabora proiecte legate de infrastructura şi serviciile sociale, în sensul: (i) evaluării nevoii de servicii sociale şi integrate (inclusiv servicii de îngrijire la domiciliu şi de lungă durată, centre de zi, servicii recreative etc.), (ii) formării şi facilitării cu privire la programul LEADER şi folosirii cadrului GAL (grup de acţiune locală), (iii) utilizării mai eficiente a infrastructurii TIC în serviciile comunitare, inclusiv a noilor tehnologii care pot veni în sprijinul nevoilor locuitorilor din mediul rural.

3.1.3. Îmbunătăţirea calităţii vieţii în comunităţile urbane mici

Comunităţile urbane sunt mult mai dezvoltate decât cele rurale, însă există discrepanţe majore între diferitele tipuri de zone urbane, în funcţie de numărul de locuitori. Potrivit Anuarului Regional 2013 (Eurostat), în întreaga Europă, rata riscului de sărăcie sau excluziune socială (AROPE) prezintă o puternică dimensiune geografică sau, altfel spus, este influenţată de poziţia geografică. Cu toate acestea, la nivelul riscului de sărăcie sau excluziune socială (AROPE), riscului de sărăcie (monetară) (AROP) şi lipsurilor multiple grave, cel mai mare decalaj în funcţie de gradul de urbanizare este înregistrat în Bulgaria şi România. Astfel, România prezintă a doua cea mai mare diferenţă între ratele riscului de sărăcie sau excluziune socială înregistrate la nivelul a trei grade diferite de urbanizare: o diferenţă de 19 puncte procentuale între zonele slab populate şi cele dens populate. Mai mult, rata riscului de sărăcie (AROP)[495] – una dintre cele mai ridicate la nivelul statelor membre ale UE – înregistrează variaţii semnificative, de la aproximativ 7% în zonele dens populate la 19% în cele cu o densitate medie (zone urbane mici) şi peste 31% în zonele (rurale) slab populate. Aşadar, diferenţele (în funcţie de gradul de urbanizare) sugerează că rata riscului de sărăcie nu depinde exclusiv de caracteristicile personale, precum educaţia, statutul ocupaţional, tipul gospodăriei şi vârsta, din moment ce în zonele (rurale) slab populate rata este de 4,5 ori mai mare decât în zonele dens populate (oraşe mijlocii şi mari).

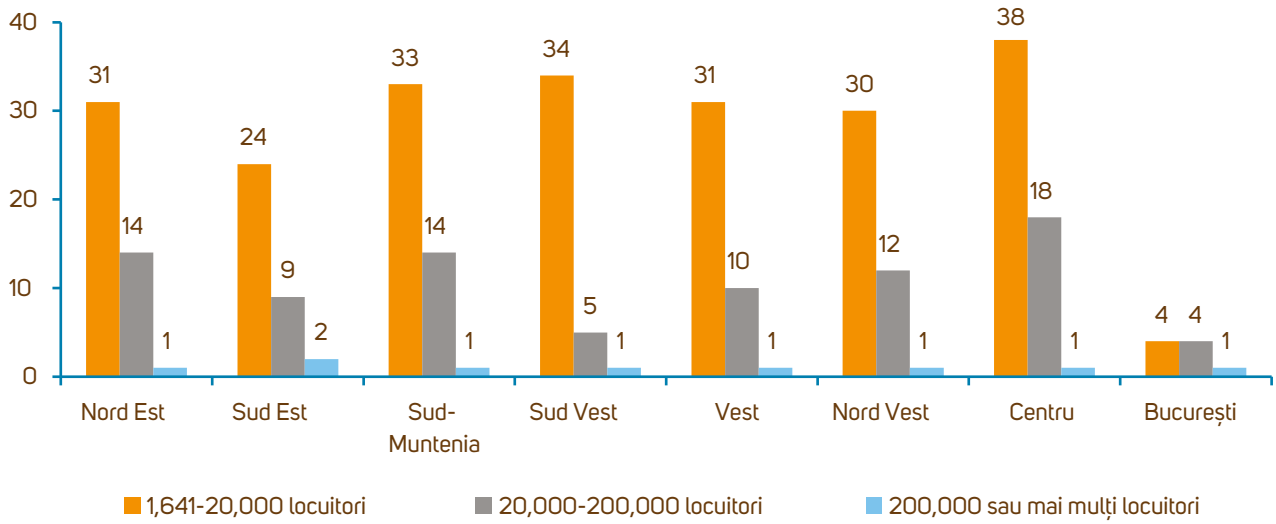
Majoritatea centrelor urbane din România sunt oraşe mici, cu mai puţin de 20.000 de locuitori, mai precis 225 dintr-un total de 320 de oraşe (Figura 46). Cu toate acestea, datele Recensământului din 2011 indică faptul că majoritatea populaţiei urbane (43,1% din 10,859 milioane de locuitori) locuieşte în oraşe mijlocii, 37,6% în oraşe mari şi doar 19,3% în aceste oraşe mici (vezi Anexă Tabel 10.14).

Sunt necesare investiţii în infrastructura satelor anexate oraşelor, în vederea îmbunătăţirii calităţii vieţii populaţiei din oraşele mici şi a eliminării decalajului dintre oraşele mici dezavantajate şi alte zone urbane. În România, doar 81 de oraşe (din cele 320) nu includ sate (aşezări compacte cu case ce au un aspect rural, situate de obicei la câţiva kilometri distanţă de centrul oraşului). În schimb, 88% dintre oraşele mici declarate recent (în perioada 2002-2006), 80% dintre celelalte oraşe mici şi 62% dintre oraşele mijlocii cuprind între 1 şi 21 de sate, aşa cum reiese şi din Figura 47. Există, de exemplu, oraşe mici în zona montană, unde satele sunt răspândite pe o rază de peste 10 km faţă de centrul oraşului. Într-adevăr, multe oraşe mici sunt slab populate şi apar pe hartă ca nişte aglomerări de aşezări distante, cu o slabă conectare rutieră între acestea. Spre deosebire de ele, oraşele mijlocii sunt dens populate, iar creşterea lor se datorează, în principal, unui proces de suburbanizare. Unele oraşe mijlocii s-au întins până la graniţa anumitor sate, încorporându-le astfel în mod natural. Aşadar, la nivelul oraşelor mici, prezenţa satelor reflectă mai degrabă un efort de a atinge pragul demografic administrativ pentru dobândirea statutului de unitate administrativă urbană, în timp ce, în cazul oraşelor mijlocii, prezenţa satelor ţine mai mult de extinderea zonei funcţionale.

Numărul de sate încorporate (sau de cartiere rurale) este puternic corelat[496] cu nivelul de dezvoltare umană a

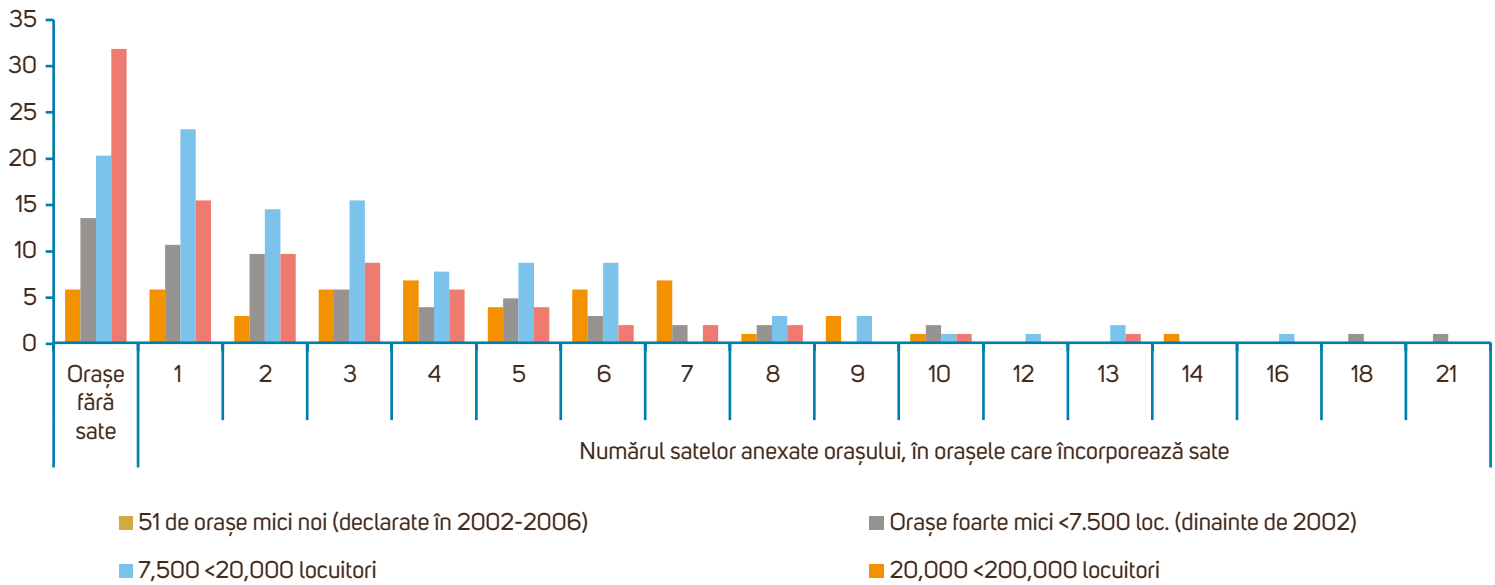
[495] Rata riscului de sărăcie nu este ajustată în funcţie de diferenţele înregistrate la nivelul costului vieţii între diversele tipuri de zonă şi, prin urmare, decalajul dintre diferitele zone poate fi supraestimat.
[496] Coeficientul Pearson de corelaţie între numărul satelor anexate şi LHDI2002 este -0,18 (p=0,001) şi -0,23 (p=0,000) pentru LHDI 2011.

FIGURA 46: Distribuţia regională a oraşelor din România, în funcţie de mărimea populaţiei (număr)



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației şi al locuințelor 2011.
Notă: Doar 9 oraşe au peste 200.000 de locuitori (inclusiv capitala Bucureşti, cu peste 1,88 milioane de locuitori).

FIGURA 47: Oraşele din România, în funcţie de mărimea populaţiei şi numărul de sate încorporate (număr)



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza datelor SIRUTA (INS).

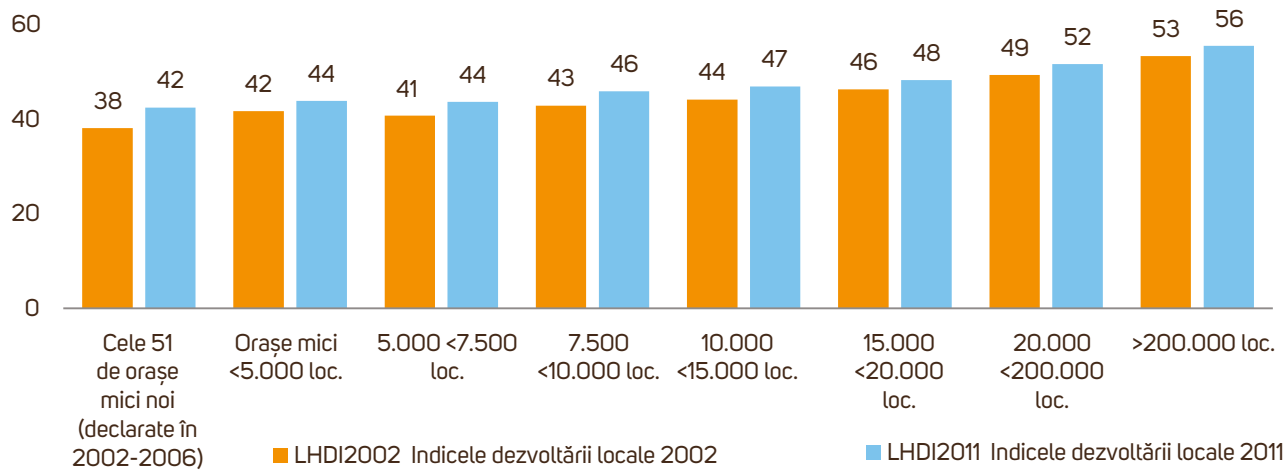
oraşului: cu cât numărul de sate anexate oraşului este mai ridicat, cu atât este mai mare şi probabilitatea ca acel oraş să fie subdezvoltat (în baza LHDI).[497] Din moment ce oraşele mici declarate recent (între 2002 şi 2006) şi oraşele foarte mici cu sub 7.500 de locuitori includ, în medie, un număr mai mare de sate (peste cinci), acestea au un caracter rural mult mai accentuat şi un risc de subdezvoltare mai ridicat decât alte zone urbane.

Oraşe mici declarate recent

Categoria oraşelor mici este extrem de eterogenă, reprezentând un mix de oraşe agricole, foste oraşe (mono) industriale şi zone turistice. Unele oraşe mici au o istorie şi tradiţii îndelungate (mai ales în Transilvania – regiunea Centru), altele au fost formate în perioada comunistă, ca urmare a procesului de industrializare (în special în jurul unei foste mari întreprinderi din industria grea), în timp ce altele au fost declarate oraşe din punct de vedere administrativ în ultimii ani (în urma presiunii de a creşte proporţia populaţiei urbane la nivelul ţării). Din cele 225 de oraşe mici (cu sub 20.000 de locuitori), 79 sunt foarte vechi, fiind create înainte de 1950, 90 au fost înfiinţate în perioada comunistă (1950-1989), 5 au fost incluse oficial între aşezările urbane în perioada 1990-2000, iar 51 au fost declarate oraşe[498] în ultimii ani (2002-2006). Aceste oraşe mici recent declarate cuprind, în total, aproximativ 385.000 de locuitori şi au o populaţie medie de aproximativ 7.500 de locuitori (vezi Anexă Tabel 10.15).

În România, oraşul tipic este mic, include sate, are sau avea în trecut un aspect industrial,[499] nu prezintă componente turistice sau istorice[500] şi este oarecum subdezvoltat din punct de vedere social.

FIGURA 48: Nivelul mediu al dezvoltării umane locale (LHDI) în zonele urbane din România, în funcţie de tip şi mărimea populaţiei, în 2002 şi 2011



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială, pe baza Recensământului populaţiei şi al locuinţelor din 2011 şi Banca Mondială (Ionescu-Heroiu et al, 2013a) pentru LHDI 2002 şi 2011.

[497] Vezi definiţia LHDI din nota de subsol de la începutul acestui capitol.
[498] De exemplu, Legea nr. 83/2004, prin care 35 de aşezări au fost declarate oraşe; http://www.lege-online.ro/lr-LEGE-83%20-2004-(51035).html.
[499] Profilul economic dominant al oraşelor mici, determinat în baza unei tipologii elaborate într-un studiu anterior al Băncii Mondiale (Stănculescu, 2005), indică faptul că aproximativ 180 de oraşe mici (din cele 225 în total) prezentau, în trecut, o componentă industrială. Numărul, dimensiunea şi sectorul economic ale întreprinderilor locale au variat, dar în majoritatea oraşelor mici fostele întreprinderi au fost închise după 1990 şi au fost înfiinţate ulterior doar firme mici, în special în sectorul comerţului şi al serviciilor.
[500] Dimensiunea istorică se referă la existenţa în oraş a unui centru sau zone istorice care, înainte de perioada comunistă, a fost locuită de evrei (în regiunile estice) sau de saşi (în regiunile centrale şi vestice ale ţării). Mai târziu, casele din aceste zone au fost naţionalizate. După 1990, unele au fost restituite foştilor proprietari, în timp ce altele au rămas în proprietatea municipalităţii, care le-a folosit pe post de locuinţe sociale. La ora actuală, în aceste zone locuiesc cel mai adesea categoriile sărace şi marginalizate ale populaţiei. Totuşi, casele respective sunt bine poziţionate în cadrul oraşului şi au o valoare imobiliară ridicată. Turismul nu este neapărat asociat aspectului istoric. Cel mai adesea, acesta depinde de existenţa spaţiilor culturale, sportive, recreative sau istorice la nivelul oraşului. Sub aspectul locuirii, în oraşele turistice mici predomină casele care, datorită utilizării lor în scop turistic, sunt mai mari, modernizate, mai bine întreţinute şi, astfel, mai scumpe decât în alte oraşe mici.

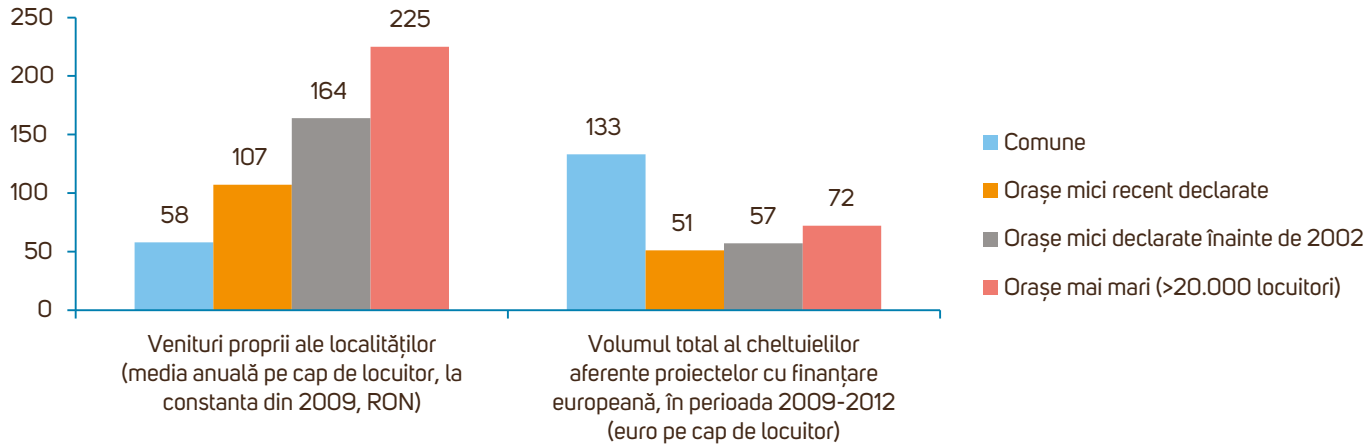
Oraşele mici cele mai dezavantajate sunt cele 51 declarate recent. De fapt, acestea sunt aşezări urbane cu un nivel slab de dezvoltare a infrastructurii, facilităților, funcționalității şi aspectului urban. Indicele dezvoltării umane locale (LHDI) arată că acestea au fost şi sunt în continuare mult mai puțin dezvoltate decât alte zone urbane (Figura 48). Mai mult, 57% dintre aceste oraşe mici declarate recent se numără printre zonele urbane cel mai puțin dezvoltate din România (chintila inferioară a LHDI2011). Pe lângă acestea, un număr mare (41%) de oraşe foarte mici (sub 7.500 de locuitori) se află printre zonele urbane cel mai puțin dezvoltate din țară.

Oraşele mici recent declarate, deşi mai dezvoltate decât zonele rurale de dimensiuni asemănătoare, sunt cele mai dezavantajate aşezări urbane din multe puncte de vedere, după cum urmează:

Buget local: Din analiza datelor privind execuția bugetelor locale[501] reiese că: (i) veniturile proprii pe cap de locuitor[502] ale oraşelor mici sunt de 2-3 ori mai mari decât cele ale comunităților rurale – chiar şi atunci când se păstrează constante numărul de locuitori şi județul – dar mult mai reduse decât în oraşele mai mari; (ii) la nivelul aşezărilor urbane, oraşele mici declarate recent dețin cea mai scăzută „putere economică"; (iii) cheltuielile aferente proiectelor cu finanțare europeană[503] sunt mai mari în comunitățile rurale decât în oraşele mici, mai ales în cazul localităților foarte mici, cu sub 5.000 de locuitori. Datele sunt prezentate în Figura 49 şi Anexă Tabel 10.18.

Utilități de bază: Oferta serviciilor de bază este mult mai săracă în oraşele mici, mai ales în cele declarate recent, comparativ cu oraşele mai mari, însă mult mai bună decât în localitățile rurale, la nivelul următoarelor servicii:

FIGURA 49: Indicatori ai bugetului local – comparație între oraşele mici, oraşele mai mari şi comune



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială, folosind datele privind execuția bugetelor locale, postate de Ministerul Administrației şi Internelor. [504]

[501] Date postate de Ministerul Administrației şi Internelor, disponibile la: http://www.dpfbl.mai.gov.ro/sit_ven_si_chelt_uat.html (data accesării: 10 ianuarie 2014), precum şi date demografice de la Recensământul din 2011 (Institutul Național de Statistică).

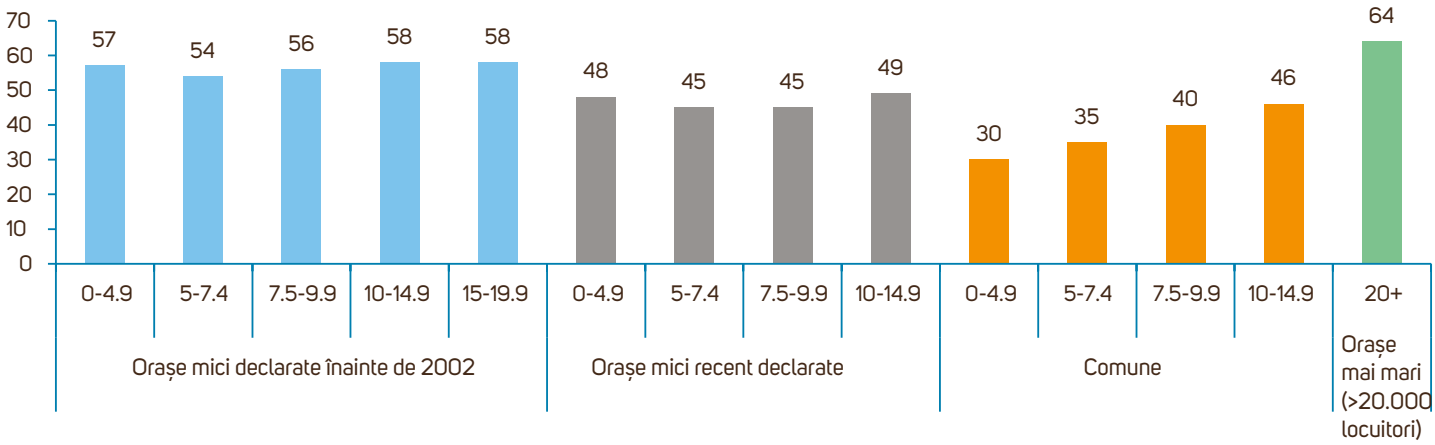
[502] Veniturile proprii reflectă autonomia fiscală a municipalității şi potențialul economic local. Acestea nu includ cotele defalcate din impozitul pe venit în scopul echilibrării bugetelor locale pentru a analiza categoria de venituri asupra căreia municipalitatea deține un control mai mare. Formula pe cap de locuitor permite comparații verticale (localități cu statut sau dimensiuni diferite – urban/ rural) şi orizontale (localități cu același statut, dar din județe diferite). Se calculează ca medie anuală pentru perioada 2009-2012, în baza datelor privind execuția bugetelor locale. Veniturile sunt calculate în lei constanți, cu baza 2009; indicele inflației este preluat din datele Institutului Național de Statistică (www.insse.ro).

[503] Cheltuielile aferente proiectelor finanțate din surse externe includ programe cu finanțare europeană (fonduri structurale, Programul Național pentru Dezvoltare Rurală şi Programul Operațional pentru Pescuit), dar şi alte programe (precum cele finanțate de ambasadele străine). Cu toate acestea, se poate presupune că, la nivel național, acestea reflectă cu precădere programele cu finanțare europeană şi, în cazul comunelor, cheltuielile acoperite de Programul Național pentru Dezvoltare Rurală. Se calculează ca variabilă substitutivă pentru volumul total al fondurilor europene absorbite în perioada 2009-2012, ca suma tuturor cheltuielilor efectuate în proiectele finanțate de fondurile europene (în euro pe cap de locuitor), date transformate în euro folosind rata anuală de schimb valutar a Băncii Naționale a României şi datele demografice de la Recensământul din 2011 (Institutul Național de Statistică). Acest tip de cheltuieli nu este disponibil pentru perioada 2007-2008 în sursa de date administrative (Ministerul Administrației şi Internelor).

[504] În prezent, datele privind execuția bugetelor locale sunt raportate de Ministerul Dezvoltării Regionale și Administrației Publice.

apă curentă prin rețeaua publică; apă caldă prin rețeaua publică; sistem de canalizare conectat la o stație publică de evacuare a apelor reziduale; curent electric; gaze naturale prin rețeaua publică. De exemplu, procentul locuințelor conectate la sistemul public de canalizare variază între 4% în comunitățile rurale şi 22% în oraşele mici recent create, ajungând la 64% în oraşele mici declarate înainte de 2002. Datele sunt prezentate în Anexă Tabel 10.18.

FIGURA 50: Procentul de salariați în rândul populației de vârstă de muncă (15-64 de ani), în funcție de mărimea localității, 2011 (%) (mii locuitori)



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială, pe baza Recensământului populației şi al locuințelor din 2011.

Educație: Nivelul de educație al populației în vârstă de muncă este mult mai scăzut în oraşele mici declarate recent comparativ cu alte oraşe mici (şi în special cu oraşele mai mari), dar mai ridicat decât în mediul rural (vezi Anexă Tabel 10.1).

Ocuparea forței de muncă: Rata ocupării forței de muncă în sectoarele non-agricole este mult mai mare în zonele urbane mici decât în cele rurale, dar mai mică decât în oraşele mai mari, în timp ce în comunitățile rurale, ocuparea în agricultură atinge un nivel foarte ridicat (vezi Anexă Tabel 10.19). Astfel, Anexă Tabel 10.19 şi Anexă Tabel 10.20 arată că, la nivelul populației în vârstă de muncă, ponderea salariaților creşte de la 28% în comune la 42% în oraşele mici recent declarate, la 51% în alte oraşe mici şi 57% în oraşele mai mari cu peste 20.000 de locuitori.

În concluzie, pe lângă oraşele mari dinamice, considerate motoare de creştere, cele 51 de oraşe mici recent declarate (sub 20.000 de locuitori) şi cele 61 de oraşe foarte mici (sub 7.500 de locuitori) trebuie să beneficieze de mai mult sprijin şi asistență în încercarea lor de a recupera decalajele de dezvoltare şi de a se dezvolta mai rapid decât alte zone urbane.

Fondurile europene ca instrument de dezvoltare comunitară

Autoritățile publice locale ale oraşelor mici şi comunelor din România au diferite surse de venituri la bugetul local, printre cele mai importante numărându-se bugetul de stat şi Uniunea Europeană. În secțiunea de față, analiza se concentrează pe cheltuielile de investiții din surse externe bugetului local, finanțate din diferite fonduri europene, dintr-o perspectivă comparativă cu cele de la bugetul de stat. Alte surse de venituri ale bugetului local sunt veniturile proprii, sumele de echilibrare, transferurile din Fondul de rezervă al Guvernului, împrumuturile bancare, dar acestea nu vor fi abordate în această secțiune. Sunt analizate trei întrebări cheie:

- Pentru care dintre programele finanțate din fonduri europene sunt eligibile autoritățile publice locale?
- Care sunt variațiile de la nivelul criteriilor de eligibilitate în cazul autorităților publice locale din România?
- Care sunt principalele obiective de investiții finanțate din fonduri europene şi din cele de la bugetul de stat?

Autoritățile publice locale reprezintă beneficiari eligibili pentru aproape toate fondurile europene. Cu excepția a două programe operaționale (Transport şi Asistență Tehnică), toate celelalte programe europene (inclusiv Programul Național de Dezvoltare Rurală şi Programul Operațional pentru Pescuit) includ autoritățile publice locale printre beneficiarii eligibili. Cu toate acestea, criteriile de eligibilitate diferă între programe în privința: (i) tipului de zonă, urbană versus rurală, (ii) mărimea populației şi (iii) forma parteneriatului.

În cadrul programelor finanțate din fonduri europene, criteriile de eligibilitate sunt diferite pentru zonele urbane şi cele rurale. Zonele urbane şi cele rurale sunt definite în baza legislației naționale (diferită de standardele OCDE), care include comunele şi satele în zona rurală şi oraşele/ municipiile (precum şi satele aparținătoare) în zona urbană. O diferențiere clară între zonele urbane şi cele rurale este inclusă în Programul Operațional Regional (POR), Programul Operațional Sectorial Mediu şi Programul Național de Dezvoltare Rurală (PNDR). POR este direcționat, în principal, către autoritățile publice locale din mediul urban (consilii județene şi municipalități urbane), în timp ce PNDR vizează în principal zonele rurale. Totuşi, ambele includ beneficiarii din celălalt mediu de rezidență (drumurile județene în cazul POR şi oraşele ca parte a GAL în cadrul PNDR). Cu toate acestea, această diferențiere creează, la rândul ei, inegalități în termeni de acces la finanțare. În contrast cu toate celelalte programe operaționale, beneficiarii PNDR (majoritatea din mediul rural) pot beneficia de serviciile Fondului de Garantare a Creditului Rural, care oferă credit în condiții mult mai avantajoase decât cele oferite de instituțiile financiare (cum sunt băncile). Acest program oferă oportunități de finanțare chiar şi pentru cele mai sărace comune din România, [505] dar nu este disponibil autorităților locale din mediul urban. O soluție pentru această problemă ar putea fi crearea parteneriatelor urban-rurale, prezentată în paragrafele următoare.

Mărimea populației localității reprezintă un alt criteriu de diferențiere la nivelul fondurilor europene. Sunt utilizate trei praguri demografice explicite ca şi criteriu de eligibilitate pentru localitățile urbane, cele de 10.000, 20.000 şi 100.000 locuitori pentru POR (Axa 1.1, DMI 1.1),[506] Axa LEADER din PNDR[507] şi Programul Operațional pentru Pescuit (AP 4).[508] Totuşi, chiar şi în programele care nu menționează un prag clar, mărimea populației joacă un rol important în finanțarea proiectelor de investiții, cum este cazul sistemelor de apă şi canalizare din Programul Operațional Sectorial Mediu, care precizează că „se concentrează, din motive de eficiență (rezultat pe cap de locuitor), asupra aglomerărilor medii si mari".[509] Mai mult decât atât, numărul locuitorilor este, de asemenea, un predictor important al capacității financiare a unității administrativ-teritoriale, care este în acelaşi timp esențială pentru asigurarea co-finanțării (inclusiv prin împrumuturi bancare) necesare fluxului financiar al proiectelor.

Dezvoltarea unor parteneriate între autoritățile locale reprezintă un element cheie în atragerea investițiilor din fonduri europene. Aceste fonduri sunt deschise finanțării pentru două tipuri de parteneriate prevăzute la nivelul programelor operaționale: asociațiile de dezvoltare intercomunitară (ADI) şi Grupurile de Acțiune Locală (GAL), dar şi parteneriate între autoritățile locale şi alți parteneri eligibili. Ambele forme de parteneriat (ADI şi GAL) au fost prevăzute ca metode de îmbunătățire a capacității administrative. Parteneriatele măresc şansele primăriei din mediul rural de a accesa fonduri europene.[510] Un partener cu o capacitate administrativă dezvoltată (inclusiv resurse umane specializate) sau un nivel înalt al capacității financiare (pentru susținerea costurilor studiilor de fezabilitate sau a celor aferente firmelor de consultanță) poate ajuta toți membrii parteneriatului să atragă surse de finanțare externe bugetului local din fonduri europene. Mai mult decât atât, dimensiunea ridicată a populației acoperite de parteneriat permite satisfacerea condițiilor de cost eficiență pentru investițiile majore.

[505] Marin (2015). Sărăcia definită în termeni de capacitate financiară (ponderea veniturilor proprii în totalul veniturilor bugetului local).
[506] Sunt eligibile numai oraşele cu peste 10.000 locuitori.
[507] Atât comunele, cât şi oraşele mici (sub 20.000 locuitori) sunt eligibile, dar numai ca membri ai unui GAL ce poate include unul sau mai multe oraşe (doar în cazuri excepționale). Totuşi, aceste localități nu pot avea, la un loc, o populație mai mare de 20.000 locuitori sau peste 25% din numărul total al locuitorilor din GAL (MADR, 2013: 396).
[508] Sunt eligibile zonele rurale şi cele urbane (sub 100.000 locuitori) ca membre ale parteneriatului local (Grupului de Acțiune Locală pentru Pescuit), dar populația totală inclusă în acest tip de parteneriat ar trebui să fie cuprinsă între 10.000 şi 150.000 locuitori (MADR, 2014: 86).
[509] Programul Operațional Sectorial pentru Mediu, februarie 2012: 68.
[510] Marin (2015).

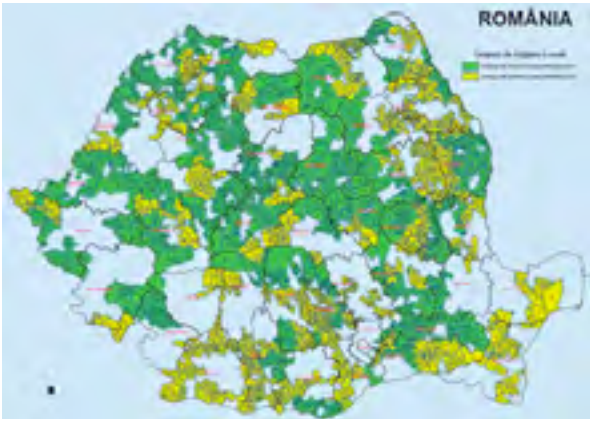
CASETA 47

Grupurile de Acţiune Locală, Axa LEADER, România, 2013

Raportul anual de progrese privind implementarea Programului Național de Dezvoltare Rurală în anul 2013 (Ministerul Agriculturii şi Dezvoltării Rurale, 2014: 105-109) prezintă cele mai recente date referitoare la Grupurile de Acțiune Locală (GAL) aprobate pentru finanțare în cadrul Axei LEADER.

La sfârşitul anului 2013, fuseseră selectate pentru finanțare 163 de GAL-uri cu planuri de dezvoltare locală, de două ori mai multe decât în anul 2011 (81 GAL-uri). Aceste 163 GAL-uri au acoperit o suprafață totală de 142,267 km2, reprezentând 78,3% din ținta preconizată și o populație de peste 6,77 milioane locuitori (comparativ cu ținta de 9,36 milioane). În total, 1,781 de comune și 77 orașe mici, precum și 5,103 ONG-uri și parteneri privați au fost implicate în parteneriate. GAL-urile au primit asistență financiară pentru implementarea a 2,040 de proiecte comparativ cu ținta de 9.502. Majoritatea proiectelor, chiar şi cele mai mari granturi, au fost atrase de GAL-urile din trei regiuni: Nord-Est (518 proiecte în valoare totală de 16 milioane de euro), Sud (354 proiecte, peste 15,1 milioane de euro) şi Centru (301 proiecte, mai mult de 12.1 milioane de euro).

Harta Grupurilor de Acțiune Locală selectate pentru finanțare în cadrul Axei LEADER, sfârşitul anului 2013



Sursa: Ministerul Agriculturii şi Dezvoltării Rurale, http://www.pndr.ro/content.aspx?item=2243&lang=RO.

Localitățile membre în GAL-uri sunt răspândite în întreaga țară, după cum arată harta de mai sus, dar sunt mai bine reprezentate în regiunile Nord-Est şi Centru. Astfel, proporția localităților membre în GAL-uri scade la nivelul oraşelor mici (urban), de la 35% în Nord-Est şi 32% în Centru la 18-26% în celelalte regiuni; rata participării la GAL-uri a comunelor (rural) scade de la aproape 80% în Centru la 69% în Nord-Est, 62-65% în Vest şi Nord-Vest, 57-60% în Sud-Est şi Sud şi mai puțin de 48% în Sud-Vest, respectiv 13% în Bucureşti-Ilfov.

Cu cât un oraş (cu mai puțin de 20.000 locuitori) are mai mulți locuitori şi o capacitate financiară mai ridicată, cu atât cresc şansele ca acesta să acceseze fonduri europene pe cont propriu şi nu în parteneriate cu comunitățile rurale învecinate. Oraşele mici cu o probabilitate mai mare de a participa la GAL-uri pentru accesarea finanțărilor europene sunt cele recent declarate (după 2001), cu o populație între 5.000 şi 7.000 locuitori, cu un nivel relativ scăzut de dezvoltare comunitară şi de potențial economic (nivel redus al veniturilor proprii ale bugetului local). Pentru că mărimea populației reprezintă un criteriu, rata participării la GAL-uri este de 52% în cazul oraşelor cu 5.000-7.500 de locuitori, de 37-39% pentru oraşele foarte mici, cu mai puțin de 5.000 de locuitori, şi cele cu 7.500-10.000 de locuitori şi de 22% pentru oraşele cu 10.000-15.000 de locuitori, respectiv un singur oraş cu peste 15.000 de locuitori. Între oraşele mici nou înființate, rata participării la GAL este de 43% comparativ cu 32% în cazul oraşelor declarate în mod oficial înainte de 2002. Aceste oraşe accesează fonduri europene ca parteneri în cadrul GAL-urilor nu numai datorită criteriului legat de populație, dar şi din cauza capacității lor reduse de a co-finanța şi implementa proiecte de mari dimensiuni. De fapt, rata de participare la GAL-uri a oraşelor mici scade de la 46% pentru cele mai puțin dezvoltate (chintila inferioară a LHDI2011) la 25% pentru cele mai dezvoltate.

Comunele de toate tipurile se implică în GAL-uri. Totuşi, se pare că cele care au cel mai scăzut nivel al veniturilor proprii şi un grad mai ridicat al sărăciei prezintă o tendință mai accentuată de participare la GAL-uri. În acelaşi timp, comunitățile mici şi izolate (cu mai puțin de 2.000 locuitori) întâmpină dificultăți în ceea ce priveşte participarea la parteneriate locale. Astfel, rata participării este de 54% pentru comunele mici şi izolate, 63% în cazul celor mici dar neizolate, 69% pentru comunele izolate cu peste 2.000 locuitori şi 62% pentru celelalte comune.

În acelaşi timp, aceste ADI sau GAL-uri formate din comune şi oraşe pot contribui la dezvoltarea integrată a zonelor urbane şi rurale, în parteneriat cu alți factori interesați privați. Chiar şi autoritățile publice locale care nu sunt menționate în mod explicit printre beneficiarii eligibili ai anumitor fonduri europene pot dezvolta parteneriate cu alți beneficiari (eligibili) pentru a depune cereri de finanțare pe aceste linii. De exemplu, Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane include ca beneficiari eligibili instituțiile şi organizațiile membre ale Pactelor regionale şi locale pentru ocuparea forței de muncă şi incluziunea socială. În plus, un alt tip de parteneriat cu beneficii potențiale pentru un număr mare de comune şi oraşe mici este reprezentat de asociațiile autorităților locale, cum sunt Asociația Comunelor din România şi Asociația Oraşelor din România. Ambele asociații au implementat proiecte de mari dimensiuni, finanțate din fonduri europene,[511] care au avut un impact în numeroase localități.

Se pare că oraşele mici au mai puține surse de finanțare decât comunele, iar accesul acestora la finanțare europeană depinde în mare măsură de capacitatea lor de a dezvolta şi a se implica în parteneriate. Pentru oraşele mici, parteneriatele sunt o condiție esențială pentru accesarea finanțării europene disponibile, în special prin ADI şi GAL (Caseta 47). Este totuşi necesară o analiză a volumului finanțărilor disponibile, precum şi a diferențelor legate de capacitatea de absorbție (atât la nivel de program, cât şi la nivelul autorităților locale).

Proiectele de investiții finanțate din fonduri europene corespund, în cea mai mare parte, nevoilor de dezvoltare locală ale comunelor şi oraşelor mici. Un bun exemplu este Măsura 322 a PNDR, de departe cel mai popular program (în termeni de volum al fondurilor solicitate în baza cererilor). Măsura 322 finanțează investiții în infrastructura rutieră, de apă, în cea socială şi culturală, dar majoritatea fondurilor sunt cheltuite pentru îmbunătățirea drumurilor şi a infrastructurii de apă în zonele rurale. În mediul urban, investiții asemănătoare sunt finanțate prin POR şi POS Mediu. În 2013, mai multe programe adresate sistemelor de apă şi canalizare finanțate de la bugetul de stat[512] au fost unite sub umbrela Planului Național de Dezvoltare a Infrastructurii (PNDI). PNDI are un portofoliu extins de investiții în infrastructura rurală. Valoarea totală a proiectelor finanțate se ridică la aproximativ 14 miliarde de lei, cu circa jumătate din investiții în drumuri comunale şi județene şi jumătate în proiecte de apă şi canalizare.

Importanța finanțării europene pentru autoritățile locale a crescut în ultimii ani datorită diminuării resurselor pentru investiții disponibile de la bugetul de stat,[513] cu excepția PNDI. Asociația Comunelor din România concluzionează că „majoritatea arieratelor a fost cauzată de politicile imprevizibile ale Guvernului şi ale ministerelor în finanțarea proiectelor de dezvoltare prin programele naționale de investiții. Practica acestor programe a fost de a aproba mii de obiective şi a transfera sume mici pentru implementare, fără un orizont de timp clar în privința alocării tuturor resurselor până la finalizare".[514] În acest context, o mare parte a finanțării disponibile prin fondurile europene poate reprezenta o soluție mai bună de finanțare pentru autoritățile locale, în special dacă ținem cont de nivelul scăzut al veniturilor proprii de care dispun comunele sărace şi oraşele mici. Totuşi, în general, cadrul accesării fondurilor europene a fost perceput de autoritățile locale ca fiind lipsit de predictibilitate (în special pentru POSDRU) şi ca având o complexitate crescută în ceea ce priveşte documentația, legislația relevantă şi numărul instituțiilor de control.[515]

[511] Detaliile privind proiectele implementate pot fi consultate pe paginile www.acor.ro şi www.aor.ro.
[512] În principal, administrate de Ministerul Dezvoltării Regionale şi Turismului, care a devenit în prezent Ministerul Dezvoltării Regionale şi Administrației Publice.
[513] ExpertForum (2014).
[514] Agenda Comunelor din România (2012: 5).
[515] Marin (2015).

3.2. Integrarea comunităţilor marginalizate

Guvernul ar trebui să urmărească eliminarea segregării spațiale datorate inegalităților economice şi financiare, prin implementarea unor servicii integrate - sociale, de sănătate şi educaționale - la nivel comunitar, pe baza unor parteneriate cu organizații neguvernamentale care acționează la nivel local.

Obiective principale

3.2. Integrarea comunităților marginalizate 318

3.2.1. Integrarea comuni tăților rurale marginalizate 321

3.2.2. Integrarea comunităților urbane marginalizate 323

3.2.3. Integrarea comunităților rome 328

3.2.4. O abordare zonală intersectorială integrată pentru zonele marginalizate 334

3.2. Integrarea comunităţilor marginalizate

Segregarea spațială sau rezidențială ocupă, din nou, un loc prioritar pe agenda europeană în condițiile în care afectează aproape toate oraşele europene, atât cele prospere sau în creştere, cât şi cele aflate în descreştere. Segregarea rezidențială se referă la mediul de trai, însă segregarea este un fenomen ce poate apărea şi în şcoli, la locul de muncă sau în cadrul serviciilor publice, putând afecta populația la nivelul oricărei dimensiuni sociale şi demografice, inclusiv vârstă, etnie, religie, venit sau clasă socială (locuitorii înstăriți într-o zonă, săracii în alta) sau o combinație a acestora. În contextul dezvoltării urbane, segregarea rezidențială constituie principalul cadru de referință. Segregarea depinde puternic de concentrarea demografică, implicând suprareprezentarea statistică a unui grup şi subreprezentarea unuia sau mai multor altor grupuri într-un spațiu anume, dar şi de fragmentarea spațiului urban în zone cu vizibile diferențe spațiale. „Când aceste fragmente devin inaccesibile, avem de-a face cu segregarea în ghetouri, comunități închise sau alte manifestări ale suprasegregării. Una dintre cele mai extreme forme de segregare este polarizarea, în cazul căreia există o confruntare între diferitele părți ale oraşului."[516]

Segregarea spațială poate reprezenta o alegere deliberată, ca şi în cazul gentrificării anumitor zone sau al comunităților închise – care sunt forme de autosegregare alese de categoriile mai înstărite. Un alt exemplu este separarea forțată a anumitor persoane ca urmare a unor factori externi, cum este cazul zonelor sărace cu o populație marginalizată numeroasă. Ghetoul reprezintă forma cea mai extremă de segregare forțată. „Nu există o regulă universală pentru a stabili ce poate fi considerat 'acceptabil' şi ce constituie un nivel „extrem" de segregare, însă este clar că ambele forme extreme de autosegregare a persoanelor înstărite şi formele forțate de segregare a populației sărace contribuie la o societate inegală şi la o dezvoltare urbană „inechitabilă"."[517]

Tipul cel mai răspândit de segregare, în România, este cel provocat de inegalitățile economice şi financiare. Acestui aspect i s-a acordat o atenție redusă în literatura de specialitate, cel puțin comparativ cu dimensiunea rasial-etnică. Factorii ce au dus la apariția segregării spațiale, în România, sunt schimbările structurale provocate de tranziția țării la o economie de piață, şomajul, precaritatea economică în creştere şi fragilitatea sistemelor de protecție socială, precum şi politicile imobiliare şi de urbanism promovate în perioada comunistă şi în primul deceniu post-comunist.

Măsurarea şi monitorizarea segregării rezidențiale nu reprezintă, în prezent, o practică comună în oraşele europene. Totuși, unele autorități locale din Germania şi Olanda au creat „sisteme de avertizare timpurie" sofisticate pentru monitorizarea segregării (de exemplu, în Berlin în 1998), eforturi analizate de o multitudine de studii.[518] Un ghid util referitor la monitorizarea dezvoltării urbane a fost realizat de Ministerul Federal German al Transportului, Construcțiilor şi Dezvoltării Urbane în 2009, ca o resursă pentru planurile integrate de dezvoltare locală. Respectivul ghid include o varietate de indicatori ce vizează mediul fizic (de exemplu, vechimea şi calitatea locuințelor, forme locative), contextul social şi datele demografice (de exemplu, grupe de vârstă, etnie şi persoane în întreținere), calitatea vieții şi şansele sociale (de exemplu, venit, loc de muncă, studii şi sănătate). Interpretarea acestor date este însă critică şi sensibilă deoarece o astfel de analiză defineşte, adesea, unele zone ca fiind „problematice", interpretare preluată la nivelul politicilor. Având în vedere importanța contextului local, cercetarea calitativă constituie o completare esențială la analiza statistică, oferind înțelegerea mai aprofundată a unei zone. Desigur, cunoştințele solide sunt importante în elaborarea politicilor, dar acestea nu pot înlocui voința politică de a realiza o schimbare.

De obicei, politicile europene, naționale şi locale încurajează intervenții zonale acolo unde se consideră că există probleme. Intervențiile zonale se împart, în mod normal, în măsuri tangibile şi măsuri intangibile,[519] după cum urmează:

- Printre intervențiile tangibile se numără programele de restructurare fizică, ce implică demolarea anumitor clădiri şi construirea de noi infrastructuri şi locuințe sau reabilitarea locuințelor, crearea unor noi spații publice (precum centre sociale sau culturale şi parcuri) şi îmbunătățirea transportului în comun.

[516] Colini at al (2013: 10).
[517] Colini at al (2013: 11).
[518] Rețeaua tematică RegGov URBACT (2011).
[519] Colini et al (2013: 29).

- Intervenţiile intangibile includ consolidarea reţelelor şi a interacţiunilor între localnici (de exemplu, prin programe de inserţie profesională şi formare în anumite domenii, activităţi stradale menite să identifice şi să rezolve problemele stringente ale persoanelor fără adăpost sau ale altor categorii de persoane în situaţii extreme, festivaluri locale care reunesc comunitatea) şi acordarea de sprijin populaţiei în vederea accesării pieţei muncii prin formare, practică şi stagii.

Însă, de multe ori, aceste iniţiative nu vizează factorii determinanţi ai segregării spaţiale, cum ar fi dereglementarea pieţei imobiliare sau nivelul redus al protecţiei sociale. Pe de altă parte, în atenţia proiectelor de regenerare a cartierelor intră adesea clădirile şi infrastructura, fără a se ţine cont de factorul demografic, acceptându-se preţuri tot mai mari la terenuri şi case, ceea ce îi obligă pe locuitorii cu posibilităţi mai reduse să se mute. Proiectele de regenerare, cel puţin în teorie, trebuie să găsească un echilibru între incluziune socială şi competitivitate economică, putând fi eficiente dacă beneficiază de susţinere din partea unui număr mare de actori publici şi privaţi (instituţii publice, proprietari, locatari şi firme). În timp ce politicienii dau, de multe ori, câştig de cauză intervenţiilor rapide şi vizibile cu efecte imediate, un cartier nu se schimbă de la o zi la alta, iar măsurile progresive mai „blânde" se dovedesc adesea mai eficiente pe termen lung. De asemenea, cel puţin în România, numeroase comunităţi marginalizate şi cartiere defavorizate au o proastă reputaţie în rândul populaţiei largi, ceea ce înseamnă că administraţia locală şi politicienii care se implică în regenerarea lor pot adesea pierde sprijinul politic.

Atât intervenţiile zonale, cât şi cele adresate populaţiei sunt esenţiale pentru combaterea segregării în zonele marginalizate. Intervenţiile sectoriale (adresate populaţiei) şi cele spaţiale (zonale) trebuie integrate în strategie. Politicile şi programele relevante ar trebui coordonate între diferitele niveluri de guvernanţă (integrarea verticală a politicilor) şi sectoare (integrarea orizontală a politicilor):

- Integrarea verticală a politicilor poate fi realizată prin numeroase moduri. Un mod ar fi ca responsabilii de politici de la nivel naţional să elaboreze politici naţionale importante, selectând zonele de intervenţie şi încurajând cooperarea la nivel regional şi local. Acest model este des întâlnit în Anglia, Franţa, Olanda şi Suedia. În alte ţări, precum Ungaria sau Spania, regulile şi criteriile de selecţie a zonelor defavorizate sunt determinate la nivel naţional sau regional, însă actorii de la nivel local decid ce zone necesită intervenţiile respective.

- Integrarea orizontală a politicilor înseamnă coordonarea tuturor politicilor relevante pentru dezvoltarea unei zone. Pe lângă intervenţiile din plan fizic, sunt importante şi componentele politicilor sectoriale ce ţin de locuire, transport public, educaţie, locuri de muncă, cultură şi acordarea de servicii sociale. Integrarea orizontală a politicilor implică adaptarea serviciilor şi a organizaţiilor existente la nevoile specifice zonei şi o mai bună coordonare între diferiţii furnizori de servicii. Pentru consolidarea integrării orizontale, URBACT, un program UE ce promovează dezvoltarea urbană durabilă, sugerează „crearea unor spaţii multifuncţionale şi proiecte de colaborare cu diferiţi parteneri în vederea stabilirii unei acţiuni concrete care să permită partenerilor să colaboreze la nivel orizontal."[520]

La nivel european, segregarea rezidenţială şi integrarea cartierelor marginalizate sau defavorizate au făcut obiectul unor discuţii şi analize, în principal, în contextul zonelor urbane, ca parte a politicilor de regenerare şi dezvoltare urbană. Totuşi, în România, o mare parte a populaţiei trăieşte în mediul rural. Din cele 3.181 de unităţi administrative de la nivelul ţării, doar 320 reprezintă aşezări urbane, iar 2.861 sunt comune. Comunităţile segregate şi marginalizate, cu un nivel ridicat de sărăcie extremă „nouă", provocată de schimbările structurale ale tranziţiei la economia de piaţă, şomaj, precaritatea în creştere şi fragilizarea sistemelor de protecţie socială, apar în special în zonele urbane. Totuşi, şi mediul rural are parte de comunităţi marginalizate, deşi acestea sunt mai puţin extinse decât în cazul oraşelor.

În contextul României, comunităţile marginalizate „problematice" sunt, prin definiţie, zone ce acumulează capital uman redus, grad redus de ocupare formală a forţei de muncă şi locuinţe inadecvate. Această definiţie este folosită atât pentru zonele rurale, cât şi pentru cele urbane, însă cele două metodologii de identificare au la bază indicatori diferiţi, în ideea de a reflecta specificul fiecărui mediu de rezidenţă (vezi Anexă Tabel 10.21).

[520] URBACT (2011: 54) în Collini et al (2013: 33).
[521] Banca Mondială (Swinkels et al, 2014).

CASETA 48

Exemple de bune practici în domeniul intervenţiilor menite să elimine segregarea socio-spaţială în Europa

Sunt disponibile câteva exemple de bune practici în domeniul intervențiilor zonale şi al celor adresate populației, din diferite țări europene.

INTERVENȚII ZONALE

Anglia: New Deal for Communities

Programul New Deal for Communities a fost inițiat de guvernul Blair şi a vizat câteva dintre cartierele cele mai defavorizate din Anglia. Acesta s-a desfăşurat între 1999 şi 2008, cu scopul de a „elimina discrepanțele" dintre 39 de zone urbane defavorizate şi restul țării, prin investiții ce s-au ridicat, în medie, la 50 de milioane de euro pentru fiecare zonă în decursul celor zece ani. Abordarea folosită a urmărit realizarea unei schimbări holistice prin trei rezultate la nivel de zonă – infracționalitate, comunitate, locuire şi mediu fizic – şi trei rezultate la nivelul populației – educație, sănătate şi şomaj. În cadrul acestui program, s-au încheiat parteneriate locale pentru fiecare zonă de regenerare în vederea asigurării unei schimbări coordonate de către comunitate.

INTERVENȚII SECTORIALE (ADRESATE POPULAȚIEI)

Franța: Mixitate socială şi regenerare urbană

În anul 2000, a intrat în vigoare în Franța o lege numită Solidarité et Renouvellement Urbains (solidaritate şi revitalizare urbană). Principalul scop al programului, aflat în curs de desfăşurare, este să elimine segregarea urbană şi să întărească solidaritatea între cetățeni în zonele urbane. Prin cerințele legislative prevăzute, acesta promovează diversitatea formelor locative. În zonele urbane, fiecare municipalitate trebuie să atingă o pondere a locuințelor sociale de minim 20% din totalul locuințelor până în 2020. (Pentru informații suplimentare, vezi www.aurg.org/sru/sru.htm.)

Germania: Soziale Stadt (Oraşul social)

Acest program se adresează „cartierelor cu nevoi speciale de dezvoltare" şi a fost lansat de guvernul federal în 1999, ca o continuare a primei Inițiative Comunitare URBAN. Face parte dintr-o schemă finanțată de guvernul federal şi de landuri (Länder), adresată oraşelor din întreaga Germanie şi la care, până în 2012, au participat peste 500 de cartiere.

Programul Soziale Stadt urmăreşte modernizarea şi stabilizarea zonelor urbane critice pentru a preveni adâncirea excluziunii sociale şi a segregării, invitând locuitorii cartierelor să ia parte la elaborarea, prioritizarea şi punerea în practică a acțiunilor locale „de jos în sus".

Soziale Stadt din Renania de Nord-Westfalia a fost una dintre primele inițiative zonale şi a beneficiat de schema de finanțare dedicată dezvoltării urbane, inițiată în landul respectiv în 1993. Abordarea sa reprezintă unul dintre cele mai complete modele de regenerare urbană integrată la nivel de cartier din Europa. Optzeci de cartiere urbane din Renania de Nord-Westfalia au creat şi aplicat planuri locale de acțiune în cadrul acestui program.

Sursa: Colini et al (2013: 28-30).

Metodologia de identificare a zonelor urbane marginalizate a fost concepută în cadrul Atlasului zonelor urbane marginalizate,[521] iar cea aferentă zonelor rurale marginalizate a fost stabilită în cadrul prezentului studiu de fundamentare şi va fi elaborată mai în detaliu într-un Atlas al zonelor rurale marginalizate, prezentat în Inițiativa Cheie #6. Ambele metodologii (pentru zonele urbane şi cele rurale) au la bază datele Recensământului din 2011, iar analizele sunt realizate la nivel de sector de recensământ (vezi Anexă Tabel 10.22), folosind indicatori referitori la trei criterii generale: (a) capital uman, (b) ocupare formală şi (c) locuire. Prin definiție, zonele (sectoarele de recensământ) marginalizate acumulează dezavantaje pe toate cele trei criterii.

În următoarele trei secțiuni, vom prezenta comunitățile marginalizate din mediul rural şi cel urban din România, rome şi non-rome. Secțiunea finală prezintă abordarea zonală multisectorială integrată, cea mai potrivită pentru integrarea acestor comunități, cuprinzând totodată lecțiile învățate din precedentele intervenții implementate de către diverse autorități locale sau organizații neguvernamentale.

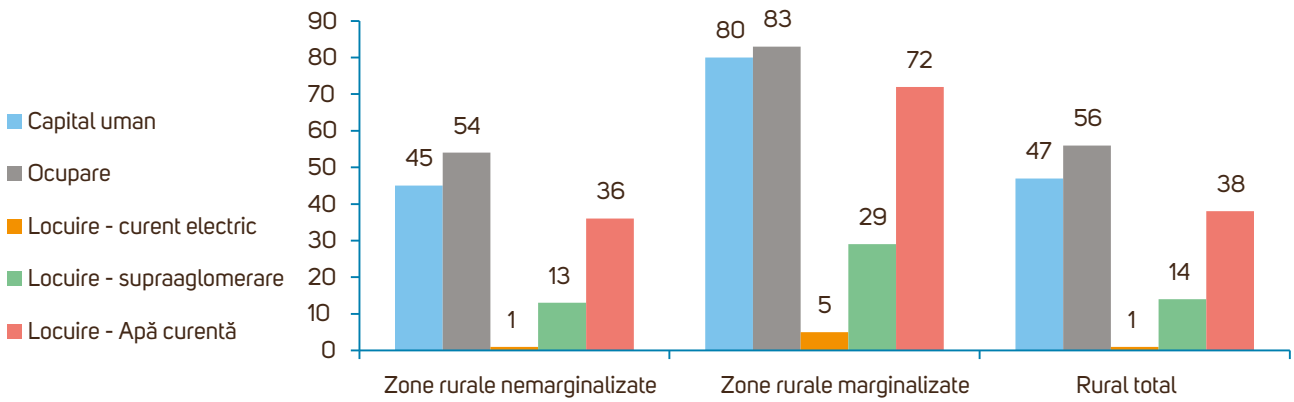
3.2.1. Integrarea comuni tăţilor rurale marginalizate

În România, majoritatea persoanelor cu risc de sărăcie sau excluziune socială trăiesc în mediul rural (vezi Capitolul 2). Cu toate acestea, sărăcia rurală are multe nuanțe, de la sărăcia satelor mici şi a celor cu populație îmbătrânită (descrise într-o secțiune anterioară) la cea întâlnită în comunitățile marginalizate ce acumulează capital uman redus, nivel scăzut de ocupare formală a forței de lucru şi condiții precare de locuire.

La nivel național, 6,2% din populația rurală, 5,3% dintre gospodării şi 5,2% dintre locuințe sunt situate în zone rurale marginalizate. Aceste zone rurale reprezintă sectoare de recensământ extrem de defavorizate, în care populația are cel mult studii gimnaziale, câştigă venituri informale (mai ales din agricultură) şi trăieşte în locuințe precare, chiar şi după standardele rurale, care au în general un acces redus la infrastructura şi utilitățile de bază (case supraaglomerate şi/sau fără acces la apă ori curent). Aceste zone marginalizate sunt considerate „problematice" din cauza unei combinații de factori, mai precis numărului mare de gospodării cu venituri mici, nivelului scăzut al educației şi al calificărilor cerute pe piața muncii, preponderenței mamelor singure, numărului mare de copii şi ratei ridicate a infracțiunilor minore. Într-o măsură mai mare decât celelalte comunități rurale, zonele marginalizate sunt caracterizate printr-o proastă accesibilitate fizică, cu drumuri de pământ, locuințe necorespunzătoare, expunere la riscuri de mediu (inundații, alunecări de teren etc.) şi proasta calitate sau absența serviciilor publice. Tabel 43 și Figura 51 compară profilul zonelor marginalizate cu cel al zonelor nemarginalizate din mediul rural.

În 42% dintre sectoarele rurale marginalizate, un număr relativ ridicat de locuitori aparțin minorității etnice rome. Astfel, romii autoidentificați reprezintă, în medie, 27% din totalul locuitorilor, ceea ce pare să indice o proporție estimată[522] a romilor heteroidentificați de aproximativ 42%. Potrivit cercetărilor calitative[523] disponibile, comunitățile

FIGURA 51: Zone rurale marginalizate, în funcție de indicatorii cheie, în 2011



[522] Potrivit Studiului național privind romii, realizat de Institutul de Cercetare a Calității Vieții în 1998 (Zamfir şi Preda, 2002), în mediul rural din România, la fiecare 100 de persoane heteroidentificate de etnie romă de către autorități, 64 de persoane se autoidentifică drept rome.

[523] De exemplu, Stănculescu şi Berevoescu (coord., 2004); Sandu (2005); Berescu et al (2007); Stănculescu (coord., 2010). Nu sunt disponibile studii mai recente referitoare la acest subiect. În scopul realizării Atlasului zonelor rurale marginalizate, un studiu calitativ a fost realizat în mai-iunie 2015 pentru a identifica principalele subtipuri şi caracteristici ale comunităților rurale marginalizate.

TABEL 43: Zonele rurale marginalizate, în funcţie de indicatorii cheie, în 2011

Criterii/ Dimensiune	Indicatori cheie	Zone rurale nemarginalizate	Zone rurale marginalizate	Total Rural
Capital uman	Proporția populației de 15 -64 de ani care a absolvit maxim 8 clase	45	80	47
Ocuparea forței de muncă	Proporția persoanelor de 15-64 ani care nu urmează o formă de învățământ şi nu au fost niciodată încadrate pe piața formală a muncii (angajați, patroni sau pensionari)	54	83	56
Locuire	Proporția locuințelor fără curent electric	1	5	1
	Proporția locuințelor supraaglomerate)	13	29	14
	Proporția locuințelor fără apă curentă	36	72	38

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației şi al locuințelor din 2011.

rurale marginalizate includ două mari tipuri de comunități, mai precis cătunele rome şi comunitățile de „venetici". Cătunele rome sunt numite popular „țigănii" şi sunt, de obicei, situate la periferia unui sat. Comunitățile de „venetici" au fost formate de către persoanele venite în zonă înainte de 1989 şi care s-au aşezat în satele din apropierea oraşelor. Acestea au primit apartamente în zonele cu blocuri construite în anii '80 sau în cartiere compacte (precum fostele ferme de stat sau fostele colonii de muncitori) şi au lucrat fie la cooperativa din sat, fie la o întreprindere de stat dintr-un oraş apropiat. După 1990, o mare parte dintre ei au fost disponibilizați. Nefiind de loc din comună, nu li s-a restituit pământ, dar au rămas în sat. Prin urmare, mulți dintre ei au căzut în sărăcie.

Per ansamblu, la nivelul comunelor din România, 2.244 de sectoare de recensământ[524] se încadrează în criteriile stabilite pentru zonele rurale marginalizate, în care trăiesc peste 564 mii de persoane. Copiii (0-17 ani) reprezintă peste o treime (34%) din populația totală a zonelor rurale marginalizate, în timp ce ponderea persoanelor vârstnice este de doar 13% (pentru a face o comparație, proporția medie la nivel rural este de 22% în cazul copiilor şi 19% în cazul persoanelor de 65 de ani şi peste). Una din patru gospodării situate în zonele rurale marginalizate este formată din cinci sau mai mulți membri (în timp ce în zonele nemarginalizate numai 15% dintre gospodării au cel puțin cinci membri), iar 16% dintre gospodării au minim trei copii (ponderea este de numai 5% în zonele nemarginalizate). Ponderea mamelor minore este de peste trei ori mai mare în zonele rurale marginalizate decât în cele nemarginalizate (4,6% din fetele de 13-17 ani față de 1,3%). Ratele de marginalizare ale categoriilor cheie de populație, pentru mediul rural, sunt prezentate în Anexă Tabel 10.23.

În timp ce în comunitățile rurale marginalizate, 80% dintre locuitorii adulți au terminat mai puțin de opt clase, din care 35% au numai studii primare, în comunitățile nemarginalizate procentele scad la 45%, respectiv 8%. Procentul persoanelor ce nu sunt nici angajate, nici cuprinse într-o formă de învățământ sau instruire (NEET) este de aproape două ori mai ridicat în rândul tinerilor de 15-19 ani ce trăiesc în zonele marginalizate (51% față de 23% în zonele nemarginalizate – Anexă Tabel 10.24). Proporția persoanelor care nu sunt nici angajate, nici cuprinse într-o formă de învățământ sau instruire în rândul populației de 20-64 de ani ajunge la aproape 64% în zonele nemarginalizate, dar creşte până la 88% în zonele rurale marginalizate; indicatorul atinge valoarea maximă în cazul femeilor rome din zonele rurale marginalizate (95%).

Comunitățile rurale marginalizate fac parte din 992 de comune (sau 35% din comunele de la nivelul țării), prezentând diferențe regionale semnificative (vezi Anexă Tabel 10.26). Sectoarele de recensământ marginalizate sunt situate în 1.605 sate (14% din sate) din toate județele şi regiunile țării. Proporția populației ce trăieşte în zonele (sectoarele de recensământ) rurale marginalizate este de peste două ori mai mare în comunele din regiunea Nord-Est (6,2%) decât media națională rurală. Deşi majoritatea comunelor (şi a satelor) nu prezintă zone marginalizate, în 663 de sate peste jumătate din populație trăieşte în astfel de zone.[525] La nivelul comunelor, în 157 (reprezentând 5,5% din totalul comunelor)[526] mai bine de o treime din populație se regăseşte în comunități marginalizate.[527]

[524] Din totalul de 46.547 de sectoare stabilite pentru recensământul din 2011 în mediul rural. Un număr de 2.523 sectoare nu au fost incluse în analiză pentru că fie aveau mai puțin de 50 de locuitori (2.470), fie nu erau sectoare de gospodării ale populației.
[525] În 197 de sate, între 40% şi 49% din populație trăieşte în zone marginalizate, iar în 209 sate ponderea este cuprinsă între 30% şi 39%.
[526] Cele cinci comune cu cea mai mare pondere a populației marginalizate sunt Bărbulești (județul Ialomița), Lipovu (Dolj), Ibănești (Vaslui), Voinești (Vaslui) şi Jorăşti (Galați).
[527] În 298 de comune (10,4%), între 10% şi 19% din populație trăieşte în zone marginalizate, iar în 155 (5,4%) ponderea se ridică la 20-29%.

3.2.2. Integrarea comunităţilor urbane marginalizate

În ultimele decenii, în mediul urban din România şi-a făcut apariția un nou tip de sărăcie extremă, concentrată la nivel teritorial.[528] În cadrul oraşelor, au apărut „insule" de sărăcie, locuitorii cărora sunt excluşi de la orice tip de servicii sociale. În termeni comparativi, sărăcia este distribuită mai uniform în mediul rural. În localitățile rurale mici, izolate şi cu populație în vârstă, care necesită la rândul lor politici de incluziune socială, proporția copiilor şi a categoriilor vulnerabile afectate ajunge rareori la nivelul înregistrat în aceste „insule" urbane de sărăcie extremă.

La nivel național urban, 3,2% din populație, 2,6% dintre gospodării şi 2,5% dintre locuințe sunt situate în zone marginalizate. Acestea sunt zone extrem de defavorizate, ce acumulează capital uman redus (nivel slab de educație, sănătate precară şi/sau număr mare de copii), grad redus de ocupare formală a forței de muncă şi condiții inadecvate de locuit.[529] Pe de-o parte, zonele urbane marginalizate reprezintă, adesea, zone sărace, izolate din punct de vedere social, din cadrul oraşelor din România şi, ca atare, nu sunt întotdeauna reflectate corespunzător în statisticile agregate referitoare la sărăcie, realizate la nivel local sau județean. Pe de altă parte, ele reprezintă zone „problematice" descrise în diverse studii şi vizate de programele de regenerare urbană şi de politicile de combatere a segregării. Aceste zone marginalizate sunt considerate „problematice" din cauza unei combinații de factori, precum locuințe neadecvate, străzi insalubre şi ponosite, numărul mare de gospodării cu venituri mici, nivel scăzut al educației şi al calificărilor cerute pe piața muncii, starea de sănătate precară a populației, preponderența mamelor singure, numărul mare de copii, şcoli de proastă calitate şi/sau segregate şi rata ridicată a infracțiunilor minore. Aceste zone pot prezenta şi inaccesibilitate fizică, sunt expuse degradării mediului, iar serviciile publice lipsesc sau sunt de proastă calitate. Astfel, valoarea de piață a terenurilor şi locuințelor din zonă se află mult sub cea din alte părți ale oraşului. Pentru categoriile şi aşa marginalizate, traiul în zone „problematice" poate deveni o povară în plus din cauza stigmatizării teritoriale ce poate reduce şansele la o educație adecvată, locuri de muncă optime sau ascensiune socio-economică. În general, interesele acestor zone sunt subreprezentate în structurile de decizie politică de la nivel local.

Zonele urbane marginalizate sunt adesea discriminate din punctul de vedere al drepturilor omului, în condițiile în care romii reprezintă o proporție semnificativă a populației în aproximativ 46% din zonele marginalizate identificate. Cu toate acestea, potrivit Studiului național privind romii realizat în 1998, romii autoidentificați reprezintă, în medie, 20,7% din populația totală a zonelor urbane marginalizate din România, ceea ce indică o proporție estimată a romilor heteroidentificați de aproximativ 40%.[530] Astfel, 60 până la 80% dintre locuitorii zonelor urbane marginalizate aparțin altor grupuri etnice (majoritatea fiind români).

Per ansamblu, 1.139 dintre cele 50.299 de sectoare de recensământ din zonele urbane stabilite pentru Recensământul din 2011 se încadrează în criteriile formulate pentru zonele marginalizate, în care locuiesc aproape 342 mii de persoane. Acestea sunt situate în 264 de oraşe din toate județele şi în capitala Bucureşti (vezi Harta 11). Datele recensământului arată că 342.933 de persoane locuiau în 2011 în zone urbane marginalizate. Copiii (0-17 ani) reprezintă aproape o treime (31,3%) din populația totală a zonelor urbane marginalizate, în timp ce ponderea persoanelor vârstnice este de doar 4,1%. Una din cinci gospodării situate în zonele urbane marginalizate este formată din cinci membri sau mai mulți, iar 11,9% dintre gospodării au cel puțin trei copii. Aproape jumătate dintre locuitorii adulți (48,9%) ai zonelor marginalizate au absolvit mai puțin de 8 clase. Ponderea persoanelor ce nu sunt nici angajate, nici cuprinse într-o formă de învățământ sau instruire (NEET) este aproape de trei ori mai ridicată în rândul tinerilor de 15-19 ani ce trăiesc în zone marginalizate decât media urbană (28% față de 10%). Proporția persoanelor ocupate în rândul populației de 20-64 ani ajunge la aproape 63% la nivel național în mediul urban, dar scade la aproximativ 48% în zonele marginalizate şi chiar mai mult, până la 35%, în rândul femeilor, respectiv până la sub 31% în cazul romilor din aceste comunități, ajungând

[528] Stănculescu şi Berevoescu (coord., 2004); Sandu (2005); Berescu et al (2006); Berescu et al (2007); Preda (coord., 2009); Stănculescu et al (2010); Botonogu (coord., 2011); şi Banca Mondială (Swinkels et al, 2014).

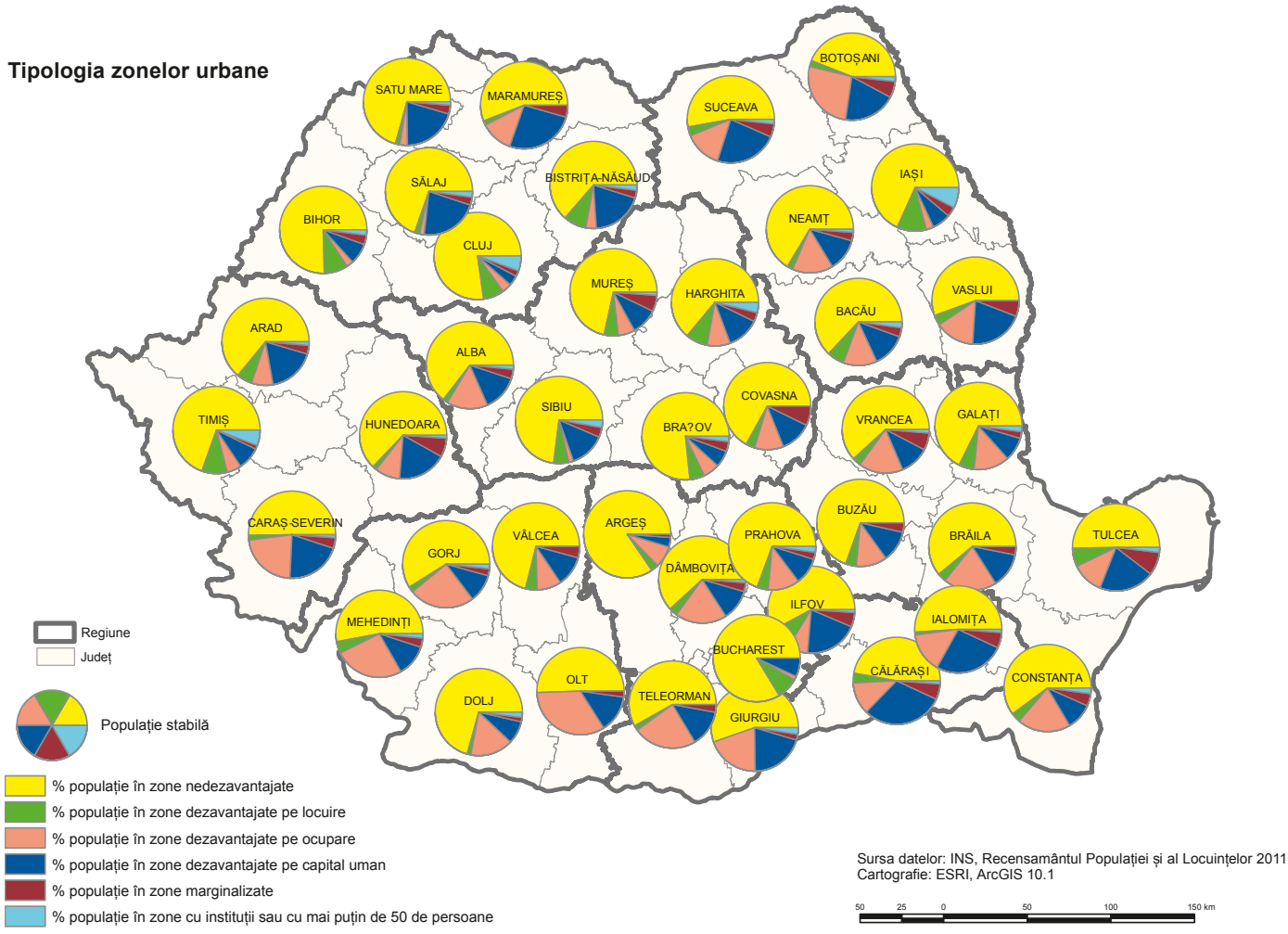
[529] Metodologia de identificare a zonelor urbane marginalizate a fost elaborată folosind datele recensământului din 2011, în cadrul unui studiu al Băncii Mondiale (Banca Mondială, 2014). Aceasta a folosit trei criterii generale: (i) capital uman, (ii) ocupare formală şi (iii) locuire. Analiza a fost realizată la nivel de sector de recensământ. Zonele (sau sectoarele de recensământ) marginalizate au fost definite ca fiind cele dezavantajate din toate cele trei privințe. În plus, studiul a identificat alte trei tipuri de zone urbane dezavantajate din punctul de vedere al unuia sau a două din cele trei criterii. Astfel, majoritatea populației urbane (67,8%) locuieşte în zone nedezavantajate, în timp ce 11,7% trăieşte în zone dezavantajate pe capital uman, 9,9% în zone afectate de şomaj, 5,2% în zone dezavantajate pe criteriul locuirii, iar 2,3% în alte zone urbane.

[530] Potrivit Studiului național privind romii realizat de Institutul de Cercetare a Calității Vieții în 1998 (Zamfir şi Preda, 2002), raportul între romii heteroidentificați şi cei autoidentificați este următorul: la fiecare 100 de persoane heteroidentificate de etnie romă de către autorități, 56 de persoane în mediul urban şi 64 în mediul rural se autoidentifică drept rome.

la un minim de 14% în cazul femeilor rome din zonele urbane marginalizate (vezi Anexă Tabel 10.25).Ratele de marginalizare ale categoriilor cheie de populație, în mediul urban, sunt prezentate în Anexă Tabel 10.23.

Există zone urbane marginalizate în majoritatea oraşelor țării, remarcându-se însă o serie de diferențe regionale semnificative (vezi Anexă Tabel 10.25). Sectoare de recensământ urbane marginalizate sunt localizate în 256 de orașe, din toate județele, și în orașul-capitală, București (vezi Harta 11). Proporția populației ce trăieşte în sectoare de recensământ urbane marginalizate este de peste zece ori mai ridicată în oraşele foarte mici (cu mai puțin de 10.000 de locuitori) decât în Bucureşti. Mai mult, numărul cel mai mare de locuitori ai zonelor urbane marginalizate se întâlneşte în oraşele mici (aproape 153.000 în oraşele cu mai puțin de 20.000 de locuitori). Cu toate că 56 de oraşe nu prezintă zone marginalizate, în cinci oraşe,[531] peste o treime din populație (până la 47%) trăieşte în astfel de zone. Se înregistrează şi discrepanțe regionale. Ponderea populației din zonele marginalizate este de 4,3% în Nord-Est şi Centru, 4,2% în Sud-Est şi 3,7% în Vest, în timp ce celelalte regiuni înregistrează rate egale sau mai mici decât media națională de 3,2%.

HARTA 11: Proporţia populaţiei urbane ce trăieşte în fiecare tip de zonă dezavantajată sau în zonele marginalizate, în fiecare din cele 42 de judeţe



Sursa: Banca Mondială (Swinkels et al, 2014a: 14).

[531] Aceste oraşe sunt: Aninoasa (județul Hunedoara), Podu Ilioaiei (județul Iaşi), Budeşti (județul Călăraşi), Băneasa (județul Constanța) şi Ştefăneşti (județul Botoşani).

Atlasul zonelor urbane marginalizate publicat recent, a folosit metode de cercetare calitativă pentru a identifica patru mari subtipuri de zone urbane marginalizate, care se suprapun parțial:[532]

(1) Zone de tip ghetou cu blocuri de proastă calitate sau foste colonii de muncitori.[533]

Aceste zone marginalizate includ complexele de locuințe de proastă calitate, construite înainte de 1990 pentru muncitorii marilor întreprinderi socialiste. Cel mai adesea, sunt zone cu o populație redusă spre medie (cu 150-500 de locatari), concentrată într-unul sau mai multe blocuri de proastă calitate, cu un aspect dezolant. Printre principalele probleme întâlnite aici se numără supraaglomerarea, care pune o serioasă presiune asupra instalațiilor comune (curent, apă, canalizare, salubritate).

Pe lângă condițiile mizere, locuitorii zonelor de tip ghetou se confruntă cu trei probleme majore: (i) plata utilităților, (ii) teama de a fi evacuați din cauza restanțelor (în cazul locatarilor din locuințele sociale) şi (iii) rețelele de sprijin insuficient dezvoltate şi capitalul social scăzut din cauza proastei reputații a zonei. Plata utilităților reprezintă o provocare pentru o mare parte a populației României, dar în special pentru locuitorii zonelor de tip ghetou. În aproape toate ghetourile, majoritatea populației are datorii la plata utilităților, unele chiar istorice, acumulate de locatarii precedenți. Pentru a evita creşterea datoriilor la plata chiriei percepute pentru locuința socială, unele municipalități recurg la evacuări.

Comunitățile de tip ghetou sunt împărțite între proprietari şi chiriaşi, între „răi" şi „cuminți", între lideri autoproclamați şi cei „slabi", caracterizați prin stimă de sine scăzută, neîncredere în alte persoane şi în instituții (publice sau private). În aceste comunități, predomină şi sentimentul neputinței, accentuat de permanenta ruşine de a locui într-o zonă cu o reputație proastă şi însoțit de o atitudine de desconsiderare şi discriminare din partea majorității populației. Mulți locuitori ai zonelor de tip ghetou nu îşi dezvăluie adresa tocmai pentru a fi respectați.

(2) Zone de tip mahala cu case şi/sau adăposturi improvizate.[534]

Aceste zone sunt cartiere vechi, de periferie, cu comunități extrem de sărace ce includ atât romi, cât şi non-romi. Multe dintre ele s-au extins după 1990. Pe lângă casele de proastă calitate din chirpici, au fost ridicate de-a lungul timpului numeroase adăposturi improvizate, fie în curțile vechilor case, fie pe domeniul public. Aceste adăposturi sunt, de obicei, realizate din plastic şi cartoane, cu o structură din lemn.

În aceste mahalale, comunitatea este răspândită pe un teritoriu întins, ceea ce îngreunează şi mai mult rezolvarea problemelor lor. În unele mahalale, practic nu există nici urmă de infrastructură sau au, în cel mai bun caz, un robinet care asigură necesarul de apă pentru întreaga zonă. În altele, există infrastructură pe strada principală, însă nu este disponibilă în restul zonei (nici măcar curent electric). Prin urmare, multe din aceste zone sunt insalubre şi expuse riscurilor climatice, cum ar fi ploile abundente sau inundațiile.

[532] Banca Mondială (Swinkels et al, 2014a). De notat faptul că aceste subtipuri nu se pot distinge din datele recensământului.
[533] Foto: Banca Mondială (Swinkels et al, 2014a). Aleea Romanilor, Călan, județul Hunedoara.
[534] Foto: Berescu (2010). Pata Rât, Cluj, județul Cluj.

Principala problemă pentru populația acestor zone, pe lângă sărăcia extremă şi condițiile de trai mizere, o constituie lipsa actelor de identitate şi de proprietate, chiar şi acolo unde autoritățile locale declară că au soluționat această problemă. Aceasta este o problemă întâlnită în toate zonele de tip mahala. Mult mai complicată este situația celor ce locuiesc în adăposturi din plastic şi cartoane, amplasate pe domeniul public. Actuala legislație nu permite municipalităților să le confere statutul de proprietari sau dreptul legal de posesie. Problema poate fi soluționată doar prin intermediul legislației naționale.

În unele zone, în special în cele cu adăposturi improvizate, nu se cunoaşte cu exactitate numărul de locuitori, iar recenzorii au reuşit să obțină date doar de la o parte din populație. Prin urmare, locuitorii acestor zone sunt, de fapt, cel puțin parțial invizibili la nivelul cifrelor oficiale, cu excepția celor ce solicită ajutoare sociale. În consecință, localnicii pretind că se află la voia liderilor puternici ai bandelor opozante, active în zonă. Unele mahalale sunt mai liniştite, în special cartierele vechi, în timp ce altele sunt nesigure.

Principalele probleme ce trebuie rezolvate în zonele de tip mahala presupun investiții uriaşe în infrastructură şi urbanism şi/sau amendamente legislative (în cazul mahalalelor de pe domeniul public). Problema participării scăzute la educație şi a ratei ridicate a abandonului şcolar ar trebui abordată de către autoritățile locale, şcoli, liderii romi, experții romi, experții în educație şi organizațiile societății civile. Abordarea problemei în aceste comunități cu tendințe de extindere necesită un cadru național pentru realizarea unor acțiuni bine coordonate pe termen mediu şi lung, precum şi investiții consistente. Comisia Europeană recomandă formularea unei strategii privind utilizarea terenurilor şi locuințele la nivelul întregii zone urbane funcționale – oraşul „de facto" – pentru a preveni segregarea.[535]

(3) Locuințe sociale modernizate.[536]

Dezvoltarea acestui tip de locuințe în zonele urbane s-a realizat, adesea, prin proiecte integrate, care au îmbinat investițiile de amploare în noi imobile cu o serie de intervenții în plan social. Aceste zone beneficiază de o bună infrastructură şi servicii de utilități (uneori chiar mai bune decât în restul urbei), însă adesea nu sunt însoțite de costuri accesibile. De asemenea, de cele mai multe ori, sunt situate la periferia oraşului, unde populația a fost adusă din mahalale sau alte zone urbane marginalizate. Astfel, plata utilităților rămâne o provocare majoră pentru locatarii locuințelor sociale care sunt, de obicei, persoane sărace, cu o situație socială dificilă. Aceasta atrage adesea deteriorarea rapidă a locuințelor şi poate conduce la evacuări forțate.

În cazul multor zone cu locuințe sociale modernizate, proiectanții nu au acordat suficientă atenție următoarelor aspecte: (i) situarea complexului de locuințe sociale în interiorul oraşului, (ii) desfăşurarea unui proces de informare şi consultare înainte de orice relocalizare şi (iii) componența etnică a populației relocalizate. Când o zonă este scoasă din contextul urban, oferă doar servicii de locuire, este populată de o singură categorie, definită în termeni etnici, sociali, economici sau culturali (de exemplu, populație romă, săracă), prezintă un potențial redus de dezvoltare şi depinde de transportul public pentru accesarea serviciilor de bază precum şcolile, atunci zona este segregată, indiferent cât de moderne sunt condițiile de trai. Acest aspect este exacerbat când noua zonă ia naştere printr-un proces de relocalizare forțată, realizat într-un interval de timp scurt şi fără a da un preaviz corespunzător populației vizate. În consecință, unele zone cu locuințe sociale modernizate au adâncit segregarea, în loc să promoveze integrarea. În plus, autoritățile locale din diferite oraşe intenționează să elimine „insulele" de sărăcie ce au apărut în cadrul oraşului şi să relocalizeze populația

[535] Comisia Europeană (2011b).
[536] Foto: Banca Mondială (Swinkels et al, 2014a). Zona Drochia, Dorohoi, județul Botosani.

de acolo, majoritatea comunități sărace şi rome, în complexe de clădiri compacte, bine utilate şi cu aspect „mai agreabil", undeva în afara oraşului, de exemplu, „pe un deal" sau „lângă o pădure." Aceste planuri, oricât de bine intenționate ar fi, riscă să exacerbeze segregarea.

(4) Clădiri cu locuințe sociale situate în centrul istoric al oraşului.[537]

Zonele marginalizate cu locuințe sociale din „centrele istorice ale oraşelor" sau „zonele istorice urbane" sunt, de fapt, zone cu case individuale – adesea într-o stare avansată de degradare – care au fost naționalizate în timpul perioadei comuniste şi care au fost folosite după 1990 ca locuințe sociale. Majoritatea acestor case au fost atribuite de către autoritățile locale familiilor sărace, fie înainte de 1989, fie la începutul anilor '90. Unele, mai ales cele aflate într-o stare foarte proastă, au fost ocupate ilegal de persoane fără adăpost. Acestea sunt cartiere vechi, cu persoane care locuiesc acolo de mai bine de 30 de ani.

Cu excepția poziției centrale, condițiile de trai ale acestor comunități seamănă mult cu cele întâlnite în zonele de tip mahala. Cum aceste case sunt situate într-o zonă ce prezintă atractivitate pentru investitori şi au un potențial imobiliar ridicat, foştii proprietari (sau moştenitorii lor) au făcut tot posibilul pentru a le recupera. În temeiul Legii nr. 10/2001, aceste case au fost retrocedate foştilor proprietari (sau moştenitorilor acestora), iar locatarii au avut la dispoziție cinci ani să îşi găsească o nouă locuință. Anumitor persoane li s-a permis să rămâne în unele clădiri dărăpănate, fără însă a li se face acte de identitate în care să figureze adresa respectivă, din moment ce clădirea figurează în evidențele administrative ca fiind distrusă. Prin urmare, multe persoane care locuiesc într-o anumită zonă de 10-15 ani sau mai mult dețin doar acte de identitate provizorii, cu mențiunea „fără domiciliu". Aceasta înseamnă că persoana în cauză nu se poate angaja, nu are dreptul la servicii medicale sau ajutor social şi se poate confrunta cu o serie de alte lipsuri.

Peste tot în Europa, argumentul potrivit căruia concentrarea populației sărace într-o zonă anume este însoțită de infracționalitate este folosit în mod hazardat pentru a justifica politicile de dispersare a populației fără o relocalizare adecvată.[538] Evidențele internaționale arată că politicile de dispersare sunt, adesea, însoțite de costuri umane imense. Când se recurge şi la demolări, vorbim de un eşec al politicilor, cu costuri enorme, existând numeroase exemple care arată că rezultatele unor astfel de intervenții sunt controversate (vezi Caseta 49).

CASETA 49

Intervenţii de relocalizare în România

Cele mai îngrijorătoare intervenții pe care le-au realizat autoritățile locale în zonele urbane marginalizate din România sunt cele ce presupun strămutarea de amploare a locuitorilor. În majoritatea zonelor marginalizate, clădirile se află într-o stare proastă (unele sunt pe punctul de a se prăbuşi), salubritatea lasă de dorit (din cauza lipsei apei curente şi a canalizării), iar diferitele forme de violență şi mică infracționalitate sunt răspândite (agravate de supraaglomerare). Drept răspuns, autoritățile locale decid, adesea, să adopte o abordare radicală şi să evacueze locuitorii din zonă, încercând să îi relocalizeze altundeva. Aceste evacuări sunt, de obicei, precipitate şi forțate, implicând în multe cazuri distrugerea puținelor bunuri pe care le deține populația din zonă. Acest tip de acțiune adânceşte excluziunea socială şi elimină şansele copiilor, care trăiesc şi cresc în condiții mizere, de a scăpa de sărăcie şi marginalizare. Din nefericire, foarte puține autorități locale au ales, până acum, să reacționeze la problemele zonelor urbane marginalizate cooperând cu instituțiile sau ONG-urile din domeniul sănătății, educației, culturii sau religiei, dar şi cu populația vizată pentru a identifica soluții mai bune.

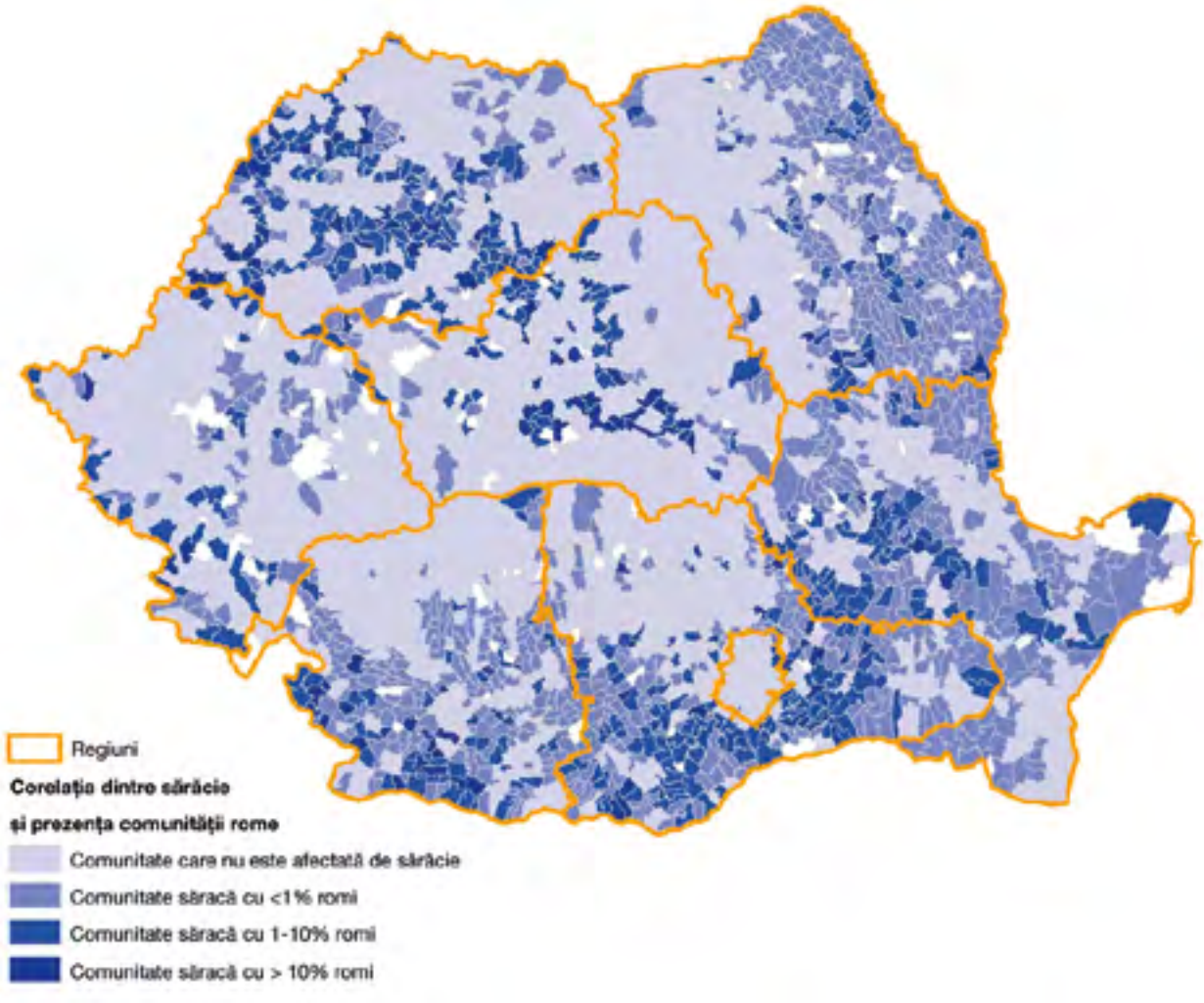
Sursa: Stănculescu şi Berevoescu (coord., 2004), Berescu (2010) şi Banca Mondială (Swinkels et al, 2014a).

[537] Foto: Banca Mondială (Swinkels et al, 2014a). Centrul istoric Uranus, Bucureşti.
[538] Colini at al (2013: 29).

3.2.3. Integrarea comunităţilor rome

Populația romă nu este întotdeauna concentrată în regiunile cele mai sărace ale României, după cum reiese dintr-un studiu al Băncii Mondiale referitor la Oraşele competitive.[539] Potrivit Recensământului din 2011, romii autoidentificați locuiesc, în principal, în aşezări aproape de granița de vest a României, în centrul Transilvaniei (de obicei, în apropierea marilor centre urbane, cum sunt Timişoara, Arad, Oradea, Cluj-Napoca, Târgu-Mureş şi Sibiu) şi în sud-vest între Craiova şi Drobeta-Turnu Severin, aproape de granița cu Bulgaria şi Serbia. Hărțile sărăciei estimate în baza datelor Recensământului din 2011 indică faptul că populația cu risc de sărăcie sau excluziune socială este concentrată în estul şi sudul țării, în zone în care numărul romilor este relativ scăzut. În consecință, responsabilii de politici ar trebui să aibă în vedere faptul că este posibil ca măsurile menite să răspundă la provocările întâmpinate de categoriile sărace şi marginalizate, în general, să nu aibă un impact direct asupra multor romi deoarece aceste două categorii ale populației nu se suprapun din punct de vedere geografic.

HARTA 12: Corelaţia între Indicele dezvoltării umane locale (LHDI) şi prezența comunităților rome



Sursa: Banca Mondială (Ionescu-Heroiu et al, 2013a: 169).

[539] Banca Mondială (Swinkels et al, 2013a: 167).

Cu toate acestea, se pare că există un număr mare de localități sărace la sud şi est de Bucureşti, care prezintă, de asemenea, o pondere relativ ridicată a romilor. Această informație cheie, inclusă în studiul Oraşe competitive,[540] a rezultat din compararea Indicelui dezvoltării umane locale (LHDI)[541] cu prezența comunităților rome (vezi Harta 12). Faptul că aceste comunități rurale sunt situate atât de aproape de capitala țării şi principalul motor economic, dar nu beneficiază de propagarea efectelor pozitive în teritoriu subliniază necesitatea de a formula măsuri speciale pentru comunitățile rome.

Evidențele arată că majoritatea romilor din România trăiesc în comunități segregate. Studiul recent al Băncii Mondiale[542] privind integrarea romilor (2014) a constatat că 56% dintre gospodăriile rome sunt situate în aşezări în care etnia dominantă este cea romă, indicând un nivel ridicat al segregării spațiale. Segregarea spațială este puternic corelată cu o sănătate precară, părăsirea timpurie a şcolii, prezența slabă pe piața muncii şi costurile ridicate ale accesului la alte servicii (transport public, unități medicale etc.). Aproape jumătate (51%) dintre familiile rome din comunitățile segregate trăiesc în case deteriorate sau condiții de zonă marginalizată de tip mahala.

Un aspect cheie, cu implicații politice directe pentru elaborarea unor intervenții țintite, se referă la suprapunerea comunităților rome cu cele marginalizate, prezentate în secțiunile anterioare. Metodologia de identificare a comunităților marginalizate (în mediul rural şi cel urban) se poate folosi pentru a identifica şi aloca resurse persoanelor cu nevoi (inclusiv romilor). Cu toate acestea, întrebarea care se pune este dacă acest instrument surprinde problemele specifice comunităților cu o pondere ridicată a romilor şi dacă nu cumva exclude segmente ale populației rome ce se confruntă cu situații dificile. Răspunzând la aceste întrebări, analizele noastre au arătat următoarele:

(1) Metodologia de identificare a comunităților marginalizate, aplicată datelor Recensământului din 2011, confirmă că populația autoidentificată de etnie romă[543] este extrem de concentrată la nivel teritorial (vezi Anexă Tabel 10.23). În mediul rural, aproape 39% dintre romii autoidentificați trăiesc în comunități marginalizate (care acumulează capital uman redus, nivel scăzut de ocupare formală şi condiții precare de locuit) față de sub 5% dintre persoanele aparținând altor etnii. În mediul urban, aproape 31% dintre romii autoidentificați locuiesc în zone marginalizate, în timp ce ponderea persoanelor non-rome este de doar 2,6%. Mai mult, Atlasul zonelor urbane marginalizate[544] arată că alți 40% dintre romii autoidentificați trăiesc în zone dezavantajate din punctul de vedere al capitalului uman,[545] care, prin definiție, diferă de zonele marginalizate doar din perspectiva locuirii. Aceasta nu înseamnă că romii din zonele dezavantajate pe capital uman au condiții de trai

Locuință romă într-o zonă urbană dezavantajată din punctul de vedere al capitalului uman

Foto: Banca Mondială (2014). Valea Rece, o zonă tipică cu vile, Târgu-Mureş, județul Mureş.

Locuință romă dintr-o zonă urbană marginalizată

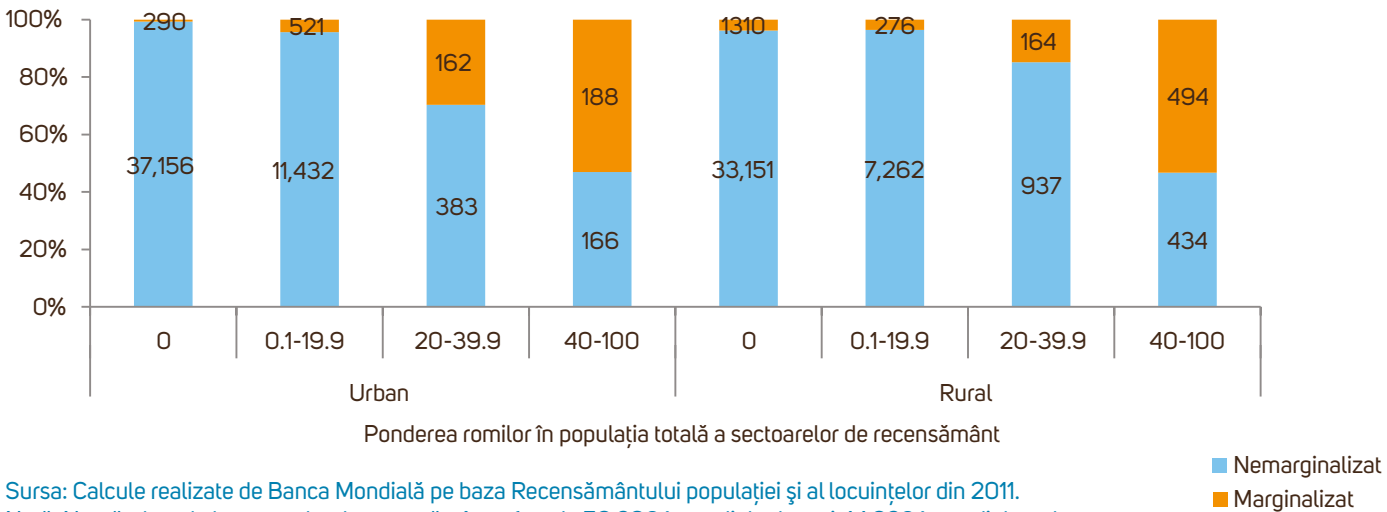
Foto: Banca Mondială (2014). Zona Poligon, Aiud, județul Alba.

[540] Banca Mondială (Ionescu-Heroiu et al, 2013a).
[541] Vezi definiția la nota de subsol 472, de la începutul capitolului 3.1.
[542] Banca Mondială (Anan et al, 2014). În baza datelor Studiului regional privind romii realizat de PNUD/ Banca Mondială/ CE (2011).
[543] Un număr de 621.573 de persoane s-au autodeclarat de etnie romă la nivel național cu ocazia Recensământului din 2011, dintre care 230.670 în mediul urban.
[544] Banca Mondială (Swinkels et al, 2014a).
[545] Proporția romilor autoidentificați ce trăiesc în zonele nedezavantajate este foarte mică, de doar 16,1%. Pentru a face o comparație, majoritatea populației urbane (67,8%) locuieşte în zone nedezavantajate şi doar 11,7% trăieşte în zone dezavantajate pe capital uman şi 3,2% în zone marginalizate.

optime, însă condițiile lor de locuire nu sunt foarte proaste, așa cum este cazul locuințelor din zonele marginalizate. Fotografiile de mai sus ilustrează această diferență.

(2) Cu cât este mai ridicată proporția romilor într-o comunitate, cu atât este mai mare şi probabilitatea ca respectiva comunitate să fie marginalizată (Figura 52). În mediul urban, în timp ce doar 1% dintre comunitățile fără membri autodeclarați romi sunt marginalizate, 47% dintre comunitățile cu procente ridicate de romi sunt dezavantajate din toate cele trei privințe (capital uman, ocupare şi locuire). Dintre cele 1.139 de sectoare de recensământ identificate ca fiind marginalizate în Atlasul zonelor urbane marginalizate, 29% prezintă o pondere a romilor ce depăşeşte 20% şi numai 25% nu au niciun membru de etnie romă (doar în 1,8% din toate sectoarele de recensământ urbane, proporția romilor autodeclarați este de peste 20%). În mod similar, în mediul rural, probabilitatea marginalizării creşte de la 4% dintre comunitățile fără romi autodeclarați la 53% dintre comunitățile cu mari procente de romi. De asemenea, dintre cele 2.244 de sectoare de recensământ identificate ca fiind marginalizate, 29% prezintă o pondere a romilor de peste 20% față de doar 5% din toate sectoarele rurale.

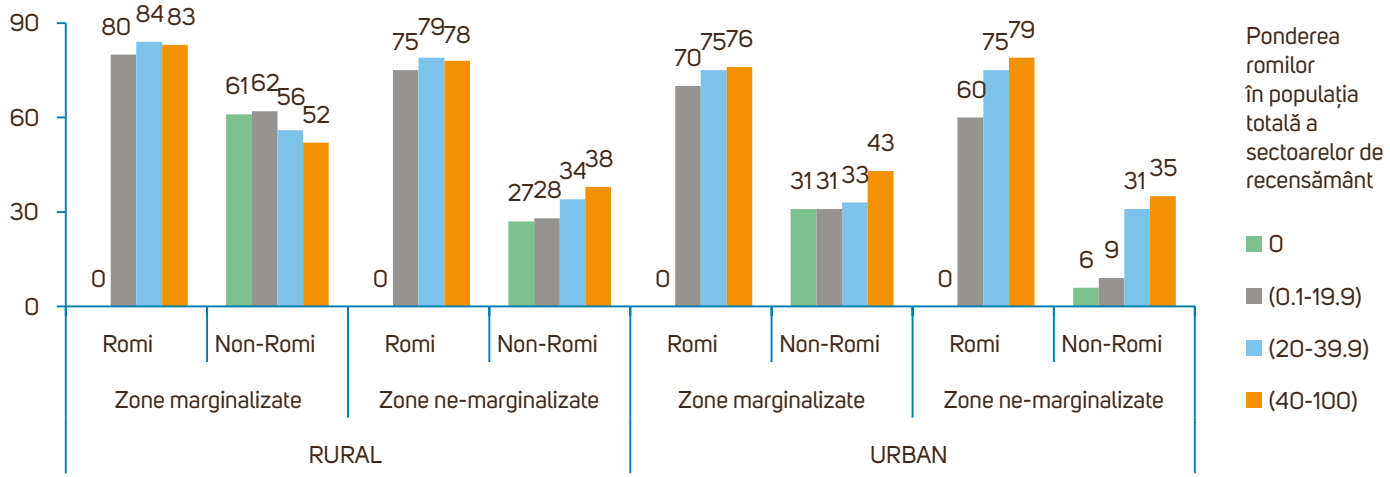
FIGURA 52: Distribuţia sectoarelor de recensământ marginalizate şi nemarginalizate, în funcţie de ponderea romilor în populaţia totală, în mediul urban şi rural din România, 2011



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației şi al locuințelor din 2011.
Notă: Numărul total al sectoarelor de recensământ a fost de 50.298 în mediul urban şi 44.028 în mediul rural.

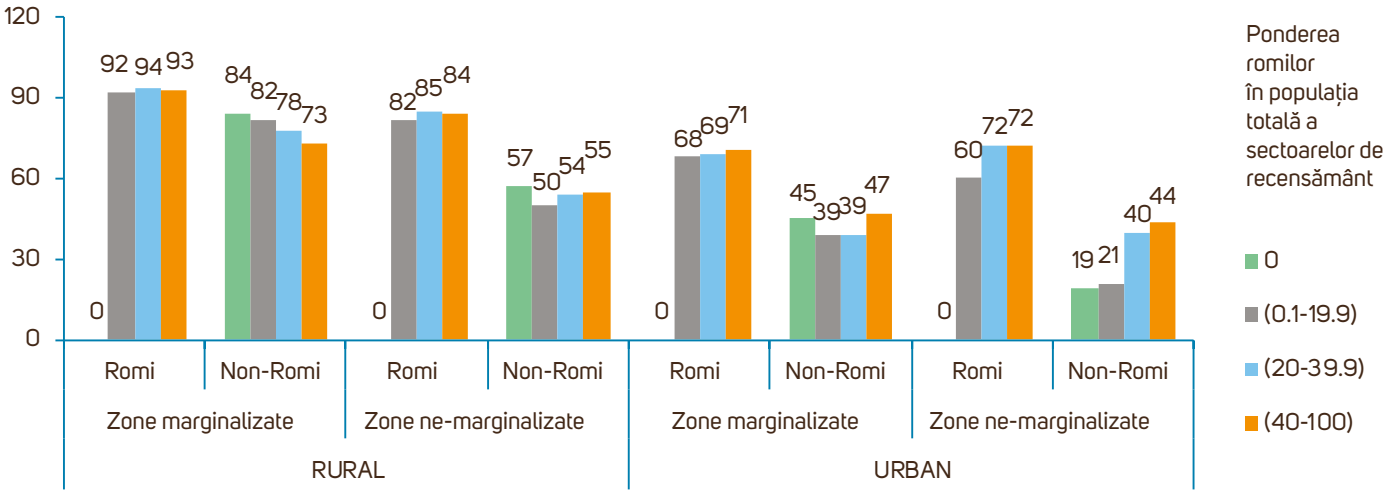
(3) În cadrul aceloraşi tipuri de comunități (rurale sau urbane, marginalizate/ nemarginalizate şi cu procente similare de romi în comunitate), romii sunt mult mai des excluşi din punct de vedere social de la educație şi locuri de muncă. Următoarele două figuri (Figura 53 şi Figura 54) demonstrează acest lucru. De exemplu, în comunitățile marginalizate din mediul rural cu un număr mare de romi, proporția tinerilor de 16-24 de ani ce au terminat cel mult ciclul gimnazial este de 83% în rândul romilor şi scade până la 52% în cazul non-romilor. În comunitățile urbane marginalizate în care romii ating un procent de sub 20%, la nivelul populației rome în vârstă de muncă ce nu este cuprinsă într-o formă de învățământ, 68% nu lucrează sau sunt pensionari; procentul este de doar 39% în cazul non-romilor ce trăiesc în aceleaşi comunități. În general, decalajul dintre romi şi non-romi este mai accentuat în mediul urban, mai ales în comunitățile nemarginalizate şi în zonele cu puțini romi.

FIGURA 53: Proporţia tinerilor de 16-24 de ani cu cel mult studii gimnaziale şi care nu sunt cuprinşi într-o formă de învăţământ, în funcţie de etnie, tipul zonei şi procentul romilor (%)



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației şi al locuințelor din 2011.

FIGURA 54: Persoanele de 15-64 de ani necuprinse într-o formă de învăţământ ce nu sunt nici pensionate, nici angajate, în funcţie de etnie, tipul zonei şi procentul romilor (%)

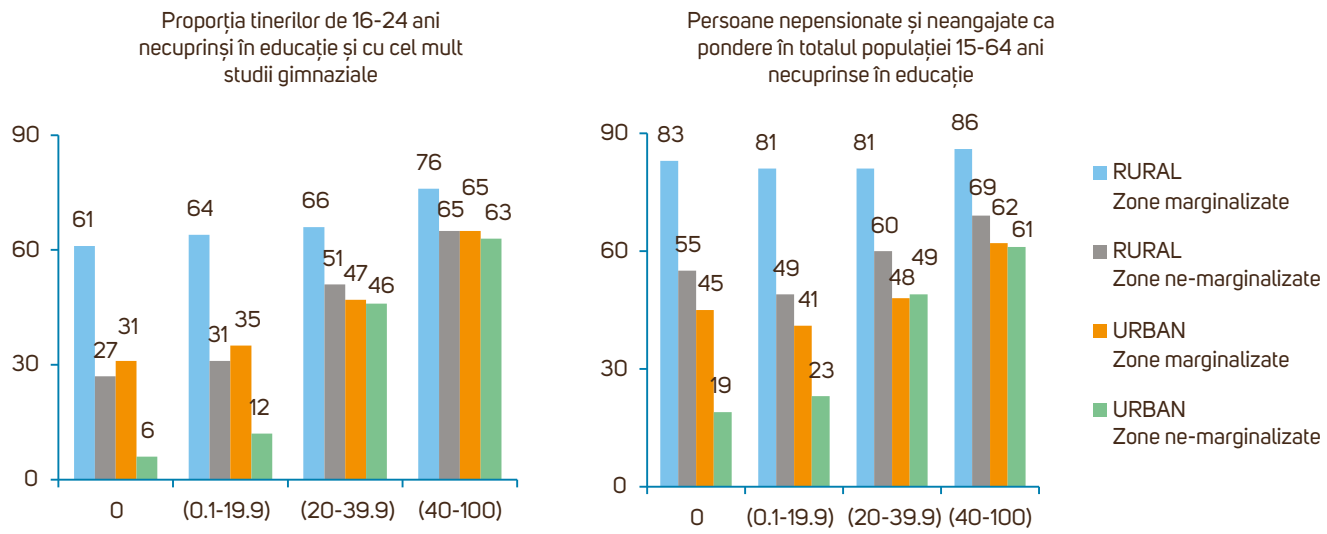


Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației şi al locuințelor din 2011.

(4) Lipsa accesului romilor la condiții decente de locuire este un lucru specific zonelor urbane, în timp ce în mediul rural accesul redus la utilități este destul de generalizat. Anexă Tabel 10.26 prezintă decalajul substanțial existent între locuințele urbane şi cele rurale în ceea ce priveşte utilitățile de bază. Locuințele din zonele marginalizate sunt mai puțin conectate la utilități decât cele din comunitățile nemarginalizate, însă decalajul este mult mai mare în zonele urbane. De exemplu, proporția persoanelor ce trăiesc în locuințe fără apă curentă variază în mediul urban de la 8% în comunitățile nemarginalizate la 34% în cele marginalizate, crescând în mediul rural până la 66% în comunitățile nemarginalizate, respectiv 86% în cele marginalizate. În mediul rural, decalajul este mult mai mic din perspectiva altor servicii, având în vedere că 99% din populația rurală trăieşte în locuințe fără apă caldă curentă, 94% fără canalizare şi 90% fără gaze naturale. Variația în funcție de ponderea romilor în populația totală este nesemnificativă în mediul rural,[546] dar este importantă în mediul urban, mai ales în comunitățile nemarginalizate (vezi Anexă Tabel 10.27). Astfel, din perspectiva locuirii, romii sunt mai dezavantajați decât non-romii, în special dacă locuiesc în mediul urban, fie în comunități cu mulți romi, fie în zone marginalizate.

(5) În general, cu cât este mai mare ponderea romilor într-o comunitate marginalizată, cu atât sunt mai scăzute valorile tuturor indicatorilor referitori la excluziunea socială. Deşi în toate comunitățile marginalizate, situația este mult mai precară decât în alte zone, ponderea romilor continuă să fie un bun predictor/ discriminator al gravității problemelor din aceste zone. Dacă, de exemplu, în zonele marginalizate fără romi autodeclarați, 31% dintre tinerii de 16-24 de ani nu merg la şcoală şi au cel mult studii gimnaziale, în comunitățile marginalizate cu o populație romă de peste 40%, procentul este de 65% (Figura 55). Ponderea romilor este un bun predictor şi al severității excluziunii în zonele nemarginalizate, chiar şi în cazul unei amplitudini mai mari. De exemplu, acelaşi indicator referitor la proporția tinerilor care au terminat cel mult ciclul gimnazial variază între doar 6% în zonele urbane nemarginalizate fără romi autodeclarați şi 63% în cele cu mulți romi (unde valoarea este aproape egală cu cea din zonele urbane marginalizate).

FIGURA 55: Diferenţele înregistrate la nivelul educaţiei şi ocupării între zonele cu diferite ponderi ale romilor, în comunităţile marginalizate şi cele nemarginalizate, din mediul urban şi rural (%)



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației şi al locuințelor din 2011.

[546] Cu excepția accesului la curent electric.

(6) Cu totul important este faptul că, din perspectiva capitalului uman, a ocupării formale şi chiar a accesului la utilități (în mediul urban), situarea într-o zonă urbană marginalizată sau nemarginalizată influențează foarte puțin sau deloc situația romilor; ceea ce contează este proporția romilor în populația totală din zonă. Indiferent dacă trăiesc într-o zonă urbană marginalizată sau nemarginalizată, în cazul romilor, valoarea tuturor indicatorilor referitori la capital uman şi ocupare este semnificativ mai mică decât în cazul altor grupuri etnice. Decalajul dintre romii ce trăiesc în zonele marginalizate şi cei din zonele nemarginalizate este mult mai mic decât decalajul înregistrat în rândul non-romilor. În toate tipurile de zone (marginalizate sau nu), cu cât ponderea romilor (autoidentificați) este mai mare, cu atât sunt mai reduse capitalul uman şi nivelul ocupării formale în cazul locuitorilor romi (dar nu neapărat şi în rândul non-romilor). În ceea ce priveşte indicatorii referitori la locuire, indiferent dacă trăiesc în zone marginalizate sau comunități cu mulți etnici romi, romii se confruntă cu dificultăți la nivelul accesului la apă potabilă şi al conectării la sistemul de canalizare sau electricitate.

În concluzie, intervențiile ce țintesc zonele marginalizate au doar un impact parțial asupra romilor. Trebuie concepute măsuri care să vizeze în mod special comunitățile rome, mai ales cele cu un număr mai mare de romi, în baza principiului „explicit, dar nu exclusiv"[547] şi cu un puternic accent pe capital uman (educație, competențe şi sănătate), ocupare formală şi acces la utilitățile de bază (apă, canalizare, electricitate). În momentul de față, romii nu sunt întotdeauna vizați în mod explicit de programele de incluziune socială. În prezent, politicile sociale, programele şi proiectele de investiții se adresează, de cele mai multe ori, categoriilor dezavantajate, fără însă a fi însoțite de metodologii specifice de măsurare a dezavantajului. Cu toate că nu este mereu nevoie ca romii să fie vizați în mod exclusiv, absența unor criterii specifice pentru identificarea grupurilor țintă şi lipsa unei metodologii clare prin care să se măsoare aceste criterii îngreunează adresarea programelor sociale la nivel local. Vizarea comunităților rome este restricționată de o anumită lipsă a datelor legate de apartenența etnică, ce nu sunt colectate sistematic în vederea monitorizării progreselor. Informațiile referitoare la etnie ar permite o mai bună urmărire a rezultatelor sociale în comunitățile rome şi nerome şi o analiză mai aprofundată a determinanților sărăciei.

Insuficienta capacitate a comunităților locale de a formula şi a implementa proiecte, din cauza sprijinului inadecvat de la nivel central, reduce abilitatea multor comunități dezavantajate de a beneficia de fonduri UE.[548] Fondurile structurale, Fondul de Coeziune şi Fondul European Agricol pentru Dezvoltare Rurală nu ajung într-o măsură suficientă la comunitățile rome marginalizate. Rata totală de absorbție a fondurilor structurale şi de coeziune în perioada 2007–2013 a fost, de asemenea, mică în România. Acest lucru se datorează mai multor factori cheie: (a) lipsa alinierii legislației privind implementarea instrumentelor structurale la alte legi naționale relevante; (b) complexitatea procedurilor administrative; (c) lipsa capacității administrative atât la nivelul autorităților de management, cât şi al beneficiarilor; (d) slaba responsabilizare a autorităților locale în ceea ce priveşte eliminarea problemelor cu care se confruntă romii şi alte comunități dezavantajate; (e) lipsa capacității de co-finanțare a autorităților locale; (f) împărțirea neclară a sarcinilor între ministere şi alte entități publice la nivel național.

[547] Cele 10 principii de bază comune privind incluziunea romilor ale Uniunii Europene recomandă adresarea „explicită, dar nu exclusivă" a măsurilor, „vizarea romilor ca grup țintă, dar nu şi excluderea altor persoane care trăiesc în condiții socio-economice similare" (Principiul nr. 3). „Politicile şi proiectele ar trebui să fie orientate către „grupurile vulnerabile", „grupurile aflate la marginea pieței forței de muncă", „grupurile dezavantajate" sau „grupurile care trăiesc în zonele defavorizate" etc., cu o mențiune clară privind includerea romilor în aceste grupuri" (Principiul nr. 2). http://www.coe.int/t/dg4/youth/Source/Resources/Documents/2011_10_Common_Basic_Principles_Roma_Inclusion.pdf.

[548] Banca Mondială a întreprins un studiu (Anan et al, 2014) în cadrul Evaluării comunicării şi colaborării între autoritatea de management şi organismele intermediare ale Programelor Operaționale Regionale şi facilitării sprijinului proactiv şi direct pentru beneficiari. Acesta indică faptul că, deşi multe comunități locale reuşesc să depună cereri de finanțare, adesea ele nu dețin capacitatea necesară pentru a elabora şi implementa proiecte. La nivelul capacității, punctele slabe sunt definirea sau verificarea specificațiilor tehnice ale proiectelor de investiții şi desfăşurarea procedurilor de achiziție în conformitate cu reglementările referitoare la fondurile europene.

3.2.4. O abordare zonală intersectorială integrată pentru zonele marginalizate

Proiectele intersectoriale integrate de regenerare, care găsesc un echilibru între incluziune socială şi competitivitate economică, reprezintă cel mai bun mod de a reduce sărăcia concentrată la nivel teritorial în zonele urbane marginalizate, comunităţile rome şi anumite zone rurale izolate. Aceste intervenţii pot fi eficiente dacă beneficiază de susţinere din partea unui număr mare de actori publici şi privaţi (instituţii publice, proprietari, locatari şi firme). Politicile de combatere a segregării pot viza o anumită zonă geografică (intervenţii zonale) sau anumite sectoare (politici adresate populaţiei). Zonele „problematice" au nevoie de servicii accesibile şi de calitate – locuinţe la un preţ convenabil, educaţie, locuri de muncă, servicii de îngrijire a copilului, asistenţă medicală şi transport în comun – pentru a asigura un nivel de integrare apropiat celui din celelalte părţi ale oraşului. În acest scop, responsabilii de politici ar putea avea în vedere adoptarea unor politici sectoriale sau adresate populaţiei, care să urmărească ameliorarea situaţiei persoanelor sau a familiilor cu venituri mici şi nevoi specifice, din aceste zone „problematice". Aceste politici ar putea include:

- Demersuri specifice privind acordarea de servicii publice în zonele „problematice"
- Politici educaţionale şi şcolare care să crească nivelul calităţii întregii educaţii şi să asigure mixitatea etnică şi socio-economică a elevilor în orice şcoală
- Intervenţii economice menite să crească gradul de ocupare a forţei de muncă, să susţină firmele nou înfiinţate şi să dezvolte oportunităţile de formare
- O politică referitoare la locuinţele sociale care să asigure locuinţe accesibile în orice parte a oraşelor
- Reglementări în domeniul planificării care să împiedice crearea comunităţilor închise
- O politică privind mobilitatea, care să asigure accesul echitabil, din orice parte a oraşului, la agenţiile pentru ocuparea forţei de muncă şi instituţiile cheie, cu ajutorul mijloacelor de transport în comun.

Intervenţiile zonale şi cele adresate populaţiei trebuie integrate într-un cadru de dezvoltare comunitară participativă în vederea combaterii eficiente a segregării. Pentru perioada de programare 2014-2020, Uniunea Europeană propune o abordare denumită dezvoltare locală plasată sub responsabilitatea comunităţii (DLRC), prin care populaţia este invitată să formeze parteneriate locale pentru elaborarea şi implementarea unor strategii zonale multisectoriale integrate, care să vizeze eliminarea segregării şi a sărăciei în zonele marginalizate. Similar rolului jucat de iniţiativa LEADER în mediul rural, DLRC se doreşte a fi o metodă eficientă de reducere a segregării în zonele urbane sărace şi marginalizate. LEADER şi FEPAM vor oferi României fonduri dedicate DLRC pentru localităţile rurale şi oraşele foarte mici, iar FEDR şi FSE vor pune la dispoziţie fonduri pentru mediul urban. Acest sprijin duce la creşterea bugetului total disponibil acţiunilor de dezvoltare locală şi permite autorităţilor locale să ia în considerare o gamă mai largă de intervenţii. Cu toate acestea, strategiile finanţate din mai multe surse sunt greu de elaborat şi pus în aplicare, necesitând experienţă în domeniul dezvoltării urbane şi relaţii de colaborare funcţionale între partenerii locali. Acestea „pot fi greu de implementat de către grupurile care sunt novice în demersurile de dezvoltare locală. Din acest motiv, este esenţial să se analizeze capacitatea GAL (grupurilor de acţiune locală) şi să se împartă sarcinile în mod corespunzător între GAL şi autorităţile responsabile de elaborarea şi implementarea programului. Trebuie să se realizeze o pregătire solidă şi acţiuni consistente de dezvoltare a capacităţii în vederea creşterii capacităţii lor administrative".[549]

Capacitatea de elaborare şi implementare a proiectelor integrate de la nivel local şi central reprezintă un factor vital pentru îmbunătăţirea condiţiilor de trai ale romilor şi comunităţilor marginalizate. Până la ora actuală, în România, responsabilii de politici nu au avut la dispoziţie stimulentele necesare pentru a stopa declinul urban şi a direcţiona fondurile către cartierele segregate, iar prevederile generale referitoare la finanţările europene au oferit puţine oportunităţi în acest sens. De asemenea, se remarcă lipsa unei abordări integrate în formularea intervenţiilor. În ciuda diferitelor abordări de reducere a segregării comunităţilor dezavantajate puse în aplicare în România, nu s-a realizat o evaluare completă a succesului

[549] Comisia Europeană (2013a: 29).

CASETA 50

Lecţii învăţate din intervenţiile anterioare desfăşurate în România

Intervențiile de integrare implementate deja în România oferă o serie de lecții.

1. Este necesar un cadru legislativ național care să reglementeze politicile referitoare la comunitățile marginalizate. Acest cadru ar trebui să cuprindă reglementări legate de:

- O politică națională în domeniul locuințelor (ce trebuie elaborată)
- Reglementări referitoare la proprietățile din zonele de tip mahala
- Aplicarea Legii nr. 15/2003 (în baza căreia primăriile pot concesiona teren public pentru construcții cetățenilor, ale căror propuneri sunt selectate pe baza unui set de criterii)
- Investiții în clădiri comune, co-deținute de municipalitate şi de locatari
- Modificarea normelor fiscale privind calcularea dobânzilor şi a penalităților pentru neplata taxelor datorate statului sau bugetului local de către locatarii locuințelor sociale
- Prescrierea datoriilor istorice ce țin de serviciile acordate în cazul locuințelor sociale.

În plus, la nivel municipal, trebuie elaborate strategii privind utilizarea terenurilor şi locuințele pentru întreaga zonă urbană funcțională în vederea prevenirii proliferării segregării extreme. (Comisia Europeană, 2011b).

2. Intervențiile din zonele marginalizate ar trebui să fie integrate, îmbinând proiectele de investiții în locuințe şi infrastructură cu proiecte ce vizează locurile de muncă, educația copiilor şi a adulților, servicii de salubritate, cursuri de educație parentală, planificare familială, hrană caldă pentru copii, dezvoltarea deprinderilor de viață (în cazul adolescenților), combaterea discriminării, autonomizarea comunității şi orice alte activități sociale, medicale sau culturale. Trebuie pusă la dispoziția adulților, din zonele marginalizate, fără studii sau cu un nivel redus de educație formală (cel mult opt clase), o schemă națională de formare profesională.

3. Responsabilii de politici trebuie să caute soluții inovatoare la problemele zonelor marginalizate, cu costuri accesibile populației sărace, care să vizeze şi creşterea veniturilor familiilor din comunitate. Doar în acest mod se poate asigura o intervenție sustenabilă şi creşterea calității vieții.

4. Pentru a responsabiliza comunitatea, intervenția trebuie să fie fondată pe reguli şi proceduri clare, măsurabile şi transparente, supuse dezbaterii publice, aprobate de toate părțile interesate şi puse în aplicare. De exemplu, o politică locală clară şi bine diseminată, menită să reglementeze locuințele sociale, ar aduce un plus de valoare relației chiriaşilor cu autoritatea locală. Trebuie stabilite penalități şi recompense clare pentru recunoaşterea şi recompensarea comportamentelor dezirabile şi descurajarea celor indezirabile. Poate fi utilă diseminarea atât a exemplelor pozitive, cât şi a celor negative în rândul chiriaşilor pentru a-i face să înțeleagă ce se aşteaptă de la ei.

5. Intervențiile din zonele marginalizate trebuie să aibă o durată medie sau lungă, cu o etapă de pregătire de unul sau doi ani, în care autoritățile locale şi comunitatea marginalizată învață să comunice, să construiască un parteneriat de la egal la egal şi să creeze un mediu favorabil participării, cu un set de reguli bine definite, măsurabile şi transparente.

6. Intervențiile din zonele marginalizate ar trebui să includă componente adresate comunităților nemarginalizate învecinate, în ideea de a încuraja integrarea socială şi de a creşte şansele ca proiectul să fie acceptat de către toți cetățenii.

7. Intervențiile ar trebui să țină cont de următoarele diferențe legate de:

- Infrastructură (blocuri de apartamente versus mahala versus locuințe sociale)
- Proprietate (proprietari versus chiriaşi în locuințe sociale versus persoane ce trăiesc în adăposturi improvizate)
- Participare comunitară (comunități concentrate în blocuri de apartamente versus comunități răspândite pe un teritoriu larg)
- Leadership (comunități cu lideri informali puternici versus comunități fără lideri puternici)
- Vechimea zonei (cartiere vechi, tradiționale versus cartiere noi)

8. Intervențiile centrate pe copil au mai multe şanse de propagare la nivel comunitar şi pot creşte sprijinul acordat de locuitorii ce nu beneficiază în mod direct de pe urma proiectului.

Sursa: Banca Mondială (Swinkels et al, 2014b: 32).

sau eşecului acestor abordări. Prin urmare, nu există date despre rezultatele propriu-zise ale celor câtorva politici şi programe de integrare din România, despre practicile de succes şi motivul pentru care funcționează acestea, dar nici despre modalitățile de eludare a sistemelor guvernamentale, adesea foarte rigide, astfel încât să se asigure implementarea unor programe de integrare pertinente şi eficiente.

Consultările restrânse cu privire la politicile referitoare la incluziunea socială a comunităților rome şi marginalizate la nivel local pot limita relevanța şi sustenabilitatea măsurilor de implementare. Astfel, nu se asigură că măsurile de reducere a segregării comunităților rome şi marginalizate reflectă nevoile şi oportunitățile locale. Mai mult, atitudinea discriminatorie față de romi a unor funcționari poate să îi descurajeze pe aceştia să participe la elaborarea şi implementarea programelor de incluziune.

Aşadar, comunitățile locale ar trebui implicate în procesul de formulare şi punere în practică a intervențiilor. În acest scop, autoritățile locale ar putea forma membrii comunității în domenii precum procesul decizional participativ, responsabilizare şi educație financiară de bază. În plus, implicarea populației locale în acțiunile de modernizare a infrastructurii locale ar putea creşte gradul de asumare a acestora, oferind în acelaşi timp oportunități profesionale şi de dezvoltare a competențelor. Este important să se asigure că aceste îmbunătățiri ale infrastructurii locale şi ale locuințelor nu conduc la o şi mai mare concentrare, izolare fizică şi segregare a categoriilor marginalizate. Acest principiu al nesegregării este prevăzut în art. 7 al Regulamentului privind Fondul European de Dezvoltare Regională (FEDR), modificat în mai 2010 pentru a încuraja utilizarea fondurilor FEDR în scopul unor intervenții din sfera locuințelor care promovează integrarea şi previn izolarea şi excluziunea comunităților marginalizate.

Existența unor mecanisme instituționale bine coordonate constituie o precondiție pentru elaborarea unor politici eficiente, implementarea intervențiilor prioritare şi reducerea decalajelor la nivelul acordării de servicii. Recomandăm Guvernului României să clarifice responsabilitățile diferitelor instituții implicate în eforturile de a reduce sărăcia concentrată la nivel teritorial. Acest lucru se poate realiza prin legislație şi prin crearea unor proceduri de cooperare locală. Guvernul ar trebui să pună în aplicare o lege-cadru care să stipuleze relațiile funcționale dintre diferitele organisme şi sursele lor bugetare. De asemenea, ar trebui să susțină dezvoltarea capacității autorităților locale, lucru esențial în ceea ce priveşte utilizarea cât mai eficientă a fondurilor europene. Responsabilii de politici ar trebui să formuleze şi o metodologie pentru obținerea de feedback din partea factorilor de interes, încurajarea participării locale la elaborarea şi implementarea intervențiilor şi stabilirea de parteneriate cu comunitățile rome şi marginalizate. Nu în ultimul rând, simplificarea procedurilor de solicitare a fondurilor europene pentru comunitățile locale poate creşte cererea şi încuraja inițiativele locale.

Această pagină a fost lăsată goală în mod intenționat

4. DEZVOLTAREA CAPACITĂŢII INSTITUŢIONALE DE REDUCERE A SĂRĂCIEI ŞI DE PROMOVARE A INCLUZIUNII SOCIALE

Dezvoltarea capacităţii instituţionale de reducere a sărăciei şi de promovare a incluziunii sociale

Guvernul trebuie să urmărească creşterea capacității sistemului public, la toate nivelurile, de a facilita colaborarea tuturor actorilor în vederea formulării şi a implementării unor politici de combatere a sărăciei şi a excluziunii sociale.

Principalele priorități sunt: (i) modernizarea actualului sistem și implementarea unui sistem electronic de asistență socială solid; (ii) consolidarea mecanismelor de coordonare şi dezvoltarea unui sistem integrat de monitorizare şi evaluare; (iii) crearea unui sistem de plată modern.

Fiecare capitol dedicat politicilor sectoriale sau politicilor zonale prezintă în detaliu măsurile prioritare recomandate pentru îmbunătățirea şi dezvoltarea capacității instituționale de reducere a sărăciei şi de promovare a incluziunii sociale. Mai precis, fiecare capitol include o analiză sectorială a nevoilor de dezvoltare în sfera resurselor umane, a cadrului legal, a resurselor financiare, a mecanismelor de monitorizare şi evaluare, alături de exemplele pozitive disponibile, care trebuie folosite şi, în anumite cazuri, extinse la nivel național. Acest capitol prezintă un rezumat al principalelor recomandări din fiecare dintre aceste domenii.

Obiective principale

4.1. Creşterea capacității de elaborare a politicilor şi de gestionare la toate nivelurile 342
4.2. Dezvoltarea unei abordări integrate pentru formularea politicilor sociale 346
4.3. Dezvoltarea sistemelor de monitorizare şi evaluare 347
4.4. Îmbunătățirea acordării de servicii prin intermediul tehnologiei informației şi a comunicațiilor 348
4.5. Modernizarea sistemelor de plată 350

4.1. Creşterea capacităţii de elaborare a politicilor şi de gestionare la toate nivelurile

Activitățile de planificare şi de gestionare reprezintă, în continuare, o provocare la orice nivel al sistemului şi în orice sector. Politicile, programele şi serviciile nu țin seama de datele furnizate de cercetări şi beneficiază rareori de evaluări speciale ale nevoilor, fiind astfel doar parțial posibilă analiza eficienței lor. În plus, există puține mecanisme de monitorizare şi de evaluare a rezultatelor. Lipsa unei planificări sistematice, fundamentate pe concluziile unor analize situaționale, reprezintă un obstacol în toate etapele de implementare a intervențiilor, făcând dificilă stabilirea unor obiective şi ținte clare, precum şi prioritizarea şi standardizarea procedurilor de management şi de implementare.

Dezvoltarea capacității de formulare, planificare şi gestionare a politicilor reprezintă o precondiție la toate nivelurile şi în toate sectoarele relevante pentru elaborarea unor politici anti-sărăcie şi de incluziune socială. Sunt necesare prevederi legislative pentru stabilirea elementelor şi procedurilor esențiale implicate în proiectarea, managementul şi implementarea programelor sociale.

Tabel 44 prezintă un rezumat al schimbărilor necesare la nivelul cadrului legislativ actual.

TABEL 44: Schimbări sectoriale în cadrul legislativ actual

Ocuparea forței de muncă	Stabilirea unor reglementări privind piața muncii şi promovarea dialogului social pentru a susține capacitatea persoanelor active de a negocia salarii corelate cu cu productivitatea lor.
Protecție socială	Aplicarea unui nou cadru legislativ şi normativ în vederea consolidării celor trei programe actuale bazate pe testarea mijloacelor (VMG, ASF şi ajutorul de încălzire) într-un singur program – programul privind Venitul Minim de Inserție (VMI), care să devină curând programul cheie anti-sărăcie în România
	Stabilirea unei perioade de contribuție mai lungi şi a unui nivel mai ridicat al contribuției pentru a obține o pensie decentă în viitor
	Revizuirea politicii privind pensiile sociale (soluționarea problemei reprezentate de gradul redus de acoperire al sistemului de pensii la nivelul populației în vârstă de muncă, în special în mediul rural)
	Revizuirea legislației privind pensiile anticipate şi viitoarea vârstă de pensionare (problemele legate de reducerea numărului de pensionări anticipate şi de creştere a vârstei de pensionare)
	În 2011, guvernul a aprobat o amplă lege a asistenței sociale (292/2011), dar încă este necesară formularea legislației secundare
	Unificarea criteriilor medicale pentru evaluarea gradului de handicap al persoanele cu dizabilități şi crearea unui canal unic de furnizare a serviciilor persoanelor cu dizabilități (actualmente, funcționează două sisteme separate pentru evaluarea dizabilității, unul pentru acordarea pensiei, celălalt pentru acordarea alocației).
	Stabilirea unor reglementări cuprinzătoare privind terapia ocupațională (referitoare la finanțare şi metodologiile de evaluare) şi includerea profesioniştilor nou instruiți în toate serviciile publice şi private care deservesc persoane cu dizabilități.
Educație	Aplicarea unor mecanisme eficiente de aplicare a legii pentru asigurarea învățământului obligatoriu gratuit pentru toți copiii
	Elaborarea şi aprobarea unei legi privind educația incluzivă (în acord cu recomandările Biroului Înaltului Comisar ONU pentru Drepturile Omului).
	Asigurarea unor mecanisme de aplicare a legii, în concordanță cu legislația națională, pentru a oferi acces la educație copiilor şi tinerilor cu dizabilități în şcolile de masă, în şcolile speciale sau în clase speciale integrate în şcolile de masă. Dezvoltarea unui cadru coerent pentru un parteneriat real şi constructiv între profesori şi părinții elevilor cu cerințe educaționale speciale.
	Redefinirea actualelor programe din domeniul învățământului profesional (crearea de stagii de ucenicie, redefinirea curriculumului, crearea unor programe naționale de sponsorizare cu marile companii, țintirea elevilor cu risc crescut de abandon şcolar).

TABEL 44 (continuare)

Sănătate	Schimbarea paradigmei politicilor de sănătate publică, prin creşterea alocărilor destinate serviciilor de prevenţie şi de promovare a sănătăţii, alături de întărirea capacităţii de programare la toate nivelurile
	Revizuirea programelor naţionale de sănătate din 2014, inclusiv a Programului naţional de sănătate a femeii şi copilului. Formularea unui plan naţional de servicii medicale, urmat de investiţii prudente în infrastructură şi resurse umane
	Luarea în considerare a elaborării unor planuri locale, regionale şi naţionale privind reducerea incidenţei comportamentelor nocive pentru sănătate şi prevenirea bolilor cronice
	Luarea în considerare a schimbării prevederilor legislative pentru a permite autorităţilor locale să angajeze medici de familie cu finanţare acordată din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate
	Revizuirea, actualizarea şi aprobarea sarcinilor şi a fişei postului pentru asistenţii medicali comunitari
	Revizuirea şi diversificarea intervenţiilor incluse în pachetele minimale şi de bază furnizate de medicii de familie şi creşterea ponderii serviciilor care s-au dovedit eficiente (servicii bazate pe evidenţe) în sprijinirea populaţiei sărace
	Redefinirea Planului Naţional de Prevenire şi Control al M/XDR-TB 2012-2015. Consolidarea, prin reglementări şi cartografierea resurselor la nivel judeţean, a Strategiei privind tratamentul sub directă observaţie şi dezvoltarea, pe baza protocoalelor şi a recomandărilor internaţionale, a procedurilor de detectare şi de tratare a cazurilor de infectare cu HIV/TBC.
	Elaborarea legislaţiei privind asigurările medicale private pentru cei care îşi permit o asemenea opţiune.
Locuire	Elaborarea unei politici şi strategii de locuire menite să elimine costurile de locuire excesiv de mari pentru populaţia săracă, alături de prevenirea fenomenului persoanelor fără adăpost, rezultat în special ca urmare a evacuărilor
	Asigurarea concentrării asupra populaţiei sărace în programele mari de infrastructură destinate reabilitării şi modernizării fondului de locuinţe şi utilităţi
	Asigurarea unor îmbunătăţiri la nivelul infrastructurii locale şi al locuinţelor ce nu conduc la un grad crescut de concentrare, izolare fizică şi segregare a comunităţilor marginalizate
	Creşterea capacităţii adăposturilor, îmbunătăţirea capacităţii de desfăşurare a intervenţiilor stradale de urgenţă, realizarea unor programe de regenerare pentru a aborda problema taberelor ilegale, încetarea evacuărilor ilegale şi adoptarea unor politici preventive adresate persoanelor ce riscă să rămână fără adăpost.
Participare socială	Modificarea actualului cadru legislativ privind voluntariatul în vederea încurajării participării sociale.

În privinţa resurselor umane, este necesar un personal mai numeros şi mai bine format profesional în toate sectoarele sociale. Astfel, capitolele precedente au evidenţiat următoarele nevoi principale de dezvoltare:

- Creşterea numerică a personalului managerial şi operativ al ANOFM în vederea înfiinţării unor agenţii locale pentru ocuparea forţei de muncă (ALOFM), alături de crearea de parteneriate locale pentru implementarea măsurilor active de ocupare a forţei de muncă şi externalizarea serviciilor.
- Crearea unui program naţional pentru consolidarea serviciilor de asistenţă socială la nivel comunitar în perioada 2015-2020, alături de investiţii în servicii comunitare, precum centrele de zi şi alte servicii de sprijin pentru o viaţă independentă sau asistată (transport, asistenţi personali, dispozitive asistive şi interpreţi).
- Creşterea numărului de profesionişti specializaţi în planificare strategică, monitorizare şi evaluare şi management de caz în cadrul DGASPC pentru a dezvolta planificarea strategică, coordonarea metodologică şi sprijinul acordat SPAS, dar şi în monitorizarea şi evaluarea furnizorilor de servicii din judeţ.
- Crearea unui sistem de formare profesională continuă adresat profesioniştilor care lucrează în serviciile sociale, inclusiv celor care răspund de sistemul de reglementare a serviciilor sociale. Nu există încă un mecanism dedicat de evaluare a serviciilor sociale sau pentru formarea evaluatorilor de servicii sociale.
- Întărirea capacităţii Inspecţiei Sociale de a evalua şi controla serviciile sociale şi prestaţiile financiare.
- Realizarea de investiţii şi creşterea numerică a personalului disponibil în CJRAE astfel încât acestea să devină adevărate centre de resurse în domeniul educaţiei incluzive.

- Formarea profesională sistematică a profesorilor şi a furnizorilor de servicii de îngrijire în domeniul educației preşcolare oferite copiilor din familii sărace şi vulnerabile.
- Dezvoltarea capacității personalului din învățământ pentru a asigura acordarea eficientă a unei educații incluzive copiilor romi.
- Introducerea unui program național adresat tinerilor specialişti din agricultură.
- Creşterea rolului şi a capacității DSP de a furniza sprijin şi supervizare profesionale lucrătorilor sanitari comunitari (asistenți medicali comunitari şi mediatori sanitari romi).
- Formularea unei strategii eficiente adresate personalului din domeniul sănătății, în special pentru atragerea şi menținerea acestuia în mediul rural.
- Extinderea şi consolidarea sistemului de asistență medicală comunitară astfel încât acesta să devină cel mai puternic „egalizator" din sistemul de sănătate. Dezvoltarea unor servicii medicale comunitare în zonele unde nu există un cabinet permanent de medicină a familiei.
- Formarea profesională a furnizorilor de servicii medicale la nivelul comunității (medic de familie, asistent medical comunitar, mediator sanitar rom) în domeniul acordării unor servicii de îngrijire a copilului şi de îngrijire prenatală şi postnatală de calitate.
- Programe de educație medicală continuă adresate medicilor de familie şi asistenților medicali ai acestora, adaptate la nevoile în materie de sănătate ale categoriilor celor mai dezavantajate.
- Extinderea numărului de profesionişti specializați în identificarea timpurie a nevoii de servicii în cazul copiilor cu dizabilități.
- Crearea unor programe de practică, stagii şi plasare în posturi administrative la nivel central, regional şi local, mai ales pentru femeile rome tinere.
- Organizarea unor cursuri de formare adresate membrilor comunității în domeniul participării la luarea deciziilor, al contabilității şi al educației financiare de bază.
- Formare şi facilitare la nivelul programului LEADER şi utilizarea cadrului oferit de Grupurile de Acțiune Locală.

În afara schimbărilor legislative şi de resurse umane, trebuie asigurat un nivel adecvat de finanțare guvernamentală, în paralel cu finanțarea acordată de diferite organisme europene, în vederea reducerii sărăciei şi a promovării incluziunii sociale. Aşa cum s-a menționat deja în capitolele anterioare, sunt necesare creşterea finanțării totale şi îmbunătățirea managementului financiar în toate sectoarele sociale. Principalele aspecte legate de finanțare, prezentate în capitolele anterioare, sunt incluse în Tabel 45.

TABEL 45: Principalele aspecte privind finanţarea serviciilor sociale

Ocuparea forței de muncă	Creşterea resurselor alocate şi îmbunătățirea managementului instituțiilor de ocupare a forței de muncă, precum şi a politicilor de activare adresate categoriilor vulnerabile din punct de vedere social şi populației active sărace
Protecție socială	Creşterea bugetului programelor bazate pe testarea mijloacelor şi a ponderii acestora în bugetul general al asistenței sociale
	Creşterea bugetului VMI în raport cu bugetele combinate ale celor trei programe, astfel încât fondurile din domeniul asistenței sociale să vizeze persoanele cele mai sărace
	Alocarea unei linii bugetare în cadrul bugetului de stat pentru serviciile comunitare de asistență socială şi dezvoltarea mecanismelor de monitorizare a utilizării eficiente a acestei linii (finanțarea salariului unui angajat cu normă întreagă, precum şi a costurilor legate de sistemul național de monitorizare)
	Creşterea bugetului alocat pentru dezvoltarea serviciilor sociale adresate categoriilor vulnerabile
	Îmbunătățirea cadrului de finanțare pentru asigurarea sustenabilității finanțării serviciilor sociale - dezvoltarea mecanismelor şi a procedurilor de finanțare, coordonarea şi armonizarea mecanismelor de finanțare din diferite sectoare (sănătate, educație, locuire şi ocupare), creşterea transparenței şi o mai bună diseminare a procedurilor de contractare a serviciilor sociale şi îmbunătățirea metodologiei şi a procedurilor de stabilire a costurilor pentru serviciile sociale

TABEL 45 (continuare)

Educație	Creşterea volumului finanțării în sectorul educației
	Continuarea programului de investiții în infrastructura de bază pentru a asigura accesul elevilor la toate instituțiile de învățământ, la toate nivelurile. Această investiție ar putea fi finanțată din fondurile structurale şi de coeziune
	Creşterea investițiilor în şcolile dezavantajate din zonele rurale şi urbane marginalizate.
	Revizuirea finanțării suplimentare, care foloseşte în prezent o formulă ponderată pentru copiii aflați în situații vulnerabile, şi acordarea acesteia şcolilor de masă în care sunt înscrişi astfel de copii
	Reorganizarea întregii serii de programe financiare implementate prin intermediul şcolilor, recunoaşterea efectivă a acestora ca şi componente ale asistenței sociale şi unificarea programelor naționale de prestații financiare în programul privind alocația pentru susținerea familiei (care va deveni în curând programul VMI, cu costuri reduse de aplicare şi o bună capacitate de monitorizare şi supraveghere)
Sănătate	Creşterea alocării financiare pentru sectorul de sănătate, în special a alocărilor bugetare dedicate asistenței medicale primare, şi asigurarea unui buget adecvat pentru dezvoltarea rețelei de servicii medicale comunitare
	Revizuirea actualelor stimulente financiare şi nefinanciare concepute pentru a atrage şi a menține medicii în zonele rurale şi izolate
	Conceperea, implementarea şi bugetarea unei politici coerente la nivel național cu privire la plățile informale din sectorul de sănătate
	Asigurarea unei finanțări adecvate pentru măsuri țintite care să vizeze sănătatea populației sărace şi vulnerabile şi pentru sprijin social şi intervenții adresate celor săraci, cum sunt tichetele de transport acordate pacienților de MDR-TB pentru a ajunge la unitățile medicale sau bugete adecvate pentru intervenții specifice destinate categoriilor vulnerabile, precum CDI, copiii străzii, persoanele fără adăpost, deținuții şi romii
	Creşterea alocărilor bugetare dedicate serviciilor preventive în domeniul sănătății reproducerii
	Furnizarea unui buget adecvat pentru redefinirea Planului Național de Prevenire şi Control al M/XDR-TB 2012-2015
	Investiții cost eficiente în infrastructura şi tehnologia din domeniul medical, în concordanță cu cerințele planului național de servicii medicale şi evidențele documentate
Locuire	Creşterea alocărilor bugetare dedicate locuințelor sociale
	Investiții în infrastructura satelor anexate oraşelor pentru îmbunătățirea calității vieții populației din oraşele mici
Participare socială	Investiții menite să asigure accesul categoriilor vulnerabile la informație şi cunoştințe într-o gamă largă de formate
Comunități marginalizate	Finanțarea, din bugetul național, fonduri europene sau împrumuturi, a unui pachet de intervenții integrate în comunitățile marginalizate (în dezvoltare rurală, dezvoltare regională şi capital uman) pentru a reduce semnificativ şi a eradica incidența sărăciei extreme, concentrate şi persistente în România, până în anul 2020

Reformele instituționale ar trebui să fie atent planificate şi evaluate, dat fiind faptul că ele pot duce la pierderea personalului cu experiență şi ar putea afecta negativ capacitatea acestor instituții de a furniza servicii.

4.2. Dezvoltarea unei abordări integrate pentru formularea politicilor sociale

Adoptarea unei abordări integrate în procesul de elaborare a politicilor, de acordare a serviciilor şi de utilizare a resurselor locale poate îmbunătăți modul în care autoritățile naționale şi locale planifică şi folosesc resursele existente în scopul reducerii sărăciei şi a excluziunii sociale. Intervențiile bazate pe o abordare integrată sunt produsul cooperării intersectoriale şi iau în calcul toate aspectele bunăstării grupurilor vizate.

Mai multe condiții sunt esențiale pentru a pune în practică această abordare integrată. Este recomandabil ca guvernul să îşi propună: (i) să înființeze o Comisie intersectorială de incluziune socială, cu un secretariat tehnic, care să fie responsabilă de implementarea Planului de acțiune asociat Strategiei naționale pentru incluziune socială și reducerea sărăciei 2015-2020 și să implementeze efectiv un sistem de monitorizare şi evaluare a incluziunii sociale; (ii) să elaboreze o legislație specifică, standarde de calitate şi un sistem de reglementare cuprinzător pentru grupurile vulnerabile; (iii) să pregătească lucrătorii sociali, profesioniştii din domeniul educației, mediatorii comunitari şi alți specialişti pertinenți în ceea ce priveşte abordarea integrată a furnizării de servicii; (iv) să încurajeze categoriile vulnerabile să fie mai active în procesul decizional, la toate nivelurile, de la acordarea de servicii la nivel local până la formularea de politici la nivel național; (v) să asigure o alocare bugetară corespunzătoare, din surse locale şi naționale, pentru toate activitățile de mai sus.

Intervențiile adresate populației şi cele zonale sunt esențiale pentru combaterea segregării în zonele marginalizate. Politicile şi programele relevante ar trebui să fie coordonate între toate nivelurile de guvernanță (integrare politică verticală) şi între toate sectoarele (integrare politică orizontală). Proiectele intersectoriale integrate de regenerare, care găsesc un echilibru între incluziune socială şi competitivitate economică, reprezintă cel mai bun mod de a reduce sărăcia concentrată geografic în zonele urbane marginalizate, comunitățile rome şi anumite zone rurale izolate.

4.3. Dezvoltarea sistemelor de monitorizare şi evaluare

Este necesar ca guvernul să dezvolte un sistem național de monitorizare şi evaluare (M&E) pentru a urmări progresul față de obiectivele fixate în Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei 2015-2020. Sistemul este necesar pentru a asigura că rezultatele intervențiilor cuprinse în Strategie pot fi măsurate şi monitorizate în perioada 2015-2020 şi că elementele esențiale ale reducerii sărăciei, incluziunii şi participării sociale şi abordarea integrată a serviciilor sociale sunt reflectate în politicile naționale şi locale.

Dezvoltarea unui astfel de sistem ar mări, de asemenea, responsabilitatea şi eficiența alocării resurselor publice, acoperind astfel mai eficient nevoile reale ale persoanelor sărace şi vulnerabile. Pentru planificarea adecvată a dezvoltării sistemului național de M&E a incluziunii sociale, guvernul ar trebui, cu asistență din partea Băncii Mondiale, să pregătească un plan de M&E până la sfârşitul lunii iunie 2015, care să prezinte succesiunea logică a intervențiilor de implementare şi monitorizare.

În contextul resurselor limitate şi al numeroaselor necesități (care trebuie prioritizate şi abordate în cel mai eficient mod posibil), guvernul îşi propune să continue să investească în consolidarea capacității sale de M&E prin: (i) îmbunătățirea periodică a mecanismelor de colectare atât a datelor administrative, cât şi a celor din cercetări; (ii) dezvoltarea capacității personalului de la diferite niveluri (central, județean şi local) de a analiza date cantitative şi calitative în domeniul sărăciei şi al excluziunii sociale; (iii) creşterea competențelor personalului ministerelor de resort responsabile cu implementarea Strategiei, cu privire la desfăşurarea diferitelor tipuri de evaluări (cum ar fi evaluarea nevoilor, evaluarea proceselor şi a impactului sau analizele cost-beneficiu); (iv) consolidarea cooperării şi coordonării între diferite instituții în cadrul activităților din domeniul sărăciei şi al incluziunii sociale.

Pentru a urmări rezultatele inițiativelor reprezentative în ceea ce priveşte reducerea sărăciei, guvernul îşi propune să consolideze capacitatea de monitorizare a anchetei EU-SILC pentru România prin: (i) adăugarea unui modul suplimentar la chestionar care să vizeze unele dintre aceste inițiative şi (ii) extinderea eşantionului cercetării cu subeşantioane reprezentative pentru beneficiarii acestor inițiative. Aceste îmbunătățiri ale structurii anchetei vor permite guvernului să urmărească (i) nivelul de sărăcie al beneficiarilor programului VMI şi integrarea lor pe piața muncii, (ii) utilizarea măsurilor active de ocupare şi a activităților de formare de către beneficiarii VMI şi ai „Garanției pentru tineret" şi (iii) nivelul sărăciei în comunitățile marginalizate.

Vor fi necesare mai multe evaluări care să stea la baza reformelor de la nivelul politicilor în perioada următoare: (i) evaluarea impactului diferitelor elemente ale programului privind Venitul Minim de Inserție;[550] (ii) evaluarea impactului programelor de activare pe piața muncii a persoanelor sărace şi vulnerabile (inclusiv al programului „Garanție pentru tineret"); (iii) evaluarea procesului şi impactului proiectelor de economie socială finanțate de UE; (iv) evaluarea impactului şi analize cost-beneficiu ale serviciilor sociale comunitare integrate; (v) evaluarea impactului ajutoarelor bazate pe testarea mijloacelor, care vizează creşterea participării şcolare şi îmbunătățirea rezultatelor şcolare ale copiilor dezavantajați; (vi) evaluări de proces ale serviciilor sociale (prioritizând serviciile sociale de protecție a copilului); (vii) evaluarea nevoilor serviciilor sociale specializate la nivel local, regional şi național.

[550] Elementele structurale ale VMI ce trebuie evaluate sunt impactul mărimii veniturilor din muncă ale familiilor care nu sunt luate în calcul la stabilirea venitului asupra activării populației sărace în vârstă de muncă şi succesul sau eşecul condiționalităților legate de participarea şcolară, rezultatele şcolare şi intervențiile privind sănătatea.

4.4. Îmbunătăţirea acordării de servicii prin intermediul tehnologiei informaţiei şi a comunicaţiilor

Gradul de utilizare a tehnologiei informației şi a comunicațiilor (TIC) variază între diferitele ministere şi agenții responsabile de politicile de ocupare a forței de muncă, protecție socială, sănătate şi educație. În general, acestea operează fragmentat, diseminând şi făcând rareori un schimb de informații referitoare la beneficiarii lor. Cele mai multe sisteme de management al informațiilor (SMI) au fost dezvoltate cu şapte până la zece ani în urmă şi atât hardware-ul, cât şi software-ul acestora este depăşit din punct de vedere tehnic.

Este nevoie de actualizarea sau modernizarea celor mai multe SMI sectoriale, însă în relație cu implementarea Strategiei naționale privind incluziunea socială și reducerea sărăciei 2015-2020 este necesară extinderea – în momentul implementării programului VMI - rolul cheie de instrument de înregistrare a beneficiarilor şi de direcționare a programelor adresate populației sărace. Obiectivul este acela de a dezvolta un SMI care: (i) va da posibilitatea asistenților sociali de la nivel local să aloce mai mult timp şi mai multe resurse activităților de asistență socială; (ii) va face posibilă urmărirea, monitorizarea şi managementul de caz al populației sărace şi vulnerabile, conducând la o mai bună elaborare a politicilor şi la o mai bună adresare a resurselor; (iii) va consolida rolul asistenților sociali de la nivel local de a referi cazurile către serviciile specializate (cum ar fi ocuparea forței de muncă, sănătate, educație, dizabilități, protecția copilului şi îngrijire de lungă durată).

Sistemul actual de procesare a prestațiilor sociale cuprinde prestații bazate pe testarea mijloacelor, categoriale şi universale. În cele mai multe cazuri, autoritatea locală este instituția la care potențialii beneficiari trebuie să depună cererile pentru prestațiile de asistență socială. Această situație prezintă avantajul proximității serviciilor de solicitanți, al disponibilității asistenței la nivel local pentru completarea formularelor şi a informațiilor locale de care are nevoie solicitantul în cadrul procesului de testare a mijloacelor de trai. Totuşi, în unele cazuri, autoritatea locală este împovărată de gestionarea cererilor care ar putea fi, în schimb, depuse direct (printr-un portal web) de către solicitant, facilitate ce va fi oferită de noul SMI.

Sistemul actual de asistență socială este inutil de complex, ineficient şi deficitar din punctul de vedere al sistemului TIC prin care este administrat:

- Sistemul de procesare a asistenței sociale se bazează masiv pe documente pe suport de hârtie, iar diferitele reguli de eligibilitate şi procesare impun o serie de costuri private, publice şi de conformare, toate aceste aspecte creând un sistem greoi şi ineficient. Aceste deficiențe sunt exacerbate de lipsa infrastructurii TIC în majoritatea autorităților locale. La nivel județean - unde se centralizează cererile trimise de autoritățile locale - Agențiile Județene pentru Plăți şi Inspecție Socială utilizează un sistem TIC central (SAFIR) pentru a administra majoritatea prestațiilor. Cu toate acestea, sistemul SAFIR este învechit, prea puțin flexibil şi nu oferă suficiente facilități pentru a verifica datele ex-ante. Per ansamblu, SAFIR nu este capabil să susțină din punct de vedere tehnic viitoarele cerințe sistemice recomandate în acest volum.

- Principala responsabilitate în ceea ce priveşte administrarea sistemului actual de asistență socială îi revine Agenției Naționale pentru Plăți şi Inspecție Socială. ANPIS are însă resurse interne şi capacitate extrem de reduse pentru administrarea sau dezvoltarea sistemelor TIC, bazându-se în prezent pe o altă instituție guvernamentală (STS) şi un contractant din sectorul privat pentru operarea şi întreținerea sistemului SAFIR. Acest deficit atrage riscuri serioase la nivelul implementării recomandărilor din acest volum (și preluate în Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei 2015-2020), afectând totodată negativ şi funcționarea actuală a sistemului.

Se recomandă ca guvernul să simplifice condițiile de eligibilitate pentru prestațiile de asistență socială, să fluidizeze sistemul de procesare, să raționalizeze numărul de centre decizionale, să întărească sistemul de inspecție şi să dezvolte un nou SMI în domeniul asistenței sociale pentru automatizarea procesării şi realizarea validărilor (atât ex-ante, cât şi ex-post). Acest nou SMI trebuie să includă procesarea şi auditarea plăților în mod automat, ca instrumente de management de caz şi prioritizare pentru a sprijini personalul de întreținere din cadrul autoritățile locale, AJPIS şi instituțiile partenere.

Se recomandă ca strategia SMI din domeniul asistenței sociale să se concentreze pe patru mari domenii: (i) guvernanță TIC; (ii) un model de operațiuni economice; (iii) dezvoltarea SMI; (iv) reforma serviciilor de plată. Aceste măsuri vor implica o consolidare instituțională semnificativă, centralizarea procesului decizional şi reforma proceselor funcționale. Vor presupune, de asemenea, implementarea unui program major de dezvoltare a TIC într-un interval de cinci ani. La nivelul autorităților locale, se recomandă dezvoltarea în continuare a soluțiilor locale de management al relației cu clienții pentru a le da posibilitatea să automatizeze la maxim toate procesele locale de asistență socială astfel încât să poată conecta toate bazele de date locale la SMI din domeniul asistenței sociale.

În centrul noului SMI se vor afla: (i) transferul electronic de date referitoare la programele bazate pe testarea mijloacelor, realizat de către autoritățile locale; (ii) interfețe web între guvern şi cetățeni pentru programele universale şi categoriale; (iii) un centru de procesare centralizată a datelor la nivelul ANPIS; (iv) transferul electronic de date între SMI şi altă organizație guvernamentală; (v) un sistem centralizat de plată a prestațiilor sociale (pentru toate tipurile de prestații - bazate pe testarea mijloacelor, categoriale şi universale); (vi) managementul centralizat al furnizorilor de servicii de asistență socială; (vii) interfețe web între guvern şi mediul de afaceri care fac posibilă accesarea SMI de asistență socială de către furnizori autorizați de servicii de asistență socială; (viii) o interfață contabilă (registrul general); (ix) raportare şi analize avansate, inclusiv realizarea de profiluri de risc, pentru a împiedica şi detecta posibilele erori sau cazuri de fraudă.

Sistemul electronic de asistență socială propus va permite, de asemenea, o mai bună coordonare a prestațiilor sociale cu serviciile sociale, astfel încât ambele sisteme vor putea acoperi mai eficient nevoile clienților lor. Având o imagine clară asupra fiecărui beneficiar şi a tuturor prestațiilor financiare primite de aceştia, asistenții sociali ar putea crea un amplu sistem de planificare a serviciilor de sprijin, ar putea îndruma beneficiarii într-un mod informat către serviciile specializate (acolo unde este cazul) şi ar putea observa şi evalua progresul unui client şi impactul diferitelor tipuri de asistență furnizate acestuia.

Se recomandă implementarea SMI în domeniul asistenței sociale în trei etape. Între 2015 şi 2017, guvernul: (i) va oferi asistență TIC suplimentară pentru noua prestație unificată VMI, (ii) va trece programul SAFIR la versiunea Oracle 12 a bazei de date, (iii) va oferi asistență TIC autorităților locale şi (iv) va reforma modul de guvernanță a întregului sistem de asistență socială, mai ales la nivel central. Între 2016 şi 2018, vor fi necesare: (i) dezvoltarea noului model de operare economică în domeniul asistenței sociale şi (ii) începerea modernizării sistemului de plăți. Din 2018 până în 2020, guvernul: (i) va dezvolta şi implementa SMI în domeniul asistenței sociale şi (ii) va finaliza modernizarea sistemului de plăți.

Noul SIM va automatiza semnificativ procesarea prestațiilor. Acest lucru va degreva personalul de la baza sistemului şi îi va permite să se concentreze asupra clienților cei mai vulnerabili şi, utilizând abordarea managementului de caz, să direcționeze intervențiile şi acțiunile prioritare către acei clienți. Alte beneficii esențiale care vor decurge din noul SIM vor include: (i) costurile reduse ale procesului de aplicare şi eligibilitate şi sistemul de plăți; (ii) acuratețea mai mare a procesului decizional; (iii) mai puține pierderi fiscale, ca rezultat al numărului mic de erori şi fraude; (iv) direcționarea îmbunătățită a intervențiilor şi a serviciilor de asistență esențiale.

4.5. Modernizarea sistemelor de plată

Actualul sistem de plată a prestațiilor de asistență socială implică un set complex de proceduri (în majoritate manuale) şi nu beneficiază de tehnologii moderne. Cele mai multe prestații de asistență socială sunt calculate de sistemul SMI SAFIR. Totuşi, toate activitățile ulterioare - de la obținerea fondurilor de la Trezorerie până la efectuarea plăților către beneficiari - sunt desfăşurate în afara platformei SAFIR. Sistemul actual prin care autoritățile de la diferite niveluri solicită, obțin şi distribuie fondurile necesare pentru plata prestațiilor este manual, ineficient, fragmentat şi complicat. Modalitățile de plată existente sunt învechite, nesigure şi implică transportul unor cantități mari de bani lichizi către oficiile poştale pentru a fi distribuiți beneficiarilor. În plus, funcțiile de audit şi reconciliere a sumelor plătite sunt inadecvate.

Pentru a remedia ineficiențele şi punctele slabe ale actualului sistem, este recomandabil ca guvernul să implementeze un program de modernizare a plăților, care va avea ca rezultat plăți automate prin transfer electronic de fonduri. Noul sistem central de distribuție a fondurilor şi de procesare a plăților va fi gestionat la nivel central, nu de cele 42 de oficii AJPIS de la nivel județean.

Programul de modernizare a plăților va cuprinde doi piloni principali: (i) reformarea sistemului de solicitare şi de distribuire a fondurilor pentru plata prestațiilor sociale, prin înlocuirea actualului sistem fragmentat şi multistratificat cu un singur sistem centralizat de transfer şi distribuție a fondurilor, şi (ii) reformarea metodelor utilizate pentru plățile către beneficiari, prin trecerea strategică la o platformă electronică de plată a prestațiilor sociale şi prin utilizarea unor modalități de plată care sunt mai sigure, mai puțin costisitoare şi mai uşor accesibile beneficiarilor.

Obiectivele generale ale programului vor fi: (i) raționalizarea şi automatizarea funcției de transfer de fonduri între ANPIS şi Trezorerie; (ii) eliminarea treptată a plăților nesigure, în numerar; (iii) asigurarea că beneficiarii îşi primesc plățile în mod convenabil, în condiții de siguranță şi securitate; (iv) utilizarea tehnologiilor celor mai cost eficiente, sigure, de încredere şi durabile pentru plata prestațiilor sociale; (v) asigurarea plății tuturor prestațiilor direct beneficiarilor (inclusiv a ajutoarelor pentru încălzire şi a prestațiilor acordate persoanelor cu handicap).

Avantajele strategice ce pot fi câştigate prin adoptarea acestui nou sistem sunt următoarele: (i) o reducere semnificativă a complexității administrării şi a volumului de muncă; (ii) disponibilizarea resurselor precare pentru a fi realocate altor servicii esențiale de asistență; (iii) eliminarea costurilor de tipărire şi distribuire a chitanțelor de plată; (iv) reducerea pierderilor fiscale prin minimizarea tranzacțiilor desfăşurate numai în numerar; (v) o creştere a opțiunilor disponibile beneficiarilor pentru efectuarea de cumpărături şi plăți; (vi) auditul şi reconcilierea automate ale plăților; (vii) reducerea costurilor de securitate asociate cu transportul unui volum mare de numerar către/ dinspre oficiile poştale; (viii) reducerea excluziunii financiare a categoriilor vulnerabile.

Recomandăm ca trecerea la plățile electronice să fie făcută în etape, pe o perioadă de cinci ani, şi să implice anumite categorii de beneficiari în fiecare etapă. Mulți beneficiari vor avea nevoie de sprijin pentru a trece de la plățile în numerar la plățile electronice şi vor trebui implementate măsuri speciale, cum ar fi sprijin pentru deschiderea unui cont bancar. Va fi necesar şi un plan amplu de comunicare pentru a explica noul sistem publicului şi pentru a crea încredere în acesta.

Această pagină a fost lăsată goală în mod intenționat

REFERINŢE

1. Abel-Ollo, K., Kalambayi, F., Karnite, A, Luizov, A., Narkauskaite, L., Rusev, A., Rüütel, K., Stoniene, L., Talu, A., Upite, E. și Uusküla, A. (2014) Report on a cross-sectional study among injecting drug users. Assessment on HIV and TB knowledge and the barriers related to access to care among vulnerable groups. Tallin, Estonia: National Institute for Health and Development. Disponibil la adresa: https://intra.tai.ee/images/prints/documents/139766011328_TUBIDU_study%20report_final_2014.pdf
2. Abraham, D., (coord.), Abraham, A., Dalu, A.M., Fierbinteanu, C., Marcovici, O., Mitulescu, S., Plaesu, A. și Sufaru, I. (2013) *Situația adolescenților din România. Raport Final.* București: Centrul de Sociologie Urbană şi Regională(CURS), Institutul de Științe ale Educației (ISE) și UNICEF. Disponibil la adresa: http://www.unicef.ro/wp-content/uploads/Studiu-privind-situatia-adolescentilor-din-Romania.pdf
3. ADV – Fundația Alături de Voi (2011) *Politici, practici și tendințe în economia socială în România si Uniunea Europeană în ansamblu*. Proiect "Alianța pentru Dezvoltarea Economiei Sociale" și Fundația "Alături de Voi" România. Disponibil la adresa: http://www.unitatiprotejate.ro/web/upload/documents/Politici,%20practici%20si%20tendinte%20in%20economia%20sociala%20in%20Romania%20si%20Uniunea%20Europeana%20in%20ansamblu.pdf
4. Aebi, M.F., Delgrande, N. (2014) *SPACE I – Council of Europe Annual Penal Statistics: Prison populations. Survey 2013*. Strasbourg: Consiliul Europei. Disponibil la adresa: http://www.statewatch.org/news/2015/feb/coe-penal-stats.pdf
5. AFC Management Consulting AG, CO CONCEPT Marketing Consulting (2012) *Evaluation of the European School Fruit Scheme.* Final Report. Disponibil la adresa: http://ec.europa.eu/agriculture/evaluation/market-and-income-reports/school-fruit-scheme-2012_en.htm
6. Agenția Europeană pentru Dezvoltarea Educației Speciale (2006) *Individual Transition Plans Supporting the Move from School to Employment*. Disponibil la adresa: www.european-agency.org
7. Agenția Europeană pentru Dezvoltarea Educației Speciale (2009) *Development of a set of indicators for inclusive education in Europe*. Disponibil la adresa: www.european-agency.org
8. Akamai (2014) *Akamai's State of the Internet*. Disponibil la adresa: http://www.akamai.com/dl/akamai/akamai-soti-q114.pdf
9. Alexandrescu, G. (2002) *Romania. Working Street Children in Bucharest: A Rapid Assessment,* International Labor Organisation - International Programme on the Elimination of Child Labor. Disponibil la adresa: http://tdh-childprotection.org/documents/romania-working-street-children-in-bucharest-a-rapid-assessment
10. ALIAT - Alianța pentru Lupta Împotriva Alcoolismului și Toxicomaniilor (2011) *Comunicat de presă*. Disponibil la adresa: http://medlive.hotnews.ro/studiu-rusinea-de-a-apela-la-serviciile-specializate-intarzie-tratarea-dependentei-de-alcool.html
11. ALIAT - Alianța pentru Lupta Împotriva Alcoolismului și Toxicomaniilor (2013) *Raport de activitate 2013*. Disponibil la adresa: http://www.aliatong.ro/uploads/raport-anual/raport-de-activitate-aliat-2013.pdf
12. Almeida, R., Arbelaez, J., Honorati, M., Kuddo, A., Lohmann, T., Ovadiya, M., Pop, L., Sanchez Puerta, M. L. și Weber M. (2012) *Improving Access to Jobs and Earnings Opportunities: The Role of Activation and Graduation Policies in Developing Countries*. Background Paper for the World Bank 2012 – 2022 Social Protection and Labor Strategy. Social Protection & Labor Discussion Paper No. 1204. Washington D.C.: Banca Mondială.
13. Alternative Sociale (2010) *Analiza privind sistemul de justiție pentru copii din România*. Asociatia Alternative Sociale, Asociatia Magistratilor Iasi și UNICEF România. Iași: Alternative Sociale. Disponibil la adresa: http://www.unicef.ro/wp-content/uploads/analiza-privind-sisitemul-de-justitie-pentru-copii-din-romania_web.pdf
14. Ambasada Statelor Unite în România (2014) *The Traffic in Human Beings in 2014*. Disponibil la adresa: http://romania.usembassy.gov/2014_tip_ro.html
15. ANA - Agenția Națională Antidrog (2005a) *Strategia Națională Antidrog 2005-2012*. Disponibil la adresa: http://www.ana.gov.ro/hg73.php
16. ANA - Agenția Națională Antidrog (2005b) *Standardele sistemului național de asistență medicală, psihologică şi socială a consumatorilor de droguri*. Disponibil la adresa: http://www.ana.gov.ro/tratament/standardele-sistemului-national-de-asistenta-medicala-psihologica-si-sociala-a-consumatorilor-de-droguri.pdf
17. ANA - Agentia Nationala Antidrog (2013) *Strategia Națională Antidrog 2013-2020*. Monitorul Oficial, Partea I, nr. 702 bis/Noiembrie 15, 2013. Disponibil la adresa: http://cursdeguvernare.ro/wp-content/uploads/2013/03/snad.pdf
18. ANA - Agenția Națională Antidrog și EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2013) *Raport Național privind Situația Drogurilor 2013. România. Noi evoluții, tendințe și informații detaliate cu privire la temele de interes european*. București: Reitox. Disponibil la adresa: http://www.ana.gov.ro/images/RN_2013_cop.jpg

19. ANA - Agenția Națională Antidrog și EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2014) *Raport Național privind Situația Drogurilor 2013. România. Noi evoluții și tendințe*. Disponibil la adresa: http://www.ana.gov.ro/rapoarte%20nationale/RO_RN_2014.pdf

20. Anan, K., Karacsony, S., Anton, S., Balica, M., Botonogu, F., Catana, A., Dan, A., Danchev, P., Farcasanu, D., Ferre, C., Florescu, R., Grigoras, V., Ionita, S., Ivasiuc, A., Kits, B., Kullman, A., de Laat, J., Magheru, M., Mathema, A., Mihalache, C., Moarcas, M., Ofiteru, L., Rokx, C., Rostas, I., Stanculescu, M. S., Swinkels, R., Tan, L., Thapa, D. și Weber, M. (2014) *Achieving Roma inclusion in Romania : what does it take? (Vol. 2). Final report*. Washington D.C.: Banca Mondială. Disponibil la adresa: http://documents.worldbank.org/curated/en/2014/02/19362999/achieving-roma-inclusion-romania-take-vol-2-2-final-report

21. Andrus C., Asandi S., Kalambayi, F și Mănescu N. (2014) *2013 Romania: The Evaluation of the National Antidrug Strategy*. Raport UNICEF. Disponibil la adresa: http://www.unicef.org/evaldatabase/index_72659.html

22. Anghelescu, C. și Stativă, E. (2005) *Cunostinte, Atitudini si Practici Parentale în România, pe intervalul de vârstă la naștere până la 3 ani*. București: Centrul de Educatie si Dezvoltare STEP BY STEP și UNICEF România. . Disponibil la adresa: http://www.unicef.org/romania/ro/RAPORT_practici_parentale.pdf

23. ANITP - Agenția Națională Împotriva Traficului de Persoane (2014a) *Situația statistică a victimelor traficului de persoane identificate in anul 2013*. Disponibil la adresa: http://www.anitp.mai.gov.ro/wp-content/uploads/analiza%20a%20victimelor%20in%202014%20-%2025.08.2015.pdf

24. ANITP - Agentia Nationala Impotriva Traficului de Persoane (2014b) Analiza statistica a situatiei victimelor traficului de persoane identificate in perioada 1-30.06.2014 in România, Decembrie 2014. Disponibil la adresa: http://www.anitp.mai.gov.ro/analiza-statistica-a-situatiei-victimelor-traficului-de-persoane-identificate-in-perioada-01-01-30-06-2014-in-romania/

25. ANP - Administrația Națională a Penitenciarelor (2013) *Raport anual de activitate – 2013*. Disponibil la adresa: http://anp.gov.ro/documents/10180/2256331/Bilant+ANP+2013+Rom.pdf/16418a7b-9258-4f2d-9320-1baea7a7f61f

26. ANP - Administrația Națională a Penitenciarelor (2014a) *Notă privind situația pe luna februarie 2014 a dinamicii și structurii efectivelor de persoane private de libertate*. Disponibil la adresa: http://anp.gov.ro/documents/10180/2454575/SITUA%C5%A2IA+LUNAR%C4%82%20-+februarie+2014.pdf/52501ce2-458b-449e-b747-1e2651493155

27. ANP - Administrația Națională a Penitenciarelor (2014b) *Strategia Națională de Reintegrare Socială a Persoanelor Private de Libertate 2015-2019*. Monitorul Oficial, nr. 532 / 16 iulie 2015.

28. ANPIS - Agenția Națională pentru Plăți şi Inspecție Socială (2013) Raport tematic național privind „Controlul modului de respectare a standardelor specifice de calitate pentru centrele rezidențiale (centrele de recuperare şi reabilitare neuropsihiatrică) pentru persoanele adulte cu handicap". Disponibil la adresa: http://www.crj.ro/userfiles/editor/files/RAPORT%20ANPIS.doc

29. Arpinte, D., Cace, S., Preotesi, M. și Tomescu, C. (2009) *Cornul și Laptele: Perceptii, Atitudini și Eficiență*. București: Expert.

30. Arpinte, D., Cace, S. și Scoican, A.N. (2010) *Economia Socială în România. Două profiluri regionale*. București: Expert.

31. Arnhold, N., Arias, O., Păuna, C., Moarcăș, M. D., Laat, J., Florescu, R. și Cahu, P. (2013) *Europe 2020 Romania: evidence-based policies for productivity, employment, and skills enhancement*. Washington D.C.: Banca Mondială. Disponibil la adresa: http://documents.worldbank.org/curated/en/2013/07/18114817/europe-2020-romania-evidence-based-policies-productivity-employment-skills-enhancement

32. Asociația Comunelor din România (2012) *Agenda Comunelor din România*. Disponibil la adresa: www.acor.ro

33. ASCHF-Romania (2010) *Cunoaște lumea mea!* Asociația de Sprijin a Copiilor Handicapați Fizic România. Disponibil la adresa: http://www.aschfr.ro/doc/Studiu%20chestionare%20ASCHFR%202010.pdf

34. Attanasio, O. P., Kugler, A. D. și Meghir, C. (2009) *Subsidized vocational training for disadvantaged youth in developing countries: Evidence from a randomized trial*. Discussion Paper no. 4251, Bonn: IZA (Institute for the Study of Labor).

35. Avocatul poporului (2013) *Raport Special privind transportul elevilor din mediul rural*. Disponibil la adresa: http://www.avp.ro/rapoarte-speciale/raport_special_transport_elevi.pdf

36. Bachas, P. (2013) *Modifying the benefit schedule of Romanian social assistance programs: Profiling the targeted beneficiaries and activation policies*. Raport nepublicat. Banca Mondială.

37. Banca Mondială (1996) *The World Bank Participation Sourcebook*. Washington D.C.: Banca Mondială. Disponibil la adresa: http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/IW3P/IB/1996/02/01/000009265_3961214175537/Rendered/PDF/multi_page.pdf

38. Banca Mondială (2002) *Empowerment and Poverty Reduction: A Sourcebook*. Washington D.C.: Banca Mondială. Disponibil la adresa: http://siteresources.worldbank.org/INTEMPOWERMENT/Resources/486312-1095094954594/draft.pdf

39. Banca Mondială (2005) *The effectiveness of World Bank support for community-based and -driven development - an OED evaluation*. Washington D.C.: Banca Mondială. Disponibil la adresa: http://documents.worldbank.org/curated/en/2005/07/6501661/effectiveness-world-bank-support-community-based--driven-development-oed-evaluation

40. Banca Mondială (2009) *World Development Report 2009: Reshaping Economic Geography*. Washington D.C.: Banca Mondială. Disponibil la adresa: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2008/12/03/000333038_20081203234958/Rendered/PDF/437380REVISED01BLIC1097808213760720.pdf

41. Banca Mondială (2011a) *Romania - Functional review: health sector*. Washington D.C.: Banca Mondială. Disponibil la adresa: http://documents.worldbank.org/curated/en/2011/05/17056888/romania-functional-review-health-sector

42. Banca Mondială (2011b) *Romania - Functional review: labor and social protection sector*. Washington D.C.: Banca Mondială. Disponibil la adresa: http://documents.worldbank.org/curated/en/docsearch/report/74291

43. Banca Mondială (2014a) *Preparation of a Draft National Strategy Regarding Elderly and Active Aging. Living Long, Staying Active and Strong: Promotion of Active Aging in Romania*. București. Disponibil la adresa: http://www.mmuncii.ro/j33/images/Documente/Proiecte_in_dezbatere/2014/2014-12-18_Anexa_HG_SAA.pdf

44. Banca Mondială (2014b) *Draft Strategic Framework to Reduce Early School Leaving in Romania*. Pregătit de Banca Mondială pentru Ministerul Educației și Cercetării Științifice. București. Disponibil la adresa: http://www.edu.ro/index.php/articles/22311

45. Banca Mondială (2014c) *Draft Strategic Framework for Lifelong Learning in Romania*. Pregătit de Banca Mondială pentru Ministerul Educației și Cercetării Științifice. București.

46. Banca Mondială (2015a) *Inputs for the National Housing Strategy*. Pregătit de Banca Mondială pentru Ministerul Dezvoltării Regionale și Administrației Publice. București.

47. Banca Mondială (2015b) *What's next in aging Europe: AGING WITH GROWTH IN CENTRAL EUROPE AND THE BALTICS*. Washington D.C.: Banca Mondială. Disponibil la adresa: http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/Publications/ECA/aging%20europe.pdf

48. Barna, C. (2014) *Atlasul economiei sociale România*. București: Institutul de Economie Socială. Disponibil la adresa: http://www.fdsc.ro/library/files/atlas_economie_sociala.pdf

49. Bădescu, G., Grigoraş, V., Rughiniş, C., Voicu, M. și Voicu, O. (2007) *Barometrul Incluziunii Romilor*. București: Fundația pentru o societate deschisă. Disponibil la adresa: http://www.edrc.ro/docs/docs/cercetari/Barometrul-incluziunii-romilor.pdf

50. Bădescu, G., Petre, N. și Angi, D. (2014) *Bunăstarea copilului din mediul rural 2014*. Raport World Vision România, Buzducea, D. și Gazibar, M. (coord.), Ed. a 2-a revizuită. Cluj-Napoca: Risoprint. Disponibil la adresa: http://www.worldvision.ro/_downloads/allgemein/Bunastarea_copilului_2014.pdf

51. Beam, E. A. (2013) *Information and Labor Markets in the Philippines*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy (Public Policy and Economics) in The University of Michigan. Disponibil la adresa: http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/99855/ebeam_1.pdf?sequence=1

52. Berescu, C., Celac, M., Ciobanu, O. și Manolache, C. (2006) *Locuirea şi sărăcia extremă. Cazul romilor*. Bucuresti: Editura Universitară Ion Mincu.

53. Berescu, C., Celac M., Botonogu F, Marin V. și Balteanu A. (2007) *Metodologie de reabilitare a locuirii în zone afectate de degradare fizică şi excluziune socială*. Raport nepublicat pregătit pentru Ministerul Dezvoltării Regional și Administrației Publice.

54. Berescu C. (2010) *Locuire și sărăcie. O privire interdisciplinară asupra spațiului locuirii sărace*. Teză de doctorat nepublicată. Universitatea de Arhitectură si Urbanism Ion Mincu Bucuresti.

55. Bertolini, P., Montanari, M. și Peragine, V. (2008) *Poverty and Social Exclusion in Rural Areas*. European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities Unit E2.

56. Biroul Internațional al Muncii și Consiliul Europei (2007) *Employment Policy Review "The Former Yugoslav Republic of Macedonia"*. Geneva: Organizația Internațională a Muncii. Disponibil la adresa: http://staging.ilo.org/public/libdoc/igo/2006/410626.pdf

57. Botonogu, F. (coord.) (2011) *Ferentari. Comunități ascunse*. Centrul de Politici pentru Roma și Minorități, București: Expert.

58. Bussolo, M. și Lopez-Calva, L. F. (2014) *Shared Prosperity: Paving the Way in Europe and Central Asia*. Washington D.C.: Banca Mondială. Disponibil la adresa: http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/Feature%20Story/ECA/shared-prosperity-paving-the-way-in-europe-and-central-asia.pdf

59. Caldas de Almeida, J. și M., Killaspy, H. (2011) *Long-Term Mental Health Care for People with Severe Mental Disorders*. IMPACT Consortium, European Commission. Disponibil la adresa: http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/healthcare_mental_disorders_en.pdf

60. Camacho, A., Cunningham, W., Rigolini, J. și Silva, V. (2014) "Addressing Access and Behavioral Constraints through Social Intermediation Services: A Review of Chile Solidario and Red Unidos", *IZA Policy Paper* Nr. 94. Disponibil la adresa: http://ftp.iza.org/pp94.pdf

61. Campanini, A. Frost, L. și Höjer, S. (2010) *The making of effective social work practitioners?* Prezentare la Joint World Conference on Social Work and Social Development: The Agenda, iunie 10-14, 2010, Hong Kong.

62. Carcillo, S. și Grubb, D. (2006) *From Inactivity to Work: The Role of Active Labor Market Policies*. OECD Social, Employment and Migration Working Papers. Paris: OECD. Disponibil la adresa: http://www.oecd.org/els/emp/36945194.pdf

63. Card, D. și Hyslop, D. E. (2005) "Estimating the Effects of a Time-Limited Earnings Subsidy for Welfare-Leavers". *Econometrica*, Vol. 73, Nr. 6, 1723-1770. Disponibil la adresa: http://davidcard.berkeley.edu/papers/time-lim-earning-sub.pdf

64. Card, D., Kluve, J. și Weber, A. (2010) "Active Labour Market Policy Evaluations: A Meta-Analysis". *The Economic Journal*, 120 (November), F452–F47. Disponibil la adresa: http://eml.berkeley.edu/~card/papers/card-kluve-weber-EJ.pdf

65. Carneiro, P., Galasso, E. și Ginja, R. (2014) "Tackling Social Exclusion: Evidence from Chile", *CEMMAP Working Paper* Nr. 24, Londra: Centre for Microdata Methods and Practice. Disponibil la adresa: http://www.ucl.ac.uk/~uctppca/cs_may9_wp.pdf

66. Casa Națională de Asigurări de Sănătate (2013) *Raport de Activitate Anul 2012*. Disponibil la adresa: http://www.cnas.ro/media/pageFiles/Raport%20de%20activitate%20pe%20anul%202012.pdf

67. Centrul European pentru Drepturile Copiilor cu Dizabilități (2013) *Research on the quality of education of children with disabilities*. Disponibil la adresa: http://www.cedcd.ro/media/comunicate/169,romania-minte-cu-nerusinare-la-onu/

68. Chelcea, L. (2000) "Grupuri marginale în zone centrale: gentrificare, drepturi de proprietate și acumulare primitivă postsocialistă în București". In *Sociologie Românească*, Nr. 3-4, 51-68. Disponibil la adresa: http://www.arsociologie.ro/sociologieromaneasca/arhiva/21-revista-sociologie-romaneasca/rezumate/887-chelcea-3-4-2000

69. Checchi, D., Van de Werfhorst, H., Braga, M. și Meschi, E. (2014) "The Policy Response to Educational Inequalities. Changing Inequalities in Rich Countries". In *Analytical and Comparative Perspectives*, 294. Disponibil la adresa: http://checchi.economia.unimi.it/pdf/78.pdf

70. Chiriacescu, D. (2008) *Shifting the Paradigm in Social Service Provision: Making Quality Services Accessible for People with Disabilities in South East Europe*. Disability Monitor Initiative, Sarajevo: Handicap International - Regional Office for South East Europe. Disponibil la adresa: http://www.hiproweb.org/fileadmin/cdroms/Kit_Formation_Services/documents/Module-2/2-B-8_Shifting_the_Paradigm_in_Social_service_Provision.pdf

71. Chiriacescu, D. (2014) Results of four focus groups with families of children with neuromotor disabilities in Bucharest and Giurgiu, Arges, Neamt counties. Procesul de planificare strategică pentru perioada 2015-2020 pentru Asociația de Sprijin a Copiilor Handicapați Fizic România (ASCHF-R).

72. Cojocaru, S. (2008) "Child protection in Romania after the fall of communism: challenges for the development of community social services". In *International Journal of Environmental Studies*, vol. 65, Nr. 4: 515-527.

73. Coleman, J. S. (1988) "Social Capital and Schools". In *The Education Digest*, Nr. 53(8): 6.

74. Colini, L., Czischke, D., Güntner, S., Tosics, I. și Ramsden, P. (2013) *Against divided cities in Europe. Cities of Tomorrow – Action Today*. URBACT II Capitalisation. Disponibil la adresa: file:///C:/Users/Georgiana/Downloads/19765_Urbact_WS4_DIVIDED_low_FINAL.pdf

75. Comisia Europeană (2007) *Together for Health: A strategic approach for the EU 2008–2013. White paper*. COM(2007) 630 final, Bruxelles: Comisia Europeană. Disponibil la adresa: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/whitepaper_en.pdf

76. Comisia Europeană (2010a) *Communication from the Commission. Europe 2020: A strategy for smart, sustainable and inclusive growth*. COM (2010) 2020. Bruxelles: Comisia Europeană. Disponibil la adresa: http://ec.europa.eu/eu2020/pdf/COMPLET%20EN%20BARROSO%20%20%20007%20-%20Europe%202020%20-%20EN%20version.pdf

77. Comisia Europeană (2010b) *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. The European Platform against Poverty and Social Exclusion: A European framework for social and territorial cohesion*. COM (2010) 758 final. Bruxelles: Comisia Europeană. Disponibil la adresa: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0758:FIN:EN:PDF

78. Comisia Europeană (2011a) *An EU Framework for National Roma Integration Strategies up to 2020*. COM(2011) 173 final. Bruxelles: Comisia Europeană. Disponibil la adresa: http://ec.europa.eu/justice/policies/discrimination/docs/com_2011_173_en.pdf

79. Comisia Europeană (2011b) *Cities of Tomorrow: challenges, visions, ways forward*. DG Regional Policy. Bruxelles: Comisia Europeană. Disponibil la adresa: http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/studies/pdf/citiesoftomorrow/citiesoftomorrow_final.pdf

80. Comisia Europeană (2012a) *COMMISSION STAFF WORKING DOCUMENT. Elements for a Common Strategic Framework 2014 to 2020, the European Regional Development Fund, the European Social Fund, the Cohesion Fund, the European Agricultural Fund for Rural Development and the European Maritime and Fisheries Fund*. SWD (2012) 61 final, Part II. Bruxelles: Comisia Europeană. Disponibil la adresa: http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docoffic/working/strategic_framework/csf_part2_en.pdf

81. Comisia Europeană (2012b) *REGULATION OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL on the European Social Fund and repealing Council Regulation (EC) No 1081/2006*. COM(2011) 607 final /2. Bruxelles: Comisia Europeană. Disponibil la adresa: http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docoffic/official/regulation/pdf/2014/proposals/regulation/esf/esf_proposal_en.pdf

82. Comisia Europeană (2013a) *Common Guidance of the European Commission' Directorates-General Agri, Empl, Mare and Regio on community-led local development in European Structural and Investment Fund*. Versiunea 30 ianuarie 2013. Bruxelles: Comisia Europeană. Disponibil la adresa: http://www.mdrap.ro/userfiles/espon_CLLD_guidance_2013_01_30%201.pdf

83. Comisia Europeană (2013b) *COMMISSION RECOMMENDATION of 20 February 2013. Investing in children: breaking the cycle of disadvantage (2013/112/EU)*. Jurnalul Oficial al Uniunii Europene. Disponibil la adresa: http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX:32013H0112

84. Comisia Europeană (2014a) *Guidance on Ex-ante Conditions for the European Structural and Investment Funds PART II*. 13 February 2014. Bruxelles: Comisia Europeană. Disponibil la adresa: http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/informat/2014/eac_guidance_esif_part2_en.pdf

85. Comisia Europeană (2014b) *COUNCIL RECOMMENDATION on Romania's 2014 national reform programme and delivering a Council opinion on Romania's 2014 convergence programme*. COM(2014) 424 final. Bruxelles: Comisia Europeană. Disponibil la adresa: http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2014/csr2014_romania_en.pdf

86. Comisia Europeană (2014c) *PES approaches for sustainable activation of the long- term unemployed. Peer Review Comparative Paper Final May 2014. PES to PES Dialogue*. The European Commission Mutual Learning Programme for Public Employment Services.

87. Comisia Europeană (2014d) *COMMISSION STAFF WORKING DOCUMENT. Assessment of the 2014 national reform programme and convergence programme for ROMANIA*. SWD(2014) 424 final. Bruxelles: Comisia Europeană. Disponibil la adresa: http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2014/swd2014_romania_en.pdf

88. Comitetul European pentru Coeziune Socială (2006) *Policy Guidelines for the Design and Implementation of Integrated Models of Social Services*. CM(2006) 194, 7 November 2006. Disponibil la adresa: https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1075999&Site=CM

89. Consiliul European pentru Justiție Juvenilă (2015) *Roadmap 2015-2017*. Disponibil la adresa: http://www.oijj.org/en/user?destination=docs/general/european-council-for-juvenile-justice-roadmap-2015-2017

90. CNPV - Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice (2013) *Evoluția condițiilor de viață ale populației vârstnice din România în perioada 2007-2012*. Disponibil la adresa: http://www.cnpv.ro/pdf/analize2013/evolutia_conditiilor_de_viata_ale_populatiei_varstnice_din_romania_in_perioada_2007-2012.pdf

91. Constantinescu, M., Nițulescu, D. și Băjenaru, C. (2005) "Zone precare de locuire în spațiul urban". In *Calitatea Vieții*, XVI, Nr. 1–2, 2005: 65–85. Disponibil la adresa: http://www.revistacalitateavietii.ro/2005/CV-1-2-05/4.pdf

92. Constantinescu, M. și Dan, M. (2005) "Locuințele sociale în România: o privire de ansamblu". In *Calitatea vieții*, XVI (1-2): 87-100. Disponibil la adresa: http://www.revistacalitateavietii.ro/2005/CV-1-2-05/5.pdf

93. Constantinescu, Șt. (2012) *Atlasul Economiei Sociale. România 2012*. București: Institutul de Economie Socială. Disponibil la adresa: http://www.fdsc.ro/library/files/atlasul_economiei_sociale_2012_ro.pdf

94. Cunha, F. și Heckman, J..J. (2007) "The Technology of Skill Formation". In *American Economic Review*, 97 (2): 31–47. Disponibil la adresa: http://jenni.uchicago.edu/papers/Cunha-Heckman_AER_v97n2_2007.pdf

95. Cunha, F. și Heckman, J..J. (2008) "Formulating, identifying and estimating the technology of cognitive and noncognitive skill formation". In *Journal of Human Resources*, 43 (4): 738–782. Disponibil la adresa: http://sites.sas.upenn.edu/fcunha/files/jhr_ch_small.pdf

96. Dahlgren, G. și Whitehead, M. (2007) *European strategies for tackling social inequities in health: leveling up part 2*. Copenhagen: WHO Regional Office Europe. Disponibil la adresa: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf

97. Daragiu, M. și Daragiu, L.A. (2012) *Liderii romi şi contribuția acestora în procesul de incluziune socială a comunităților. Studiu de caz în județul Bihor*. Fundația Ruhama. Disponibil la adresa: www.ruhama.ro

98. Dâmboeanu, C. (2011) "Fenomenul recidivei în România". In *Calitatea Vieții*, XXII, No. 3: 295–312. Disponibil la adresa: http://www.revistacalitateavietii.ro/2011/CV-3-2011/05.pdf

99. de Laat, J. (coord.) (2012) *Toward an Equal Start: Closing the Early Learning Gap for Roma Children in Eastern Europe*. Banca Mondială. Disponibil la adresa: http://siteresources.worldbank.org/EXTROMA/Resources/RomaECD_FinalReport.pdf

100. de Laat, J., Asenov, R., Hut, S., Kits, B. și Torracchi, F. (2012) *Reducing vulnerability and promoting the self-employment for Roma in Eastern Europe through financial inclusion.* Banca Mondială. Disponibil la adresa: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2012/09/06/000333037_20120906002654/Rendered/PDF/723310WP0P127200financial0inclusion.pdf

101. Dieckmann, R. (2008) *Microfinance: An emerging investment opportunity*. Deutsche Bank Research, Disponibil la adresa: https://www.db.com/us/docs/Emerging_Investment_Opportunities.pdf

102. Dolton, P. și O'Neil, D. (2002) "The Long-Run Effects of Unemployment Monitoring and Work-Search Programs: Experimental Evidence from the United Kingdom". In *Journal of Labor Economics*, Nr. 2: 381-403. Disponibil la adresa: http://www.jstor.org/stable/10.1086/338686?seq=1#page_scan_tab_contents

103. Duminică, G. și Preda, M. (2003) *Accesul romilor pe piața muncii*. București: Editura Cărții de Agribusiness. Disponibil la adresa: http://www.agentiaimpreuna.ro/files/publicatii/Accesul_romilor_pe_piata_muncii.pdf

104. Eberlei, W. (2007) "Accountability in Poverty Reduction Strategies: The Role of Empowerment and Participation". In *Social Development Papers*. Paper Nr. 104 / Mai. Disponibil la adresa: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2007/10/09/000020439_20071009131003/Rendered/INDEX/410160Accounta1Strategies101PUBLIC1.txt

105. ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control și EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2011) *Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs. Guidance in brief*. Disponibil la adresa: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/111012_Guidance_Infectious_diseases_IDU_brief.pdf

106. Elbers, C., Lanjouw, J. O. și Lanjouw, P. (2003) "Micro–Level Estimation of Poverty and Inequality". In *Econometrica*, 71(1), 355-364. Disponibil la adresa: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1468-0262.00399/abstract

107. Elbers, C., Lanjouw, P. F., Mistiaen, J. A., Özler, B. și Simler, K. (2004) "On the unequal inequality of poor communities". In *The World Bank Economic Review*, 18(3), 401-421. Disponibil la adresa: http://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1093/wber/lhh046?journalCode=wber

108. EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2003) *Drug use amongst vulnerable young people. Prevention strategies need to target young people most at risk*. Disponibil la adresa: www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_33728_EN_Dif10en.pdf

109. EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2012) *The State of the Drug Problem in Europe*. Disponibil la adresa: www.emcdda.europa.eu/...cfm/att_190854_EN_TDAC12001ENC_.pdf

110. ERRC - European Roma Rights Centre (2007) *The Glass Box: Exclusion of Roma from Employment*, Budapesta: ERRC. Disponibil la adresa: http://www.errc.org/cms/upload/media/02/14/m00000214.pdf

111. ERRC - European Roma Rights Center (2013) *Written Comments by The Europe Roma Rights Centre Concerning Romania. For Consideration by the European Commission on the Transposition and Application of the Race Directive and on the Legal Issues Relevant to Roma Integration*. Budapesta. Disponibil la adresa: http://www.errc.org/cms/upload/file/romania-red-written-comments-5-april-2013.pdf

112. Eurostat (2011) *ESSPROS Manual. The European System of Integrated Social Protection Statistics*. Disponibil la adresa: http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5917481/KS-RA-11-014-EN.PDF/ee86d517-3348-4c20-94ee-a37c330755b1

113. Eurostat (2012a) *Measuring material deprivation in the EU: Indicators for the whole population and child-specific indicators*. Luxembourg, Publications Office of the European Union. Disponibil la adresa: http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3888793/5853037/KS-RA-12-018-EN.PDF

114. Eurostat (2012b) *Labor market policy – expenditure and participants*, Luxembourg, Publications Office of the European Union. Disponibil la adresa: http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/5749013/KS-DO-12-001-EN.PDF/9611f495-94e0-4be6-9602-f458a023b703?version=1.0

115. Eurostat (2013) *Eurostat Regional Yearbook 2013*, Luxembourg, Publications Office of the European Union. Disponibil la adresa: http://www.trf.sll.se/Global/Dokument/Statistik/externa_rapporter/Eurostat-regional-yearbook-2013.pdf

116. Expert Forum (2014) *Amurgul investițiilor*. Disponibil la adresa: expertforum.ro/wp-content/uploads/2014/06/PB-31-EFOR-Clientelism.pdf

117. Fartușnic, C., Florian, B., Iosifescu, S. și Mântăluță, O. (2014) *Financing the pre-university education system based on the standard cost: a current assessment from the equity perspective*. UNICEF, București: Vanemonde. Disponibil la adresa: http://www.unicef.org/romania/Studiu.ISE.eng.pdf

118. FDSC - Fundația pentru Dezvoltarea Societății Civile (2010) *România 2010. Sectorul neguvernamental. Profil, tendințe, provocări*. București: FDSC. Disponibil la adresa: http://www.ies.org.ro/resurse/cercetari/alte-studii-din-romania/romnia-2010-sectorul-neguvernamental

119. Fleck, G. și Rughinis, C. (eds.) (2008) *Come Closer. Inclusion and Exclusion of Roma in Present Day*. Romanian Society. Human Dynamics. Disponibil la adresa: https://www.academia.edu/285918/Come_Closer._Inclusion_and_Exclusion_of_Roma_In_Present_Day_Romanian_Society

120. FONPC - Federația Organizațiilor Neguvernamentale pentru Copil (2012) *Children's Rights Protection. Problems Identified and Suggestions for System Improvement*. București: FONPC.

121. Fox, J. (2012) "Education on the Edge: Roma Segregation in the Schools of Five EU Member States". In *Comparative Policy Brief*, Vol. 5. Florența: European University Institute.

122. FRA - European Union Agency for Fundamental Rights, PNUD și Comisia Europeană (2012) *The situation of Roma in 11 EU Member States. Survey results at a glance*. Raport pregătit de FRA și PNUD pentru Comisia Europeană, în baza studiului regional privind romii realizat de PNUD/BM/EC în 2011. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Disponibil la adresa: http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/2099-FRA-2012-Roma-at-a-glance_EN.pdf

123. Fundația pentru o Societate Deschisă (2011) *Roma Health Mediators SUCCESSES AND CHALLENGES*. Disponibil la adresa: https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/roma-health-mediators-20111022.pdf

124. Galan, A., Olsavszky, V. și Vlădescu, C. (2011) "Chapter 16. Emergent challenge of health professional emigration: Romania's accession to the EU". In Wismar, M., Maier, C.B., Glinos, I.A., Dussault, G. și Figueras, J. (eds.) *Health Professional Mobility and Health Systems. Evidence from 17 European countries*, p. 449-478. Copenhaga: Organizația Mondială a Sănătății. Disponibil la adresa: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/152324/e95812.pdf

125. Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A. și Saltman, R.B. (2012) *Home Care across Europe.* Organizația Mondială a Sănătății. Disponibil la adresa: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf

126. Gerard, F. (2013) *Modifying the benefit schedule of Romanian social assistance programs: financial work incentives*. Raport nepublicat. Banca Mondială.

127. Ghergut, A. (2011) "Education of Children with Special Needs in Romania; Attitudes and Experiences". Prezentare la International Conference on Education and Educational Psychology 2010, in *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, Volume 12: 595-599. Disponibil la adresa: www.sciencedirect.com

128. GHK Consulting (2013) *Prison Education and Training in Europe. Current State-of-Play and Challenges*. Disponibil la adresa: http://ec.europa.eu/education/library/study/2013/prison_en.pdf

129. Gibson, J. (2006) "Enigmas of Intolerance: Fifty Years after Stouffer's Communism, Conformity, and Civil Liberties". In *Perspectives on Politics*, 4 (1): 21-34.

130. Gibson, J. (2013) "Measuring Political Tolerance and General Support for Pro-Civil Liberties Policies: Notes, Evidence, and Cautions". In *Public Opinion Quarterly*, 77 (S): 45-68.

131. Giurcă, D. (coord.) (2012) *Incluziunea romilor din România: politici, instituții, experiențe*. Proiect "EU INCLUSIVE – transfer de date şi experienţe privind integrarea pe piața muncii a romilor între România, Bulgaria, Italia şi Spania" POSDRU/98/6.4/S/63841, implementat de Fundația Soros România. Disponibil la adresa: http://www.soros.ro/ro/program_articol.php?articol=400#

132. Guvernul României (2015) *Strategy for the Inclusion of Romanian Citizens Belonging to Roma Minority 2012–2020*. Disponibil la adresa: http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/roma_romania_strategy_en.pdf

133. Grădinaru, C., Manole, M. și Paraschiv, R. (2010) *Free education costs! Research on „hidden costs" of education*. București: Salvați Copiii România. Disponibil la adresa: http://salvaticopiii.ro/upload/p000600010001_Raport%20cercetare%20invatamantul%20gratuit%20costa.pdf

134. Grigoraș, V. (2009) *Estimating the Number of Homeless Young and Children in Bucharest, Brașov and Constanta Based on Capture-Recapture Method*. București: Salvați Copiii România.

135. Grigoraș, V. (2014) *Methodology of measuring private costs*. Raport nepublicat. Banca Mondială.

136. Grigoraș, V. (2015) *Impactul programelor de dezvoltare comunitară asupra comunităților locale*. București: Tritonic.

137. Guttman, F. (2011) "Dizabilitatea ca o condiție determinantă a sărăciei". In *Revista Română de Sociologie*, Nr. 3-4: 249-256. Disponibil la adresa: http://revistadesociologie.ro/pdf-uri/nr3-4-2011/04-FGuttman.pdf

138. Hatos, A. (2010) "Educația". In Vlăsceanu, L. (coord.) *Sociologie*, p. 596-644, Iași: Polirom.

139. Hatos, A. (2011) *Raportul anchetei în școlile din județele Bihor și Caraș*. Proiect POSDRU - 91/2.2/S/60909 „A doua șansă în educație". Raport nepublicat.

140. Helmut, K. E., Frank, L. și Salome, G. (2013) *European Small Business Finance Outlook*. Luxembourg: European Investment Fund. Disponibil la adresa: http://www.eif.org/news_centre/publications/eif_wp_2013_18.pdf

141. HHC România - Hope and Homes for Children (2011) *Audit of Social Services for Children in Romania. Consolidated Report*. Disponibil la adresa: https://drive.google.com/file/d/0B3UFn1Xvp24mRXl3NUtpZzVsUDg/edit?pli=1

142. Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. și Kraus, L. (2012) *The 2011 ESPAD Report – Substance Use Among Students in 36 European Countries*. Ministerul Sănătății și Afacerilor Sociale din Suedia și Centrul European de Monitorizare a Drogurilor şi Abuzului de Droguri (EMCDDA), Stockholm. Disponibil la adresa: http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2011/The_2011_ESPAD_Report_FULL_2012_10_29.pdf

143. Horga, I. și Jigău, M. (2010) *Situația copiilor cu cerințe educative speciale incluși în învățământul de masă*. UNICEF, București: Vanemonde.

144. Huber, M., Maucher, M. și Sak, B. (2007) Study on Social and Health Services of General Interest in the European Union Final Synthesis Report. Bruxelles: Comisia Europeană.

145. Iliescu, R. și Georgescu, M. (2013) *Cercetare la nivelul municipiului Bucureşti în rândul populației consumatorilor problematici de droguri neinstituționalizați, în vederea evaluării riscului/gradului de excludere socială cu care se confruntă aceste persoane*. Agenția Națională Antidrog. Disponibil la adresa: http://www.ana.gov.ro/studii/Raport%20de%20cercetare%20excludere%202013%20final%20OK.pdf

146. IHME - Institute for Health Metrics and Evaluation (2013) *Global, regional, and national levels of neonatal, infant, and under-5 mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013*. Disponibil la adresa: http://www.healthdata.org/research-article/global-regional-and-national-levels-neonatal-infant-and-under-5-mortality-during

147. ICCV – Institutul de Cercetare a Calității Vieții (2010) *Legal şi egal pe piața muncii pentru comunitățile de romi. Diagnoza factorilor care influențează nivelul de ocupare la populația de romi din România*. Project "L@EGAL 2 – investiție europeană pentru viitorul romilor din România" POSDRU/70/6.2./S/30873. București: Fundația Soros România. Disponibil la adresa: http://www.fundatia.ro/sites/default/files/Raport%20-%20Legal%20si%20egal.pdf

148. Institutul Național de Boli Infecțioase "Prof. dr. Matei Balș" (2013) *Evoluția infecției HIV/SIDA în România*. Disponibil la adresa: http://www.cnlas.ro/images/doc/rom_31122013.pdf

149. INS - Institutul Național de Statistică (2012) *Evoluția natalității si fertilității in România*. Disponibil la adresa: http://www.insse.ro/cms/files/publicatii/Evolutia%20natalitatii%20si%20fertilitatii%20in%20Romania_n.pdf

150. INS - Institutul Național de Statistică (2013a) *Sistemul educațional în anul şcolar/universitar 2012-2013. Cercetări exhaustive de învățământ pe niveluri educaționale*. Disponibil la adresa: http://www.insse.ro/cms/files/statistici/comunicate/com_anuale/sistem%20educational/sistemul%20_educational_2013_r.pdf

151. INS - Institutul Național de Statistică (2013b) *Demografia in Romania*. Disponibil la adresa: http://www.insse.ro/cms/files/publicatii/pliante%20statistice/12_Brosura%20demo.pdf

152. INS - Institutul Național de Statistică (2013c) *Activitatea Unităților Sanitare*. Disponibil la adresa: http://www.insse.ro/cms/files/publicatii/Activitatea%20unitatilor%20sanitare%202012.pdf

153. Ionescu-Heroiu, M., Burduja, S. I., Sandu, D., Cojocaru, St., Blankespoor, B., Iorga, E., Moretti, E., Moldovan, C., Man, T., Rus, R. și van der Weide, R. (2013a) *Romania - Competitive cities: reshaping the economic geography of Romania*. Romania regional development program. Washington D.C.: Banca Mondială. Disponibil la adresa: http://documents.worldbank.org/curated/en/2013/12/19060303/romania-competitive-cities-reshaping-economic-geography-romania-vol-1-2-full-report

154. Ionescu-Heroiu, M., Neagu, M., Burduja, S., Sandu, D., Moldovan, C., Man, T., Rusu, R., Licciardi, G., Keicho, T. și Bere, R. (2013b) *Growth poles policy: the next phase (Vol. 2) Summary report*. Romania regional development program. Washington D.C.: Banca Mondială. Disponibil la adresa: http://documents.worldbank.org/curated/en/2013/12/18903248/romania-growth-poles-policy-next-phase-vol-2-2-summary-report

155. IRECSON - Fundația pentru Educație şi Dezvoltare Economico-Socială (2011) *Stadiul dezvoltării serviciilor sociale în 2011 în România. Scurtă prezentare a concluziilor studiului*. Proiect POSDRU „Creşterea gradului de implementare a legislației privind serviciile sociale la nivel local în contextul procesului de descentralizare" implementat by the MMFPSPV.

156. IRECSON - Fundația pentru Educație şi Dezvoltare Economico-Socială (2012) *Studiu la nivel național privind nevoile specifice de formare profesională ale persoanelor private de libertate şi ale personalului/profesioniştilor din penitenciare şi centrele de reeducare*. Disponibil la adresa: http://www.viata-dupa-gratii.ro/images/pdf/Raport-Anexe.pdf

157. IRES - Institutul Român pentru Evaluare și Strategie (2011) *Bilanțul Anului 2011*. Disponibil la adresa: http://www.ires.com.ro/uploads/articole/ires_anul2011-%C3%AEn-perceptia-romanilor_bilantul_activitatilor-umane-si-al-practicilor-sociale.pdf

158. Irimie, S. (2012) *Global Adult Tobacco Survey (GATS) Romania 2011*. Ministerul Sănătății și OMS, Cluj: Eikon. Disponibil la adresa: http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/gats_romania_report_2011.pdf

159. Jigău, M., Fartușnic, C., Apostu, O., Balica, M., Florian, B., Horga, I. și Voinea, L. (2011). *Estimarea dimensiunii fenomenului de abandon școlar folosind metodologia analizei pe cohortă.* Subeșantion de unități școlare din rețeaua ZEP, incluse în proiectul „Hai la școală"! UNICEF. București: Institutul de Științe ale Educației. Disponibil la adresa: http://www.ise.ro/estimarea-dimensiunii-fenomenului-de-abandon-scolar-folosind-metodologia-analizei-pe-cohorta

160. Kendall, P. C., Hudson, J., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E. și Suveg, C. (2008) "Child and family therapy for anxiety-disordered youth: results of a randomized clinical trial". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76: 282–297.

161. Kezdi, G. și Suranyi, E. (2009) *A Successful School Integration Program. An Evaluation of the Hungarian National Government's School Integration Program, 2005-2007*. Fondul de Educație pentru Romi. Disponibil la adresa: http://www.romaeducationfund.hu/sites/default/files/publications/a_succesful_school_integration_kezdi_suranyi.pdf

162. Klingemann, H. (2001) *Alcohol and its Social Consequences – the Forgotten Dimension*. Organizația Mondială a Sănătății. Disponibil la adresa: http://www.unicri.it/min.san.bollettino/dati/E76235.pdf

163. Klugman, J. (ed.) (2002) *A Sourcebook for Poverty Reduction Strategies (Vol. 1)*. Washington D.C.: Banca Mondială.

164. Kuddo, A. (2012) *Public Employment Services and Activation Policies*. Washington D.C.: Banca Mondială. Disponibil la adresa: http://siteresources.worldbank.org/SOCIALPROTECTION/Resources/SP-Discussion-papers/Labor-Market-DP/1215.pdf

165. Kutzin, J. și Jakab, M. (2010) "Fiscal context and health expenditure patterns", in Kutzin et al. (eds.) *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*, p. 65-84. Copenhaga: WHO Regional Office for Europe (European Observatory on Health Systems and Policies). Disponibil la adresa: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/120164/E94240.pdf

166. Kuzminskyi, V. (2013) *Support the Set-up of a Monitoring and Evaluation System for Integrated Social Service in Armenia*, CEE/CIS Consultancy Group – Partnership for Every Child, UNICEF.

167. Lesur, M., Stelmaszek, B. și Golden, I. (2014) *WAVE Country Report 2013. Reality Check on European Services for Women and Children Survivors of Violence. A Right for Protection and Support?* Viena: Women Against Violence Europe. Disponibil la adresa: http://www.wave-network.org/sites/default/files/WAVE%20Country%20Report%202013%20Final%20Version.pdf

168. Leutz, W., N. (1999) "Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom". In The *Milbanck Quarterly*, Vol. 77, No. 1: 77-110. Disponibil la adresa: http://www.socialesalute.it/res/download/febbraio2013/walter_leutz.pdf

169. Lunda, C., Breena, A., Flishera, A. J., Kakumab, R., Corrigalla, J., Joskaa, J. A., Swartzc, L. și Pateld, V. (2010) "Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review". In *Social Science & Medicine*, Volume 71, Issue 3: 517-528, August 2010. Disponibil la adresa: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20621748

170. Magheru, M. (2009) *Blueprint for policy development in the area of basic social services*. București: UNICEF.

171. Mansuri, G. și Rao, V. (2004) *Community-Based and -Driven Development: A Critical Review*. World Bank Policy Research Working Paper 3209. Disponibil la adresa: http://wbro.oxfordjournals.org/content/19/1/1.abstract

172. Mansuri, G. și Rao, V. (2013) *Localizing Development. Does Participation Work?* Washington D.C.: Banca Mondială. Disponibil la adresa: https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/11859/9780821382561.pdf?sequence=1

173. Marin, M. (2015) *Absorbția fondurilor europene pentru comunele din România: Rolul capacității administrative*. București: Lumen.

174. Ministerul Afacerilor Interne (2012) *Strategia națională privind prevenția și lupta împotriva traficului de persoane 2012-2016*. Disponibil la adresa: http://www.mai.gov.ro/Documente/Transparenta%20decizionala/Anexa_1%20Strategie%20trafic%20persoane.pdf

175. MADR - Ministerul Agriculturii şi Dezvoltării Rurale (2013) *Programul Național de Dezvoltare Rurală, Versiunea Noiembrie 2013*. Disponibil la adresa: www.pndr.ro.

176. MADR - Ministerul Agriculturii şi Dezvoltării Rurale (2014) *Raport de Progres pentru Programul Național de Dezvoltare Rurală în 2013*. Disponibil la adresa: www.madr.ro

177. Ministerul Dezvoltării Regionale și Turismului (2012) *Documentul Cadru de Implementare a Programului Operațional Regional 2007-2013, Versiunea 12*. Disponibil la adresa: http://www.fonduri-structurale.ro/Document_Files/Regional/00000026/xv71c_dci_februarie2012.pdf

178. Ministerul Dezvoltării Regionale și Administrației Publice (2014) *Strategia pentru consolidarea administrației publice 2014-2020*. Disponibil la adresa: www.mdrap.ro/userfiles/consultari_publice/30_06_14/anexa1.doc

179. Ministerul Economiei (2014) *Strategia guvernamentală pentru dezvoltarea sectorului întreprinderilor mici şi mijlocii şi îmbunătățirea mediului de afaceri din România – Orizont 2020*. Disponibil la adresa: http://www.dreptonline.ro/legislatie/hg_859_2014_strategia_dezvoltarea_sectorului_intreprinderilor_mici_mijlocii_imbunatatirea_mediului_afaceri_Romania_Orizont_2020.php

180. MECS - Ministerul Educației şi Cercetării Științifice (2014) *Education for All 2015 National Review Report: Romania*. Disponibil la adresa: http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002303/230309e.pdf

181. Ministerul Fondurilor Europene (2013) *Romanian Partnership Agreement for the 2014-2020 Programming Period. First Draft. October 2013*. Disponibil la adresa: http://files.finantare.ro/2013/Partnership_Agreement_01.10.2013.pdf

182. Ministerul Fondurilor Europene (2014) *Romanian Partnership Agreement for the 2014-2020 Programming Period. Official version. March 2014*. Disponibil la adresa: http://media.hotnews.ro/media_server1/document-2014-04-1-16945501-0-31-martie-2014-official-version.pdf

183. Ministerul Mediului (2009) *Framework Document for Implementation of the Sectoral Operational Programme Environment, Version 2*. Disponibil la adresa: www.mmediu.ro.

184. MMFPSPV - Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice și SERA România (2012) *Analiza instituțională a serviciilor publice de asistență socială*. Proiect PODCA: Îmbunătățirea eficacității organizaționale a sistemului de protecție a copilului în România, cod SMIS 26554.

185. MMFPSPV - Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice (2011) *Strategia privind reforma în domeniul asistenței sociale*. Disponibil la adresa: http://www.mmuncii.ro/pub/img/site/files/58bd6ffc9844fbc4a8a639672450872b.pdf

186. MMFPSPV - Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice (2012) *Strategia națională pentru prevenirea şi combaterea fenomenului violenței în familie*. Monitorul Oficial, Partea I Nr. 819/2012. Disponibil la adresa: http://www.mmuncii.ro/pub/imagemanager/images/file/Proiecte%20legislative/2012-09-20_Anexa1_strategie%20violenta%20sept%202012.pdf

187. MMFPSPV - Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice (2013) *Analiza socio-economică pentru programarea fondurilor europene 2014 - 2020 în domeniul antreprenoriat si economie socială*. Disponibil la adresa: http://www.fonduri-structurale.ro/Document_Files//Stiri/00011968/hcqxi_Analiza%20socio-ec%20antreprenoriat%20si%20economie%20sociala.pdf

188. MMFPSPV - Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice (2013) *Buletin Statistic*. Diferite numere. Disponibil la adresa: http://www.mmuncii.ro/j33/index.php/ro/transparenta/statistici/buletin-statistic; http://www.copii.ro/statistici/

189. MMFPSPV - Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice (2014) *Strategia națională pentru ocuparea forței de muncă 2014-2020*. Hotărârea de Guvern Nr. 1071/2013. Disponibil la adresa: http://www.mmuncii.ro/j33/images/Documente/Munca/2014-DOES/2014-01-31_Anexa1_Strategia_de_Ocupare.pdf

190. MMFPSPV - Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice (2014) *Strategia națională „O societate fără bariere pentru persoanele cu dizabilități" 2015-2020*. Disponibil la adresa: http://www.mmuncii.ro/j33/index.php/ro/transparenta/proiecte-in-dezbatere/3655-2014-12-29-proiecthg-stratenatgdizabilitati

191. Ministerul Sănătății, USAID, UNFPA, UNICEF şi Banca Mondială (2005) *Reproductive health survey: Romania 2004*. Disponibil la adresa: http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/gender/vaw/surveys/Romania/Romania_Publication.pdf

192. Ministerul Sănătății, UNICEF România și Institutul pentru ocrotirea mamei și copilului „Alfred Rusescu" (2011) *Assessment of the effectiveness of the Ministry of Health national programs on under 2 year child nutrition - Final Report*. București: UNICEF.

193. Ministerul Sănătății (2013) *Raport de Activitate*. Disponibil la adresa: http://www.ms.ro/upload/Raport%20de%20activitate%202013.pdf

194. Ministerul Sănătății (2014) *Strategia Națională de Sănătate 2014-2020. Sănătate pentru Prosperitate*. Disponibil la adresa: http://www.ms.ro/documente/Anexa%201%20-%20Strategia%20Nationala%20de%20Sanatate_886_1761.pdf

195. Fundația Motivation şi Societatea Academică din România (2009) *Diagnostic: excluși de pe piața muncii. Bariere în ocuparea persoanelor cu dizabilități*. Disponibil la adresa: www.motivation.ro

196. Munday, B. (2007) *Integrated Social Services in Europe.* Raport al Consiliului Europei, Strasbourg. Disponibil la adresa: http://eurocef.eu/en/publications/integrated-social-services-in-europe/

197. Narayan, D. (2000) "Poverty is Powerlessness and Voicelessness". In *Finance and Development*, 37 (4), 18-21.

198. Nolan, B. și Whelan, C. (2011) *The EU 2020 Poverty Target. Gini Discussion Paper 19*. Disponibil la adresa: http://www.researchgate.net/publication/254390408_GINI_DP_19_The_EU_2020_poverty_target

199. Observatorul Internațional de Justiție Juvenilă (2010) *Freedom, Security and Justice: What will be the future? Consultation on priorities of the European Union for the next five years (2010-2014)*. Bruxelles: International Juvenile Justice Observatory. Disponibil la adresa: http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-is-new/public-consultation/2008/pdf/contributions/international_juvenile_justice_observatory_en.pdf

200. OCDE (2005) *Employment Outlook 2005*. Disponibil la adresa: http://www.oecd.org/els/employmentoutlook-previouseditions.htm

201. OCDE (2006) *Employment Outlook Boosting Jobs and Incomes*. Disponibil la adresa: http://www.oecd.org/els/employmentoutlook-previouseditions.htm

202. OCDE (2012a) *Equity and Quality in Education: Supporting Disadvantaged Students and Schools*. OECD Publishing. Disponibil la adresa: http://dx.doi.org/10.1787/9789264130852-en

203. OCDE (2012b) *Health at a Glance: Europe 2012*. OECD Publishing. Disponibil la adresa: http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en

204. OCDE (2013a) *OECD Skills Outlook 2013: First Results from the Survey of Adult Skills*. OECD Publishing. Disponibil la adresa: http://dx.doi.org/10.1787/9789264204256-en

205. OCDE (2013b) *PISA 2012 Results: Excellence Through Equity. Giving Every Student the Chance to Succeed* (Volume II). PISA, OECD Publishing. Disponibil la adresa: http://dx.doi.org/10.1787/9789264201132-en

206. OCDE (2013c) *Tackling Long-Term Unemployment Amongst Vulnerable Groups*. OECD Programme on Local Economic and Employment Development (LEED). Disponibil la adresa: http://www.oecd.org/cfe/leed/Tackling%20Long_Term%20unemployment_%20WP_covers.pdf

207. OCDE (2014) *Health at a Glance: Europe 2014*. OECD Publishing. Disponibil la adresa: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en

208. OHCHR - Biroul Înaltului Comisar ONU pentru Drepturile Omului (2013) *Thematic study on the right of persons with disabilities to education*. Raport A/HRC/25/29. Disponibil la adresa: http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session25/Documents/A-HRC-25-29_en.doc

209. Organizația Internațională a Muncii (2010) *World Social Security Report 2010/11: Providing coverage in times of crisis and beyond*. Geneva: Organizația Internațională a Muncii. Disponibil la adresa: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_146566.pdf

210. OMS - Organizația Mondială a Sănătății (2011) *Global status report on non-communicable diseases 2010.* Geneva: OMS. Disponibil la adresa: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf

211. OMS - Organizația Mondială a Sănătății (2012a) *Risks to Mental Health: An Overview of Vulnerabilities and Risk Factors*. Background Paper by Who Secretariat for the Development of a Comprehensive Mental Health Action Plan. Disponibil la adresa: http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf

212. OMS - Organizația Mondială a Sănătății (2012b) *World health statistics 2012*. Geneva: OMS. Disponibil la adresa: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44844/1/9789241564441_eng.pdf

213. OMS - Organizația Mondială a Sănătății (2012c) *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. Sixty-second session, Malta, 10–13 Septembrie 2012. Copenhaga: OMS Biroul Regional pentru Europa. Disponibil la adresa: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf

214. OMS - Organizația Mondială a Sănătății (2013a) *Children: reducing mortality*. WHO Fact sheet N°178, actualizat Septembrie 2013. Disponibil la adresa: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en/

215. OMS - Organizația Mondială a Sănătății (2013b) *Status Report on Alcohol and Health in 35 European Countries*. Copenhaga: OMS Biroul Regional pentru Europa. Disponibil la adresa: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/190430/Status-Report-on-Alcohol-and-Health-in-35-European-Countries.pdf

216. OMS - Organizația Mondială a Sănătății (2014a) *Global Status Report on Alcohol and Health 2014. Country profiles, Romania*. Disponibil la adresa: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_2.pdf?ua=1

217. OMS - Organizația Mondială a Sănătății (2014b) *The equity action spectrum: taking a comprehensive approach; Guidance for addressing inequities in health*. Disponibil la adresa: http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/policybrief_equityaction_en.pdf

218. OMS și ECDC - Organizația Mondială a Sănătății și Centrul European de Prevenire şi Control al Bolilor (2014) *Review of the national tuberculosis programme in Romania, 10-21 March 2014*. Copenhaga: OMS Biroul Regional pentru Europa. Disponibil la adresa: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/269269/Review-of-the-national-tuberculosis-programme-in-Romania.pdf

219. ONU - Organizația Națiunilor Unite (2008) *Millennium Declaration*. Disponibil la adresa: www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm

220. ONU - Organizația Națiunilor Unite (2009) *Guidelines for the Alternative Care of Children*. Disponibil la adresa: http://www.unicef.org/protection/alternative_care_Guidelines-English.pdf

221. ONU - Organizația Națiunilor Unite (2013) *World Population Prospects: The 2012 Revision, Highlights and Advance Tables*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division, Working Paper No. ESA/P/WP.228.

222. Paraschiv, M. (2013) *Persoanele fără adăpost ca indicator al sărăciei urbane în București*. Teză de doctorat nepublicată. Facultatea de Sociologie și Asistență Socială, Universitatea București.

223. Parlevliet, J. și Xenogiani, Th. (2008) *Report on Informal Employment in Romania*. OECD Working Paper Nr. 271, Paris: OECD. Disponibil la adresa: http://www.oecd.org/dev/41012694.pdf

224. Platteau, J.-P. (2002). *Rushing to Help the Poor Through Participation May Be Self-Defeating*. Centre for Research on the Economics of Development (CRED), Belgia.

225. Poteete, A. (2003). *The Implications of Social Capital for Empowerment and Community-Driven. Think Pieces: Empowerment, CDD, and Social Capital*. Empowerment Community of Practice, Banca Mondială. Disponibil la adresa: http://siteresources.worldbank.org/INTEMPOWERMENT/Resources/486312-1097679640919/think_pieces_poteete.pdf

226. Pozzoni, B. (2005). *A Review of the Literature on Participatory Approaches to Local Development for an Evaluation of the Effectiveness of World Bank Support for Community-Based and -Driven Development Approaches*. Banca Mondială. Operations Evaluation Department.

227. Preda, M. (coord.) (2009) *Riscuri şi inechităţi sociale în România. Raportul Comisiei Prezidenţiale pentru Analiza Riscurilor Sociale şi Demografice*. Iasi: Polirom. Disponibil la adresa: http://www.presidency.ro/static/CPARSDR_raport_extins.pdf

228. Preda, M., (coord.), Buzducea, D., Fărcășanu, D., Grigoras, V., Lazăr, F. și Rentea, G. (2013) *Analiza situației copiilor în România*. UNICEF. București: Vanemonde. Disponibil la adresa: https://florinlazar.files.wordpress.com/2014/04/unicef-an-sit-copii-v7.pdf

229. Preoteasa, A. M., Cace, S. și Duminică, G. (coord.) (2009) *Strategia națională de îmbunătățire a situației romilor: vocea comunităților*. Agenția de Dezvoltare Comunitară "Împreună". Disponibil la adresa: http://www.agentiaimpreuna.ro/files/publicatii/10-RAPORT_tipar-p-ro.pdf

230. Pricopie, R., Reinhardt, Z., Nicolescu, L., Almășan, O., Bogdan, A. și Grecea, D. (2011) *Internaționalizare în învățământul superior*. București. Disponibil la adresa: http://uefiscdi.gov.ro/Upload/b10491ba-28b7-4c16-b48d-39a1e52c1e97.pdf

231. Rechel, B., Mladovsky, Ph., Devillé, W., Rijks, B., Petrova-Benedict, R. și McKee, M. (2011) *Migration and health in the European Union*. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Open University Press, McGraw-Hill. Disponibil la adresa: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/161560/e96458.pdf

232. RegGov - Regional Governance of Sustainable Integrated development of Deprived Urban Areas (2011) *Final Report*. Disponibil la adresa: http://www.sodertalje.se/mainupload/dokument/Kommun%20o%20demokrati/Politik%20och%20p%C3%A5verkan/Kommunstyrelsen/Sammantr%C3%A4deshandlingar/2011/2011-10-27/13T_KS20111027.pdf

233. Richardson, D. și Patana, P. (2012) *Integrating service delivery: why, for who, and how?* Discussion paper OECD, Integrated Services and Housing Consultation, Noiembrie 2012. Disponibil la adresa: www.oecd.org/social/integratedservices.htm

234. Roemer, J. E. (1993) *On a Mechanism for Implementing Egalitarism with Responsibility*. Papers 93-18, California Davis - Institute of Governmental Affairs.

235. Rughiniș, C. (2000) "Proiecte de dezvoltare în comunități de romi: echilibrarea unei relații asimetrice", in *Revista de Cercetări Sociale*, Nr. 3-4: 77-96.

236. Samusocial (2010) *Cauzele pentru care persoanele adulte fără adăpost sunt în stradă*. Disponibil la adresa: http://www.samusocial.ro/media/statistici-cifre/

237. Sandu, D. (1999) "Development and poverty in the Romanian villages". In *Romanian Sociology*. Annual English Edition (1): 188-212. Disponibil la adresa: http://www.arsociologie.ro/images/stories/sr/articles/sr_1999_4/SR_1999%5BIII%5D1%284%29_117-138_Sandu.pdf

238. Sandu, D. (2000) *Social Assessment for Rural Development Project: Social Needs and Actions in Romanian Villages*. Raport Banca Mondială, București.

239. Sandu D. (2005) *Roma Social Mapping. Targeting by a Community Poverty Survey*. Raport Banca Mondială, București. Disponibil la adresa: http://www.anr.gov.ro/docs/statistici/Roma_Social_Mapping_187.pdf

240. Sandu, D., Voineagu, V. și Panduru, F. (2009) *Development of Communes in Romania*. Institutul Național de Statistică și Universitatea București.

241. Sandu, D. (2011) "Social Disparities in the Regional Development and Policies of Romania". In *International Review of Social Research*, I (1): 1-30. Disponibil la adresa: www.ceeol.com

242. Sandu, D., Stoica, C. A. și Umbres, R. (2014) *Romanian Youth: concerns, aspirations, attitudes and life style*. Research report by the Center for Urban and Regional Sociology (CURS) for Friedrich-Ebert-Stiftung Romania (FES). Disponibil la adresa: http://www.fes.ro/media/2014_news/Report-FES-Romanian_Youth.pdf

243. Sara, J. și Katz, T. (2000) *Making Rural Water Supply Sustainable: Report on the Impact of Project Rules*. PNUD și Banca Mondială. Disponibil la adresa: http://www.wsp.org/sites/wsp.org/files/publications/global_ruralreport.pdf

244. Schaapveld, K., Chanturidze, T., Gabunia, T., Tiede, W. și Padeanu, C. (2011) *Report on Rural PHC Needs Assessment in Romania*. Annex I in Chanturidze, T., February 2012, *Strategy for primary healthcare in underserved rural areas and related Action Plan, Final Report*. Oxford Policy Management și Banca Mondială. Disponibil la adresa: http://www.opml.co.uk/sites/default/files/Technical%20Assistance%20for%20Project%20Management%20Unit%20APL%202%2C%20within%20the%20Ministry%20of%20Health%20of%20Romania%20-%20Final%20Report.pdf

245. Simoens, S. și Hurst, J. (2006) *The Supply of Physician Services in OECD Countries*. OECD Health Working Papers Nr. 21. Disponibil la adresa: http://www.oecd.org/health/health-systems/35987490.pdf

246. Spridon, C. (2011) *Plățile informale, o problemă a sistemului sanitar românesc*. Proiect INFOPAY – *The Assessment of the impact of informal payments in the health system 2010-2013*. Cluj-Napoca: Centrul de Sănătate Publică și Politici de Sănătate (CHPPH). Disponibil la adresa: http://www.paginamedicala.ro/stiri-medicale/Platile-informale_-o-problema-a-sistemului-sanitar-romanesc_15192/

247. Stanciu, M. (2013) *Children with disabilities*. București: UNICEF România. Disponibil la adresa: http://www.pentrueducatie.ro/_upload/doc/Copiii%20cu%20dizabilitati%20-%20Raport%20septembrie%202013,%20UNICEF.pdf

248. Stativă, E. (coord.), Anghelescu, C., Mitulescu, R., Nanu, M. și Stanciu, N. (2005) *The Situation of Child Abandonment in Romania*. București: UNICEF România. Disponibil la adresa: http://www.unicef.org/ceecis/GDD_2005_Romania_Child_abandonment.pdf

249. Stativă, E. și Stoicescu, S. (ed.) (2011) *Evaluarea eficienței intervențiilor incluse în programele naționale privind nutriția copiilor sub 2 ani.* Disponibil la adresa: http://portal-iomc.ro/c/document_library/get_file?uuid=6f9e4d5f-b5ec-42f7-a7c1-67fa44e2ab87&groupId=10138

250. Stativă. E. (2013) *Analysis of 2011-2012 maternal mortality*. Raport Institutul pentru ocrotirea mamei și copilului „Alfred Rusescu".

251. Stănculescu, M.S. și Berevoescu, I. (coord.) (2004) *Sărac lipit, caut altă viață*. București: Nemira.

252. Stănculescu, M.S. (2005) *A Knowledge Typology of the Romanian Rural and Small Urban Local Communities*. Raport Banca Mondială și Ministerul Tehnologiei Informației și Comunicațiilor, București.

253. Stănculescu, M. S. (coord.), Marin, M. și Branişte, S. (2010) *Calitatea vieții şi gradul de satisfacție privind locuirea în cartierul Cetate, municipiul Alba Iulia*. Asociația Intercomunitară de Dezvoltare Alba Iulia. Proiect "Legături între regenerarea urbană, planificarea spațială – NODUS WG6", Programul Operațional de Cooperare Teritorială URBACT. Disponibil la adresa: www.albaiulia-aida.ro/nodus/NODUS%20WG6%20-%20Studiu%20Sociologic%20(Raport%20Final%20

254. Stănculescu, M. S. și Marin, M. (2011) *Impacts of the international economic crisis in Romania 2009-2010. In 2009 'only on TV', in 2010 'kneeled us'. A panel study based on qualitative methods*. UNICEF, București: Vanemonde. Disponibil la adresa: http://www.unicef.org/romania/Impacts_of_the_international_crisis.pdf

255. Stănculescu, M. S. și Marin, M. (2012) *Supporting Invisible Children. Evaluation Report*. UNICEF, București: Vanemonde. Disponibil la adresa: http://www.unicef.org/romania/Raport_HIC_engleza.pdf

256. Stănculescu, M. S. (coord.) Marin, M. și Popp, A. (2012) *Being a Child in Romania. A Multidimensional Diagnosis*. UNICEF, București: Vanemonde. Disponibil la adresa: http://www.unicef.org/romania/Being_a_child.pdf

257. Stănculescu, M.S. (coord.), Anton, S., Iamandi-Cioinaru, C., Corad, B., Neculau, G. și Trocea, A. (2013) *Helping invisible children. Second evaluation report*. UNICEF, București: Vanemonde. Disponibil la adresa: http://www.unicef.org/romania/HIC.eng.web.pdf

258. Stănculescu, M. S. și Aprahamian, A. (2013) *Impact of the Knowledge Economy Project. Evaluation Report*. Proiect Economia Bazată pe Cunoaștere. Banca Mondială.

259. Stănculescu, M.S. (coord.), Neculau, G. (2014) *The Performance of Public Health-care Systems in South-Eastern Europe – A comparative qualitative study*. Friedrich-Ebert-Stiftung, Belgrad, Serbia. Disponibil la adresa: http://library.fes.de/pdf-files/bueros/belgrad/10758.pdf

260. Stănescu, S. M., Cace, S. și Alexandrescu, F. (coord.) (2011) *Între oportunități și riscuri: oferta de economie socială în regiunile de dezvoltare București-Ilfov și Sud-Est*. București: Expert. Disponibil la adresa: http://integrat.org.ro/files/oferta_es.pdf

261. Stănescu, S. M. (coord.), Asiminei, R. și Vîrjan, D. (2013) *Raport de recomandări al economiei sociale. România 2013*. București: ADD Media Communication. Disponibil la adresa: http://www.academia.edu/6308173/Raport-de-recomandari-al-economiei-sociale_online

262. Stoica, C. A. (2013) *Bucureştenii şi bolile sistemului de sănătate*. Proiect „Social Mapping of Bucharest", sondajul „Bucureștenii și sănătatea" implementat de Școala Națională de Studii Politice și Administrative (SNSPA), coord. Mihăilescu, V., Bulai, A., Iancu, B., Vâlcu, V. și Stoica, C. A. Disponibil la adresa: http://augustinstoica.blogspot.ro/2013/06/bucurestenii-si-bolile-sistemului-de.html

263. Sundaram, R., Hoerning, U., De Andrade Falcao, N., Millan, N., Tokman, C. și Zini, M. (2014) *Portraits of Labor Market Exclusion*. Washington D.C.: Banca Mondială. Disponibil la adresa: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2014/10/29/000470435_20141029084631/Rendered/PDF/918830WP0P14360240PoLME0Full0Report.pdf

264. Surdu, L. (2008) *Report on Monitoring the Measures Against School Segregation in Romania*. Romani CRISS și UNICEF România. Disponibil la adresa: http://www.unicef.ro/wp-content/uploads/monitorizarea-aplicarii-masurilor-impotriva-segregarii-scolare-in-romania.pdf

265. Swinkels, R., Stănculescu, M.S., Anton, S., Koo, B., Man, T. și Moldovan, C. (2014a) *The Atlas of Urban Marginalized Areas in Romania*. Proiect "Elaboration of Integration Strategies for Urban Poor and Disadvantaged Communities". București: Banca Mondială. Disponibil la adresa: http://backend.elard.eu/uploads/wb-project-in-ro/atlas_24april_en.pdf

266. Swinkels, R., Stănculescu, M.S., Anton, S., Corad, B., Iamandi-Cioinaru, C., Neculau, G., Trocea, A., Man, T., Moldovan, C. și Koo, B. (2014b) *Integrated Intervention Tool*. Proiect "Elaboration of Integration Strategies for Urban Poor and Disadvantaged Communities". București: Banca Mondială. Disponibil la adresa: http://backend.elard.eu/uploads/wb-project-in-ro/atlas_24april_en.pdf

267. Szekely, M. (2012) *Discriminarea în plan socio-profesional a persoanelor cu dizabilități din România*. Teză de doctorat, Universitatea „Babeș-Bolyai", Cluj-Napoca. Disponibil la adresa: http://doctorat.ubbcluj.ro/sustinerea_publica/rezumate/2012/sociologie/Szekely_Maria_Ro.pdf

268. Sztompka, P. (1999) *Trust: A Sociological Theory*. Cambridge: Cambridge University Press.

269. Tarnovschi, D. (coord.) (2012) *Situația romilor în România, 2011. Între incluziune socială şi migrație*. Raport de țară în cadrul proiectului "EU INCLUSIVE – transfer de date şi experiențe privind integrarea pe piața muncii a romilor între România, Bulgaria, Italia şi Spania" POSDRU/98/6.4/S/63841, implementat de Fundația Soros România. Disponibil la adresa: http://www.soros.ro/ro/publicatii.php#

270. Taylor, A. (2014) *A Short Overview on Best Practice in Integrated/Coordinated Provision of Social Assistance and Employment Programmes in Europe*. Raport nepublicat Banca Mondială.

271. Teșliuc, E., Pop, L., Grosh, M. și Yemtsov, R. (2014) *Income Support for the Poorest: A Review of Experience in Eastern Europe and Central Asia*. Directions in Development, Human Development. Banca Mondială.

272. Toth, G., Toth, A., Voicu, O. și Ştefănescu, M. (2007) *Efectele migrației: Copiii rămaşi acasă*. București: Fundația Soros România. Disponibil la adresa: http://www.soros.ro/ro/comunicate_detaliu.php?comunicat=54

273. Toth, A., Munteanu, D. și Bleahu A. (2008) *National Analysis of the Phenomenon of Children Left Home by Their Parents who Migrate Abroad for Employment*. UNICEF și Asociația Alternative Sociale, București. Disponibil la adresa: http://en.antitrafic.ro/publications/national-analysis-of-the-phenomenon-of-children-left-home-by-their-parents-who-migrate-abroad-for-employment--p259.html

274. Toth, A. (2013) *Assessment of the needs and expectations of parents of children with neuromotor disabilities from the Bucharest Branch of ASCHF-R*. Raport cercetare calitativă. București: Sociometrics.

275. Tudorache, L. A., Folostina, R., Tutunea, J. și Sima, H. (2013) "Disability as a risk factor on the access to labor market". In *Review of Applied Socio-Economic Research*, 5(1): 130-135. Disponibil la adresa: http://reaser.eu/RePec/rse/wpaper/R5_15_Tudorache_Folostina_Tutunea_Sima_p130_135.pdf

276. Tufiș, C. (2012) *Learning Democracy and Market Economy in Post-Communist Romania*. Iași: Institutul European.

277. Transcena (2013a) *Studiu exploratoriu privind serviciile sociale pentru victimele violenței în familie*. Disponibil la adresa: http://transcena.ro/wp-content/uploads/Studiu-la-nivel-national-servicii-sociale-violenta-in-familie-decembrie-2013.pdf

278. Transcena (2013b) *Studiu la nivel național cu privire la implementarea ordinului de protecție – Legea 25 din 2012 (Legea 217/2003 republicată pentru prevenirea şi combaterea violenței în familie)*. Disponibil la adresa: http://transcena.ro/wp-content/uploads/Studiu-la-nivel-national-ordine-de-protectie-decembrie-2013.pdf

279. UNICEF (2006) *The State of the World's Children 2006: Excluded and Invisible*. Disponibil la adresa: www.unicef.org

280. UNICEF (2007) *Education for Some More than Others?* UNICEF Regional Office for Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States, Geneva. Disponibil la adresa: www.unicef.org/ceecis

281. UNICEF (2011) *Making ends meet. A Summary Situation Analysis of Children in Romania*. Raport nepublicat. București.

282. UNICEF (2012) *Analyzing the situation of out of school children in Romania, within the Global Initiative All children in School by 2015*. București: UNICEF. Disponibil la adresa: http://www.unicef.org/romania/romania-oosci-report-2012-en.pdf

283. UNICEF (2013) *The State of World's Children 2013: Children with Disabilities*. Disponibil la adresa: www.unicef.org/sowc2013

284. UNICEF Innocenti Research Centre (2012) *Measuring Child Poverty: New league tables of child poverty in the world's rich countries. Innocenti Report Card 10*. Florența: UNICEF Innocenti Research Centre. Disponibil la adresa: http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc10_eng.pdf

285. Voicu, B. și Noica, R. (1999) „Basic statistics related to the need and demand for housing". Proiect *The Prospects for Housing Finance in Romania*, USAID și Urban Institute (coord. Sally Merrill, Harold Katsura, Carol Rabenhorst), Noiembrie 1999.

286. Vrăsmaș, T. (ed.), Vrăjmaș, E., Stanciu, M., Codreș, A., Nicolae, D., Murariu Botez, C., Baba, L. și Gălbinașu, F. (2010) *Incluziunea școlară a copiilor cu cerințe educaționale speciale. Aspirații și realități*. Ministerul Educației, Cercetării și Tineretului, RENINCO și UNICEF, București: Vanemonde. Disponibil la adresa: http://www.unicef.ro/wp-content/uploads/incluziunea_scolara.pdf

287. Vrăsmaş, E. și Vrăsmaş, T. (coord.) (2012) *Educația incluzivă în grădiniță : dimensiuni, provocări şi soluții*. Ministerul Educației, Cercetării și Tineretului, RENINCO și UNICEF, Buzău: Alpha MDN. Disponibil la adresa: http://www.unicef.ro/wp-content/uploads/Educatia-incluziva-pt-web.pdf

288. Wahlbeck, K. și Huber, M. (2009) *Access to Health Care for People with Mental Disorders in Europe*. Policy Brief, Aprilie 2009. Centrul European. Disponibil la adresa: http://www.euro.centre.org/data/1240307367_27951.pdf

289. Wamseidel, M., Vincze, E. și Ionescu, I. (2012) *Roma Health: Perspective of the Actors Involved in the Health System – Doctors, Health Mediators, and Patients*. București: Romani CRISS. Disponibil la adresa: http://www.romanicriss.org/PDF/raport%20final%20osi%20health%20_engleza.pdf

290. Wassenich, P. și Whiteside, K. (2004) *CDD Impact Assessments Study: Optimizing Evaluation Design Under Constraints*. Banca Mondială. Disponibil la adresa: http://siteresources.worldbank.org/INTRANETSOCIALDEVELOPMENT/214578-1111660828964/20486408/CDD+Impact+Assessments.pdf

291. Woessmann, L. (2008) "Efficiency and equity of European education and training policies". In *Tax Public Finance* Vol., 15, Nr. 1: 199-230.

292. Zamfir, E. și Zamfir, C. (coord.) (1993) Țiganii între ignorare şi îngrijorare. București: Alternative.

293. Zamfir, C. și Preda, M. (coord.) (2002) *Romii în România*. București: Expert.

Această pagină a fost lăsată goală în mod intenționat

ANEXE

Anexa 1: Activități de cercetare ce stau la baza prezentului studiu de fundamentare

1. Cercetare calitativă:

- Studii de caz în județele Arad şi Botoşani (peste 150 de interviuri)
- Interviuri cu reprezentanți ai autorităților publice centrale (peste 20 de interviuri)
- Interviuri cu asistenții sociali şi cu beneficiari sau potențiali beneficiari de prestații sociale bazate pe testarea mijloacelor

2. Culegerea şi analiza datelor cantitative:

- Recensământ al primăriilor urbane cu privire la locuințele sociale
- Recensământ al asistenților sociali din SPAS (>3.100 de chestionare completate de către autoritățile locale)
- Bază de date consolidată la nivel de localitate privind medicii de familie, reprezentanții farmaciilor, asistenții medicali comunitari/ mediatorii sanitari
- Set de date administrative referitoare la serviciile sociale adresate persoanelor vârstnice
- Set de date administrative referitoare la serviciile sociale adresate persoanelor cu dizabilități
- Set de date administrative referitoare la serviciile de protecție specială a copilului
- Identificarea „comunităților-sursă" (rural/ urban) pentru copiii din serviciile de protecție specială, pe baza datelor administrative din CMTIS (Child Monitoring Tracking Information System) gestionate de către Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului şi Adopție (ANPDCA)
- Cercetare, realizată în cooperare cu UNICEF şi ANPDCA, cu privire la copiii din serviciile de protecție a copilului şi comunitățile-sursă
- Analiza sărăciei şi a lipsurilor materiale ce afectează categoriile vulnerabile – 2008/2012 (EU-SILC)
- Prognoza evoluției sărăciei – 2013/2020 (EU-SILC)
- Simularea impactului diferitelor politici asupra sărăciei (EU-SILC)
- Segmentarea NEETD la nivelul grupului țintă beneficiar al prestațiilor bazate pe testarea mijloacelor (EU-SILC)
- Profilurile categoriilor vulnerabile – mame minore copii cu părinți migranți, persoane cu dizabilități, persoane vârstnice singure, persoane din mediul rural, copii aflați în afara sistemului de educație, persoane fără adăpost (Recensământ 2011)
- Diagnoza problemelor de locuire pentru populația generală (Recensământ 2011)
- Diagnoza problemelor localităților urbane mici/ recent declarate (Recensământ 2011 şi date administrative)
- Identificarea satelor sărace (Recensământ 2011)
- Identificarea comunităților rurale marginalizate (Recensământ 2011)
- Analiza comunităților rome şi a comunităților urbane/ rurale marginalizate
- Analiza condițiilor şi tipurilor de participare socială.

3. Alte analize (studii de caz, cercetare documentară, note informative):

- Analiza funcțională a rolului Agenției Naționale pentru Ocuparea Forței de Muncă în reducerea sărăciei şi excluziunii sociale
- Analiza microcreditelor şi a atelierelor protejate adresate persoanelor cu dizabilități
- Analiza învățământului special pentru copiii cu dizabilități
- Analiza programelor privind nutriția desfăşurate în şcoli
- Analiza programelor bazate pe testarea mijloacelor desfăşurate la nivelul şcolilor (rechizite şcolare, „Bani de liceu", burse şcolare administrate la nivel local etc.)
- Analiza fondurilor europene disponibile localităților urbane mici

Anexa 2: Categorii sărace şi vulnerabile

I. Date statistice

ANEXĂ TABEL 2.1: Procentul populaţiei şi rata sărăciei relative, în funcţie de vârstă şi zonă/ mediu de rezidenţă, 2012

	Structura populației		Rata sărăciei relative	
	Rural*	Urban**	Rural*	Urban**
0-15 ani	16.6	13.8	52.1	16.5
16-64 ani	62.5	70.9	39.2	11.2
peste 65 de ani	21.0	15.3	23.5	6.3
Total	100	100	38.1	11.2

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele EU-SILC 2012.

Notă: *Rural = zone slab populate. **Urban = zone dens populate şi intermediare.

ANEXĂ TABEL 2.2: Procentul populaţiei şi rata sărăciei relative, în funcţie de statutul ocupaţional şi zonă/ mediu de rezidenţă, 2012

	Structura populației		Rata sărăciei relative		
	Rural*	Urban**	Rural*	Urban**	Total
< 16 ani	16.9	14.0	52.1	16.5	33.3
Salariați	18.2	39.0	11.6	3.5	5.6
Lucrători pe cont propriu (inclusiv lucrători familiali) cu angajați	0.1	0.4	0.0	6.6	5.5
Lucrători pe cont propriu (inclusiv lucrători familiali) fără angajați, lucrători calificați sau necalificați în agricultură, silvicultură sau pescuit	15.8	2.3	57.4	54.0	56.8
Lucrători pe cont propriu (inclusiv lucrători familiali) fără angajați, alte ocupații	5.6	2.4	49.7	22.7	39.8
Şomeri	2.0	2.4	62.9	45.6	52.1
Elevi, studenți, formare profesională, activități neremunerate	5.8	8.8	44.1	15.8	25.1
Pensionari	24.6	24.3	20.7	5.1	11.8
Persoane cu dizabilități permanente şi/sau inapte de muncă	1.0	0.6	49.3	38.6	44.7
Îndeplinirea de sarcini casnice şi responsabilități de îngrijire	9.4	5.0	55.7	29.8	44.8
Alte persoane inactive	0.6	1.0	63.9	23.6	36.3

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele EU-SILC 2012.

Notă: *Rural = zone slab populate. **Urban = zone dens populate şi intermediare.

ANEXĂ TABEL 2.3: Rata sărăciei în rândul copiilor (0-17 ani) şi al tinerilor (18-24 ani), în funcţie de zonă/ mediu de rezidenţă, 2012

	Copii	Tineri
Urban*	17.0	18.4
Rural**	52.6	47.1
Total	34.0	31.4

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele EU-SILC 2012.

Notă: *Rural = zone slab populate. **Urban = zone dens populate şi intermediare.

ANEXĂ TABEL 2.4: Rata sărăciei la nivelul gospodăriilor, în funcţie de numărul de copii, 2012 (%)

Gospodării cu...	Total	Urban*	Rural**
0 copii	16.5	8.2	29.0
1 copil	22.6	12.3	41.8
2 copii	33.8	16.1	52.0
Cel puțin 3 copii	56.6	39.2	65.2

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele EU-SILC 2012.

Notă: *Rural = zone slab populate. **Urban = zone dens populate şi intermediare.

ANEXĂ TABEL 2.5: Procentul copiilor, în funcţie de numărul de copii pe gospodărie şi zonă/ mediu de rezidenţă, 2012

Gospodării cu...	Total	Urban**	Rural*
0 copii	0	0	0
1 copil	36	24	13
2 copii	45	23	22
Cel puțin 3 copii	19	6	13
Total	100	52	48

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele din EU-SILC 2012.

Notă: *Rural = zone slab populate. **Urban = zone dens populate şi intermediare.

ANEXĂ TABEL 2.6: Indicii pensiei medii reale a pensionarilor din sistemul asigurărilor sociale de stat, inclusiv pensiile corespunzătoare Ministerului Apărării, Ministerului Afacerilor Interne şi Serviciului Român de Informaţii (anul de bază 2000)

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
100	105.9	109.5	117.4	131.2	141.8	154.8
2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
190.1	255.1	285.8	278.9	265.7	265.9	266

Sursa: Tempo Online, Institutul Național de Statistică.

ANEXĂ TABEL 2.7: Rata sărăciei relative, în funcţie de sex, 2012 (%)

Vârstă	Femei	Bărbați
0-17	34.9	33.1
18-24	30.4	32.4
25-49	22.3	21.2
50-64	15.1	17.6
65-79	16.6	7.8
80+	26.5	14
65+	19.3	9.2
Total	23.1	21.9

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele EU-SILC 2012.

ANEXĂ TABEL 2.8: Procentul membrilor vârstnici şi vârstnici săraci, în funcţie de tipul de gospodărie, 2012

	% vârstnici (cu vârste de peste 65 de ani)	% vârstnici săraci (cu vârste de peste 65 de ani)
Vârstnici singuri (peste 65 de ani), din care...	22	33
Bărbați	6	5
Femei	16	28
Cupluri de vârstnici (ambii peste 65 de ani şi căsătoriți)	23	8
Alte tipuri de gospodării cu membri vârstnici	34	26
Gospodării fără membri vârstnici	0	0
Total	100	100

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele EU-SILC 2012.

ANEXĂ TABEL 2.9: Rata sărăciei relative în rândul persoanelor cu vârste de peste 16 ani, în funcţie de educaţie

	2008	2009	2010	2011	2012
Studii primare	42.1	37.4	36.4	35.1	35.3
Studii gimnaziale	33.6	30.2	31.7	34.5	34.4
Studii liceale	14.8	11.9	13.3	15.2	15.2
Educație postliceală non-universitară	3.3	2.1	4.6	5.1	5.6
Primul ciclu de învățământ terțiar	0.7	1.2	1.1	2	3.1
Vârsta<=16 ani	32.4	31.4	31.3	32.4	34
Total	23.4	20.8	21.1	22.2	22.6

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele EU-SILC 2012.

ANEXĂ TABEL 2.10: Rata sărăciei relative în rândul populaţiei în vârstă de muncă (între 15 şi 64 de ani), în funcţie de statutul ocupaţional şi zonă/ mediu de rezidenţă, 2012

	Rata sărăciei relative			% din total
	Rural*	Urban**	Total	
Salariați	11.6	3.5	5.6	44.2
Lucrători pe cont propriu (inclusiv lucrători familiali) cu angajați	0.0	6.7	5.6	0.4
Lucrători pe cont propriu (inclusiv lucrători familiali) fără angajați, lucrători calificați sau necalificați în agricultură, silvicultură sau pescuit	61.8	54.5	60.6	10.4
Lucrători pe cont propriu (inclusiv lucrători familiali) fără angajați, alte ocupații	52.7	21.9	41.0	5.2
Şomeri	62.9	45.6	52.1	3.2
Elevi, studenți, formare profesională, activități neremunerate	46.7	16.0	27.0	12.9
Pensionari	15.0	5.3	8.4	12.3
Persoane cu dizabilități permanente şi/sau inapte de muncă	48.6	34.5	42.5	1.0
Îndeplinirea de sarcini casnice şi responsabilități de îngrijire	56.7	30.9	45.9	9.4
Alte persoane inactive	63.8	24.6	37.0	1.2
Total	39.6	11.3	22.5	100.0

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele EU-SILC 2012.

Note: *Rural = zone slab populate. **Urban = zone dens populate şi zone intermediare.

ANEXĂ TABEL 2.11: Rata sărăciei relative în rândul populaţiei în vârstă de muncă (între 15 şi 64 de ani), în funcţie de statut ocupaţional, 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Salariați	5.5	5.1	5.0	5.9	5.6
Lucrători pe cont propriu (inclusiv lucrători familiali) cu angajați	3.5	2.2	0.0	2.1	5.6
Lucrători pe cont propriu (inclusiv lucrători familiali) fără angajați, lucrători calificați sau necalificați în agricultură, silvicultură sau pescuit	62.0	66.0	58.7	63.0	60.6
Lucrători pe cont propriu (inclusiv lucrători familiali) fără angajați, alte ocupații	34.5	39.0	35.8	41.3	41.0
Şomeri	41.5	40.4	42.0	45.3	52.1
Elevi, studenți, formare profesională, activități neremunerate	23.6	21.8	20.6	23.5	27.0
Pensionari	12.5	10.7	8.5	9.3	8.4
Persoane cu dizabilități permanente şi/sau inapte de muncă	39.0	35.8	33.2	35.5	42.5
Îndeplinirea de sarcini casnice şi responsabilități de îngrijire	43.4	40.4	41.7	45.8	45.9
Alte persoane inactive	33.2	44.2	39.0	36.1	37.0
Total	21.2	20.9	20.2	22.0	22.5

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele EU-SILC 2008-2012.

ANEXĂ TABEL 2.12: Rata sărăciei în funcţie de etnie şi mediu de rezidenţă, în 2013 (%)

	Non-Roma	Roma
Rural	5.6	37.0
Urban	1.6	28.0

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele ABF 2013.

ANEXĂ TABEL 2.13: Procentul persoanelor sub 60 de ani care trăiesc în gospodării cu o intensitate foarte scăzută a muncii din diferite tipuri de zone geografice 2012

	2012
Zone dens populate	5.5
Zone intermediare	7.4
Zone slab populate	9.0
Total	7.4

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele EU-SILC 2008-2012.

ANEXĂ TABEL 2.14: Procentul persoanelor cu vârste între 16 şi 59 de ani care trăiesc în gospodării cu o intensitate foarte scăzută a muncii, în funcţie de studii, 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Studii primare	20.0	21.7	18.9	17.8	18.0
Studii gimnaziale	11.0	9.8	9.2	9.8	9.6
Studii liceale	7.1	6.4	5.8	5.5	6.6
Educație postliceală non-universitară	8.6	8.6	8.1	9.0	9.2
Învățământ terțiar	2.0	2.2	2.2	2.1	3.8
Vârsta<=16 ani	5.6	6.7	3.7	3.0	4.6
Total	8.2	7.6	6.8	6.6	7.3

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele EU-SILC 2008-2012.

ANEXĂ TABEL 2.15: Procentul persoanelor afectate de lipsuri materiale grave, 2008-2012

Nu îşi permit să ...	2008	2009	2010	2011	2012
... plece în vacanță	75.7	75.6	77.1	76.1	75.2
... dețină un automobil	48.8	46.6	43.6	41.3	39.6
... să consume carne sau alte proteine în mod frecvent	19.5	23.7	21.4	21.9	23.7
... să facă față unor cheltuieli neașteptate	41.9	41.8	44.7	50.5	53.2
... să plătească chiria, ipoteca sau facturile la utilități	0.4	0.6	0.4	0.6	0.6
... să își mențină locuința încălzită adecvat	13.9	14.9	16.1	17.3	18.1
... să cumpere o maşină de spălat	20.2	17.8	15.5	13.7	12.9
... să dețină un telefon	12.4	9.4	7.2	6.6	5.8
... să cumpere un televizor color	2.6	2.2	1.8	1.4	1.5

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele EU-SILC 2008-2012.

ANEXĂ TABEL 2.16: Procentul persoanelor afectate de lipsuri materiale grave, în funcţie de zonă/ mediu de rezidenţă, 2012

Nu îşi permit să ...	Zone slab populate	Zone dens populate/ intermediare
... plece în vacanță	86,2	67,1
... dețină un automobil	46,8	34,3
... să consume carne sau alte proteine în mod frecvent	29,1	19,8
... să facă față unor cheltuieli neașteptate	59,5	48,6
... să plătească chiria, ipoteca sau facturile la utilități	0,2	0,8
... să își mențină locuința încălzită adecvat	17,5	18,6
... să cumpere o maşină de spălat	22,4	5,9
... să dețină un telefon	9,8	2,9
... să cumpere un televizor color	2,7	0,6

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele EU-SILC 2012.

ANEXĂ TABEL 2.17: Procentul persoanelor afectate de lipsuri materiale grave, în funcţie de nivelul de educaţie (2008-2012)

	2008	2009	2010	2011	2012
Studii primare	52.9	50.9	51.0	47.2	46.9
Studii gimnaziale	43.2	41.4	40.7	38.9	38.0
Studii liceale	25.7	25.5	24.9	24.3	25.3
Educație postliceală non-universitară	15.9	15.0	13.1	11.1	11.7
Primul ciclu de învățământ terțiar	6.6	8.1	9.0	9.0	8.8
Vârsta<=16 ani	39.3	40.1	36.7	36.0	38.6
Total	32.9	32.2	31.0	29.4	29.9

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele EU-SILC 2008-2012.

ANEXĂ TABEL 2.18: Procentul populaţiei expuse riscului de sărăcie sau excluziune socială, 2008-2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Persoane expuse riscului de sărăcie sau excluziune socială (AROPE)	44.2	43.1	41.4	40.3	41.7	40.4
Populația expusă riscului de sărăcie relativă după transferuri sociale (AROP)	23.4	22.4	21.1	22.2	22.6	22.4
Persoane afectate de lipsuri materiale grave (SMD)	32.9	32.2	31	29.4	29.9	28.5
Persoane care trăiesc în gospodării cu o intensitate foarte scăzută a muncii (populația cu vârste între 0 şi 59 de ani) (VLWI)	8.3	7.7	6.9	6.7	7.4	6.4

Sursa: Eurostat.

ANEXĂ TABEL 2.19: Ratele prognozate ale sărăciei ancorate şi sărăciei relative, 2012-2020

	Rata sărăciei relative			Rata sărăciei ancorate (pragul sărăciei ancorat în 2012)		
	Creştere scăzută	Creştere moderată	Creştere ridicată	Creştere scăzută	Creştere moderată	Creştere ridicată
2012	22.5	22.5	22.5	22.5	22.5	22.5
2013	23.1	23.1	22.8	21	21	21
2014	22.9	22.8	22.3	20.3	19.9	19.6
2015	22.9	22.4	22.5	19.4	18.7	18.7
2016	22.7	22.3	22.3	18.8	18.1	17.6
2017	22.9	22.5	22.2	18.2	17.1	16.3
2018	22.9	22.5	22.1	17.4	15.5	14.5
2019	23	22.7	22.2	16.7	14.4	13
2020	23.1	22.7	21.6	15.9	13.4	11.2

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele EU-SILC şi trei scenarii principale.

ANEXĂ TABEL 2.20: Reducerea numărului de persoane sărace în scenariul cel mai optimist, 2012-2020

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Diff 2020-2012
Populație estimată 2012-2020 (mii persoane)	20,071	20,020	19,988	19,964	19,935	19,904	19,873	19842	19,810	
Rata estimată a sărăciei (%)	22.5	23	22	23	22.3	22.2	22.1	22.2	21.6	
Numărul estimat al persoanelor sărace dacă nu se modifică dimensiunea populației (mii persoane)	4,516	4,576	4,476	4,516	4,476	4,456	4,436	4,456	4,335	-181
Numărul estimat al persoanelor sărace dacă se modifică dimensiunea populației (mii persoane)	4,516	4,565	4,457	4,492	4,445	4,419	4,392	4,405	4,279	-237

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele EU-SILC şi trei scenarii principale.

II. Asumpții ale modelului de prognoză a sărăciei

Exercițiul de estimare a sărăciei se bazează pe un micromodel al forței de muncă cu caracter macrodemografic, ce urmăreşte cuantificarea reducerii probabile a sărăciei monetare relative între 2014 şi 2020. Modelul este utilizat pentru a evalua în ce condiții va atinge România ținta privind sărăcia şi ce combinație de creştere economică, ocupare a forței de muncă, creştere a salariilor şi politici concepute pentru a mări veniturile populației sărace ar asigura îndeplinirea obiectivului. Modelul utilizează datele EU-SILC 2012 pentru a simula indicatorii riscului de sărăcie şi ai sărăciei ancorate pentru perioada 2014-2020.

Modelul de prognozare a sărăciei se bazează pe un set de ipoteze macroeconomice, demografice şi legate de forța de muncă:

- Au fost modelate trei posibile scenarii de creştere economică - un scenariu de creştere economică scăzută, de bază şi ridicată (Tabel 2.21, coloanele din mijloc). Prognozele corespund celor realizate de FMI, Banca Mondială şi Uniunea Europeană în septembrie 2014. Conform scenariului de creştere economică scăzută, se preconizează că PIB-ul pe cap de locuitor al României va creşte cu 2,2 până la 2,5% pe an în cursul perioadei prognozate. Conform scenariului de creştere economică ridicată, creşterea PIB-ului pe cap de locuitor se realizează treptat, de la 3% în 2014 până la 5% în intervalul 2018-2020.
- Există trei scenarii privind creşterea gradului de ocupare a forței de muncă aferente fiecărui scenariu de creştere economică (Tabel 2.21, primele coloane). Conform scenariului de creştere scăzută, ponderea persoanelor active din cohorta de 20-64 de ani creşte de la 63,8% în 2012 la 64,9% până în 2020, sau cu 1 punct procentual în cei opt ani. Această prognoză se află în concordanță cu creşterea redusă a ocupării forței de muncă realizată în deceniul precedent. Conform scenariului de bază, gradul de ocupare a forței de muncă creşte cu 3,6 puncte procentuale. Conform scenariului de creştere ridicată (foarte optimist), rata de ocupare a forței de muncă creşte treptat şi atinge 70% până în 2020, care este obiectivul de ocupare a forței de muncă al României potrivit strategiei Europa 2020 (o creştere de 6,2 puncte procentuale în opt ani).
- Se presupune că productivitatea muncii rămâne constantă în toate cazurile, în timp ce tendințele privind educația derivă din prezumpția că România îşi va atinge, până în 2020, obiectivele naționale din domeniul educației stabilite în strategia Europa 2020.

ANEXĂ TABEL 2.21: Scenarii de creştere pentru România

	Rata de ocupare a forței de muncă (20-64 ani)			Rata de creştere a PIB			Productivitatea muncii (rata de creştere, pe oră)	% din grupa de vârstă 18-24 de ani cu cel mult studii gimnaziale	Studii terțiare absolvite în grupa de vârstă 30-34 de ani
	Scăzută	De bază	Ridicată	Scăzută	De bază	Ridicată			
2012	63.8	63.8	63.8						
2013	63.6	64.1	64.5	3.5	3.5	3.5	1.5	14.8	20.2
2014	64.0	64.6	65.2	2.5	2.7	3.0	1.7	14.3	21.3
2015	64.4	65.1	65.9	2.6	3.1	3.5	2.0	13.8	22.1
2016	64.6	65.6	66.7	2.5	3.7	4.0	2.4	13.3	23.0
2017	64.7	66.1	67.4	2.5	3.9	4.5	2.7	12.8	24.0
2018	64.8	66.5	68.1	2.5	4.0	5.0	2.7	12.3	25.0
2019	64.8	66.8	68.9	2.2	4.1	5.0	2.7	11.8	26.0
2020	64.9	67.4	70.0	2.2	4.1	5.0	2.7	11.3	26.7

Modificările ipotetice înregistrate la nivelul creşterii economice, ocupării forței de muncă, productivității muncii şi educației din Tabelul 2.21 au fost apoi încorporate într-un model microeconomic, folosind date din ancheta EU-SILC 2012 a României, aceeaşi anchetă care este utilizată pentru a urmări progresul realizat față de ținta referitoare la sărăcia monetară relativă (AROP) şi rata ancorată a sărăciei.[551]

Modelul este, de asemenea, calibrat în funcție de modificările prognozate la nivel demografic şi în legătură cu participarea la piața muncii[552]. În perioada 2012-2020, nivelul si structura populației României se vor modifica semnificativ (vezi Tabelul 2.22). Se preconizează că populația totală va scădea cu 177.000 de persoane. Această modificare va afecta diferit grupele de vârstă. În timp ce cohorta de vârstă înaintată (persoane de 65 de ani şi peste) se preconizează că va creşte cu 436.000 de persoane, populația în vârstă de muncă (cei cu vârste de la 20 până la 64 de ani, inclusiv) se va micşora cu 557.000 de persoane, iar numărul de copii (până la 20 de ani) cu 56.000. Deci, populația în vârstă activă va scădea, în timp ce populația vârstnică va creşte, punând presiuni şi mai mari asupra veniturilor din impozitele pe venit şi conducând la o creştere a cererii de pensii, asistență medicală şi servicii de îngrijire a vârstnicilor.

ANEXĂ TABEL 2.22: Principalele modificări ale structurii demografice, 2014-2020 (în mii de persoane)

Grupe de vârstă	An							Modificare 2014-2020
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
0-14	3,133	3,127	3,117	3,116	3,117	3,113	3,110	-24
15-19	1,093	1,088	1,092	1,090	1,081	1,071	1,061	-32
20-64	12,464	12,368	12,270	12,174	12,083	12,002	11,907	-557
peste 65	3,297	3,381	3,457	3,524	3,592	3,656	3,733	436
Total	19,987	19,964	19,935	19,904	19,873	19,842	19,810	-177

Sursa: Modelul PROST al Băncii Mondiale pentru România.

La nivelul micromodelului, populația ocupată a fost determinată în funcție de populația în vârstă de muncă prognozată (Tabel 2.22) şi rata scăzută, de bază şi ridicată de ocupare a forței de muncă (Tabel 2.21). S-a recurs şi la alte presupuneri privind rata şomajului pentru a estima numărul de şomeri din perioada prognozată. Suma persoanelor ocupate şi a şomerilor reprezintă populația activă totală din fiecare an.

În final, modelul a încorporat modificările prevăzute privind acoperirea (presupusă stabilă) şi valoarea reală a pensiei pentru limită de vârstă, aşa cum este prognozată de modelul PROST. Raportul dintre pensia medie şi salariul mediu, totuşi, este prevăzut a scădea cu circa 10% în perioada 2014-2020, conform formulei de indexare elveține folosite în primul pilon al sistemului de pensii din România. Această modificare este încorporată în model.

Modificările privind mărimea grupelor de persoane ocupate şi şomeri au fost introdus în micromodel prin schimbarea ponderilor categoriilor respective.

[551] Pentru fiecare dintre anii prognozați, am modificat venitul gospodăriilor din eşantion în baza modificărilor ipotetice privind distribuția educației, ocuparea forței de muncă, productivitatea muncii şi creşterea preconizată a PIB-ului. Modelul a ajustat şi distribuția educației astfel încât să o reflecte pe cea preconizată pentru anul respectiv; această ajustare afectează numai persoanele din grupa de vârstă 20-34 de ani. Ocuparea forței de muncă a fost de asemenea ajustată pentru a atinge ratele de ocupare a forței de muncă ale grupei de vârstă 20-64 de ani din anul respectiv. Statutul persoanelor şomere/ inactive cu cea mai mare probabilitate de a fi angajate a fost modificat în „persoane ocupate" până când numărul total al persoanelor ocupate a atins nivelul de ocupare a forței de muncă proiectat pentru acel an. Am stabilit venituri pentru aceste persoane preconizate a trece de la inactivitate la angajare în funcție de nivelul lor de educație, sectorul de activitate, experiența profesională şi alte variabile din datele de anchetă. Tuturor persoanelor ocupate (sau care se preconizează că vor trece de la inactivitate la angajare) am atribuit aceeaşi creştere a veniturilor, egală cu creşterea presupusă a productivității muncii. Se presupune că nivelul transferurilor sociale către gospodării rămâne acelaşi în termeni reali (cu alte cuvinte cresc numai cu rata preconizată a inflației). Prin modificarea veniturilor gospodăriilor din eşantion în baza acestor presupuneri, modelul a generat o nouă distribuție a veniturilor, simulată, pentru fiecare an al perioadei prognozate.

[552] Prognoza demografică a fost preluată de la Institutul Național de Statistică. Alte modificări demografice, cum ar fi modificarea gradului de ocupare formală a forței de muncă, a ocupării informale a forței de muncă, a numărului de pensionari şi a valorii reale a pensiilor acestora, au fost simulate prin modelul PROST al Băncii Mondiale.

Anexa 3. Ocuparea forţei de muncă

I. Date statistice

ANEXĂ TABEL 3.1: Caracteristici cheie ale grupurilor NEETD din chintila inferioară

Grup	Dimensiune	Scurtă descriere	Bărbați (%)	Urban (%)	Vârstă modală	Cel puțin liceu (%)	Necăsătorit (%)	Copii <15 (Medie)	Copii <16 (Medie)
1	24	Bărbați educați fără ocupație, din mediul urban	75	74	35-44	65	39	0.53	0.15
2	18	Femei căsătorite, de vârstă mijlocie, din mediul rural	12	31	35-44	62	0	0.81	0.27
3	17	Tineri inactivi, fără educație	28	67	15-24	25	49	0.1	0.0
4	11	Femei tinere, cu familie, din mediul rural	4	6	25-34	9	0	2.45	0.74
5	10	Tineri necăsătoriți de etnie romă	38	35	15-24	0	70	1.26	0.19
6	8	Şomeri cu studii din mediul rural	67	1	25-34	91	71	0.15	0.15
7	7	Femei de etnie romă, cu familie, din mediul urban	0	100	25-34	0	0	2.84	1.78
8	5	Cupluri tinere din mediul urban	47	97	25-34	52	0	2.28	0.85

Sursa: Bachas (2013).

ANEXĂ TABEL 3.2: Politici de activare

Categorie vulnerabilă	Politici de activare Policies
Şomeri cu studii din mediul urban	Consiliere şi asistență profesionale
Şomeri cu studii din mediul rural	Un obstacol suplimentar îl poate constitui cererea mică de la nivel local ->mai multe informații şi asistență pentru căutarea unui loc de muncă
Femei inactive cu studii	Acordarea de oportunități profesionale prin crearea unor unități de îngrijire a copilului
Cupluri tinere şi de vârstă medie	Educație de tipul „A doua şansă”, recalificare țintită pentru o nouă ocupație
Tineri şomeri care au abandonat şcoala timpuriu	Dezvoltarea timpurie a capitalului uman (prin CCT), învățământ profesional
Femei inactive cu puțină experiență de lucru şi cu mulți copii	Abordarea barierelor ce împiedică ocuparea forței de muncă

Obstacole în creştere

Sursa: Bachas (2013).

II. Stabilirea profilului persoanelor aflate în căutarea unui loc de muncă

În România nu există, la nivel național, un model sistematic de stabilire a profilului solicitanților de locuri de muncă ce să contribuie la clasificarea acestora, aşa cum se practică în unele țări, ca de exemplu în Australia, Germania, Irlanda, Danemarca, Franța şi Serbia.

Un avantaj al acestor sisteme de stabilire a profilului este că acestea pot reduce costurile implicate în pregătirea clienților pentru angajare, permițând astfel serviciilor de ocupare a forței de muncă să aloce mai multe resurse asistării categoriilor dezavantajate care sunt greu de activat. O modalitate de dezvoltare a actualei abordări de autoasistență ar fi să se ofere posibilitatea persoanelor aflate în căutarea unui loc de muncă să completeze un instrument de „stabilire a profilului" online sau pe hârtie, pentru cei care nu au acces la TIC. Aceasta ar permite clasificarea clienților autoînregistrați şi prioritizarea interviurilor cu cei care au cea mai mare nevoie. Clienții a căror autoevaluare indică faptul că nu au nevoie de un interviu în profunzime pot fi încurajați să utilizeze calea autoasistenței în căutarea unui loc de muncă şi să se înscrie la cursuri de formare profesională sau la stagii de practică online.

ANEXĂ TABEL 3.3: Realizarea profilurilor în sistemul public de ocupare a forţei de muncă din Serbia

Niveluri de realizare a profilului	Servicii furnizate:
Nivelul 1 Clienți cu angajabilitate crescută pe piața deschisă a muncii şi cărora li se oferă servicii de mediere de bază de către SPO.	Informare şi identificarea locurilor de muncă Târguri de locuri de muncă pentru romi
Nivelul 2 Clienți cu angajabilitate pe piața deschisă a muncii, dar care necesită asistență prin serviciile active de căutare de locuri de muncă ale SPO.	Informare şi identificarea locurilor de muncă Pregătirea CV-ului şi tehnici de interviu - căutare activă de locuri de muncă Cluburi de locuri de muncă
Nivelul 3 Clienți care au nevoie de asistență intensivă din partea SPO	Instruire pentru „autoeficiență" Seminarii organizate înainte de cluburile de locuri de muncă pentru a ajuta această categorie de clienți să participe la astfel de cluburi Subvenții pentru angajare Programe de lucrări publice Programe de educație suplimentară
Nivelul 4 Clienți pentru care medierea pe termen scurt nu este posibilă fără asistență intensivă pentru reintegrarea lor pe piața muncii	Consiliere individuală intensivă Evaluarea capacității de lucru Instruire pentru „autoeficiență" Reabilitare socială şi profesională

Sursa: Comunicare a Serviciului Public de Ocupare din Serbia, 2010.

Realizarea profilului este, în prezent, unul dintre domeniile cheie de experimentare şi studiu în Europa (există deja lungă tradiție de realizare a profilurilor în SUA). Realizarea profilului este, în esență, un mod de a identifica clienții cu cele mai mari nevoi atunci când se înregistrează la serviciul public de ocupare, astfel încât resursele să fie direcționate corect şi eficient din punctul de vedere al costurilor (vezi modelul sârb descris mai sus). Ideea este că se intervine mai puțin în cazul clienților care se pot descurca singuri decât în cazul celor care chiar au nevoie de ajutor. Această abordare susține conceptul unui sistem intern dual de stabilire a tarifelor, aşa cum este practicat de unele servicii publice de ocupare din UE şi țările OCDE, astfel încât să poată fi alocate mai multe resurse financiare clienților care au nevoie de asistență extensivă şi care sunt greu de plasat pe piața muncii.

Există un număr de abordări care pot fi utilizate pentru a realiza profiluri, abordarea econometrică generând cel mai mare interes printre profesionişti, în prezent. Caracteristicile fiecărei abordări pot fi descrise după cum urmează:

- Evaluare de către un consilier. În această abordare, care este utilizată în prezent în ANOFM din România, evaluarea riscului de şomaj de lungă durată al clienților este efectuată numai de către personalul serviciului de ocupare a forței de muncă pe baza interviurilor. Evaluarea riscului poate fi mai mult sau mai puțin oficială din punctul de vedere al utilizării chestionarelor şi a listelor de verificare. Principalele avantaje ale acestei abordări sunt că aceasta identifică factorii de risc specifici individului şi, astfel, facilitează evaluarea nevoilor. Cât despre dezavantaje, abordarea este costisitoare, iar acuratețea evaluării poate varia substanțial în funcție de mediatorii ocupării forței de muncă.
- Verificare de grup. În această abordare, riscul de şomaj de lungă durată este determinat pe baza apartenenței sau nu a unui individ la unul sau mai multe grupuri țintă de risc, evaluare care este efectuată, de obicei, de către personalul serviciului de ocupare a forței de muncă, folosind analize statistice. Principalele avantaje ale abordării sunt costurile mici şi obiectivitatea având în vedere că evaluarea nu necesită contribuția consilierilor. Dezavantajul abordării este că nu ia în calcul caracteristicile şi factorii de risc specifici fiecărei persoane, deoarece evaluarea este bazată numai pe caracteristici de grup.
- Modelul econometric (statistic). În abordarea econometrică, toate caracteristicile fiecărui client sunt introduse într-un model matematic bazat pe indicatori statistici şi pe cunoaşterea relațiilor cauzale. Modelul calculează apoi un coeficient de risc pentru fiecare client. Principalele avantaje ale acestei metode includ costurile sale mici, obiectivitatea acesteia şi combinația între teorie şi date empirice. Dezavantajele modelului includ lipsa lui de flexibilitate, complexitatea construirii modelului şi nevoia de date statistice privind caracteristicile şi rezultatele persoanei aflate în căutare de locuri de muncă, ce trebuie actualizate în mod periodic. Introducerea abordării econometrice necesită mai mult timp decât alte metode deoarece aceasta trebuie precedată de cercetare pentru a stabili factorii econometrici ce urmează a utilizați în realizarea profilului. În consecință, timpul necesar pentru a introduce modelul econometric este de aproximativ doi ani.

Instrumentul de clasificare a persoanelor aflate în căutarea unui loc de muncă din Australia (JSCI) se bazează pe modelul econometric şi calculează riscul de şomaj de lungă durată în funcție de o serie de caracteristici individuale. Pe baza rezultatelor JSCI obținute, persoanele aflate în căutarea unui loc de muncă sunt îndrumate către serviciile de forță de muncă australiene (Job Services Australia) pentru a beneficia de nivelul de asistență care se potriveşte cel mai bine nevoilor lor. Dacă JSCI indică faptul că un client are nevoie de cea mai intensivă asistență din partea Job Services Australia sau de asistența furnizată de serviciile de ocupare a persoanelor cu dizabilități, persoana în căutare de loc de muncă va fi supusă unei alte evaluări cuprinzătoare a capacității de muncă înainte de a fi trimisă la serviciul specializat cel mai potrivit.

JSCI calculează riscul de şomaj de lungă durată pe baza a 14 caracteristici individuale, după cum urmează:

- Vârstă
- Sex
- Limbă şi nivel de alfabetizare
- Dizabilități sau afecțiuni medicale
- Experiență de muncă recentă sau lipsa acesteia
- Stabilitate locativă
- Rezultate educaționale
- Cazier judiciar
- Caracteristici personale care necesită analiză profesională sau specializată
- Statut de indigen/ născut în Australia/ originar din insulele din Marea Sudului
- Țara de origine
- Localizare geografică
- Calificări profesionale
- Statut familial/ aranjamente locative
- Contact (posibilitate de utilizare a unui telefon)

Numai persoanele aflate în căutarea unui loc de muncă expuse unui risc ridicat sunt consiliate imediat de către managerii lor de caz, în timp ce cele expuse unui risc scăzut sunt eligibile pentru instruire în vederea căutării unui loc de muncă numai după câteva luni. Având în vedere datele extensive disponibile în prezent Agenției Naționale pentru Ocuparea Forței de Muncă din România, se recomandă luarea în considerare a acestei abordări.

III. Evaluarea rezultatelor programelor de activare pe piaţa muncii

Un sistem sustenabil de măsurare a rezultatelor programelor de activare pe piața muncii este dezbătut în documentul Perspective privind ocuparea forței de muncă al OCDE pentru anul 2005.[553] Acest sistem depinde de existența unor baze de date interconectate, cum ar fi acelea care sunt sau vor fi disponibile ANOFM. Autorii raportului OCDE au propus ca SPO să urmărească rezultatele privind ajutoarele sociale, ocuparea şi câştigurile pentru participanții la program pe o perioadă de până la cinci ani în vederea identificării programelor cu impact benefic real pe termen lung. Aceştia au sugerat că aprecierea unei solide unități de măsură a rezultatelor pe termen lung se poate face prin formula „B + tW", unde B reprezintă prestațiile sociale economisite, t este rata impozitului şi W reprezintă totalul câştigurilor obținute de participanți (produsul dintre rata de ocupare a forței de muncă şi valoarea salariilor). Aceştia continuă prin a sugera că „atunci când se măsoară impactul pe perioade lungi, câştigurile care sunt incluse în această formulă pot fi relativ mari. Managementul eficient al performanței, cu rezultatele evaluate conform formulei (B + tW), nu numai că ar reduce şomajul total, dar ar creşte şi furnizarea unor servicii substanțiale de ocupare a forței de muncă ce îmbunătățesc gradul de ocupare pe termen lung şi rezultatele privind câştigurile. Ar îmbunătăți de asemenea soldul financiar net al guvernului deoarece, potrivit criteriului (B + tW), programele sunt selectate atunci când economiile din ajutoarele sociale şi sumele mai mari colectate din impozite pe care le generează depăşesc costul acestora."

Un exemplu practic al modului în care pot fi calculate economiile din ajutoarele sociale, rata impozitului şi economiile din salarii este aplicarea pe termen scurt a sistemului de măsurare a rezultatelor la nivelul cluburilor de locuri de muncă din Irlanda şi al intervențiilor similare din Zonele de angajare ale Jobcentre Plus din Marea Britanie. Costul curent al plasării imediate a unei persoane în cadrul unui club de locuri de muncă[554] din Irlanda este de 800 de euro atunci când sunt luate în calcul toate costurile de capital şi de personal ale clubului. Rata de impozitare a salariului pentru acea persoană în primele şase luni de angajare (600 euro până la 1.000 euro în total, în funcție de locul de muncă) poate depăşi costul intervenției clubului. Economisirea ajutorului de şomaj (să spunem 720 de euro pe lună înmulțit cu şase) se adaugă câştigului din impozit. Dacă solicitantul de loc de muncă astfel plasat este urmărit pe o perioadă îndelungată, economia pentru guvern este în multe cazuri chiar mai substanțială, folosind formula B+ tW. De aceea, este clar că intervențiile simple şi active de căutare a unui loc de muncă desfăşurate de cluburile de locuri de muncă pe o piață normală a muncii pot reprezenta unele dintre cele mai eficiente şi mai rentabile măsuri proactive de ocupare a forței de muncă pe care le au la dispoziție guvernele.

IV. Programul de garanţie pentru tineret din România, 2014–2015

În România, vor fi înființate 22 de centre de garanție pentru tineret în următorul an, existând deja 10 care au început să funcționeze recent. Acestea vor funcționa ca centre de informare şi angajare, folosind multe dintre instrumentele şi serviciile existente ale ANOFM. Centrele sunt concepute pentru a oferi un pachet de servicii mai cuprinzător decât gama de servicii furnizată de agențiile locale de ocupare a forței de muncă, inclusiv oportunități de educare şi formare, precum şi mediere pentru angajare. Unul dintre motivele înființării acestor centre este reținerea percepută a multor tineri aflați în căutarea unui loc de muncă de a folosi serviciile actualului SPO în orice alt scop decât acela de a îndeplini condițiile necesare pentru primirea ajutoarelor băneşti. Existența unui serviciu care funcționează în paralel, dar este conectat la ANOFM ar putea avea implicații la nivelul modului în care se va gestiona pe viitor furnizarea serviciilor privind piața muncii tinerilor.

Serviciile planificate a fi implementate prin Inițiativa Garanției pentru Tineret în 2014 şi 2015 includ:

1. Măsuri timpurii de intervenție şi activare

- O bază de date integrată privind şomajul în rândul tinerilor

[553] OCDE (2005).
[554] Rata de plasare este în medie de 70% în cazul clienților pregătiți pentru angajare.

- Campanii de informare în şcoli
- Extinderea sistemelor de autoasistență şi implementarea acestora la nivel local, mai ales în zonele rurale
- Continuarea programelor „A doua şansă la o educație primară şi gimnazială" şi „Bani de liceu"

2. Măsuri de integrare pe piața muncii

- Măsuri de activare pentru desfăşurarea unei activități independente şi antreprenoriale
- Consiliere şi îndrumare profesională
- Formare profesională
- Alocații de mobilitate
- Plăți stimulatorii pentru angajatori
- Programe pilot de garanție pentru tineret.

V. O inițiativă de pregătire a personalului în vederea profesionalizării activității consilierilor şi a mediatorilor ANOFM

Abordarea avută în vedere este ca ANOFM să încheie un contract cu o universitate (fie cu o facultate de psihologie, fie cu departamentul de educație/ consiliere a adulților) pentru a furniza împreună un program de pregătire, pe două niveluri, adresat consilierilor şi mediatorilor pentru angajare şi altor categorii de personal care lucrează în prima linie în domeniul ocupării forței de muncă. Primul nivel (cu frecvență redusă, timp de şase luni) va fi furnizat întregului personal relevant şi va consta într-o introducere în orientarea profesională în cadrul SPO. Al doilea nivel (vezi Anexă Caseta 3. 1 de mai jos) va fi inițial furnizat unui număr selectat de absolvenți ai primului nivel, fiind necesari doi ani pentru absolvirea acestuia, cu o frecvență redusă. Scopul final va fi acela ca cea mai mare parte a personalului doritor, ce lucrează în prima linie în domeniul ocupării forței de muncă, să beneficieze de pregătire la al doilea nivel. Cursurile descrise în Anexă Caseta 3. 1 au fost elaborate în Irlanda de către National University of Ireland, din Maynooth,[555] iar în România o astfel de inițiativă ar trebui dezvoltată de la zero, luând în considerare condițiile locale şi o analiză a nevoilor de formare.

Dacă există condițiile potrivite, primul nivel de pregătire poate fi implementat rapid. În Irlanda, acesta este furnizat într-un cadru deschis de învățare, care integrează materiale de învățare pentru studiu acasă şi seminarii. Metodologia seminariilor va fi bazată pe o abordare practică, ce încurajează cursanții să se angajeze într-un proces de învățare prin reflecție critică. Cursul va explora modelele şi abordările din sfera îndrumării şi a consilierii, dar şi analize ale cazurilor clienților, reflecții privind bunele practici şi competențe de îndrumare aplicate. Temele seminariilor ar putea include:

- Dezvoltarea adulților şi procesul de îndrumare
- Modele de îndrumare a adulților
- Competențe de îndrumare aplicate
- Sistem de asistență, contacte şi limite
- Schimbare, tranziție şi pierdere
- Înțelegerea agresiunii şi a conflictului
- Dezvoltarea unei vieți profesionale de calitate
- Încheierea proiectelor şi evaluare.

Procedurile de evaluare ar putea include demonstrarea competențelor la locul de muncă şi prezentări de caz, jurnale de învățare şi interviuri realizate de către formator. Pregătirea va furniza competențele şi strategiile utilizate în consiliere, informare şi îndrumare, evaluarea informațiilor şi a contactelor în contextul pieței muncii, lucrul efectiv cu alte persoane în echipe şi rețele, gestionarea relațiilor şi a limitelor în ceea ce priveşte clienții şi definirea rolurilor în diferite situații şi contexte.

[555] Acest model se bazează pe cursul pentru Certificatul de îndrumare şi consiliere, dezvoltat de Departamentul pentru Educația Adulților al National University of Ireland-Maynooth împreună cu SPO irlandez (FAS).

ANEXĂ CASETĂ 3.1

Programe de orientare profesională a adulților nivel 2 adresate consultanților în ocupare/ mediatorilor

Cursul își propune să dezvolte abilități de analiză critică a rolului profesional pe care participanții îl au, prin:

- Dezvoltarea cunoștințelor despre orientarea și consilierea adulților;
- Explorarea problemelor legate de marginalizare și excluziune și modul în care acestea influențează ocuparea și șomajul;
- Dezvoltarea abilității participanților de a lucra cu clienții lor;

Programul s-ar desfășura pe durata a doi ani universitari, în regim part-time și ar fi livrat într-un format de învățare deschis, care încorporează materiale în format electronic și ateliere de lucru.

Orele de curs includ 212 de ore de învățare individuală, de acasă și 216 de ore de atelier (în total 428 ore).

Atelierele vor fi furnizate în 2 x 3 zile și 6 x 2 sesiuni în fiecare an și un atelier cu durata de o săptămână cu teste psihometrice în primul an. Participanții sunt așteptați să participe, în medie, la un atelier pe lună.

Modul introductiv

Unitatea I: Ghidul cursului
Unitatea II: Abilități de învățare pentru adulții care revin la învățare
Unitatea III: Învățarea a un mod de a fi

1. Psihologia dezvoltării umane

Unitatea I: Tranziția la vârsta adultă
Unitatea II: Stadii de dezvoltare la vârsta adultă
Unitatea III: Dezvoltare și schimbare în contextul excluziunii sociale

2. Perspective sociologice privind munca, angajarea și viața de zi cu zi

Unitatea I: Munca, angajarea și viața de zi cu zi
Unitatea II: Muncă și șomaj
Unitatea III: Perspective istorice

3. Orientare profesională

Unitatea I: Informații despre carieră și tehnologia informației
Unitatea II: Teorie și practică privind dezvoltarea carierei
Unitatea III: Teorie și aplicare a practică a testării psihometrice

4. Munca în echipă

Unitatea I: Facilitarea în grup: abilități și stiluri
Unitatea II: Abordări experimentiale privind dinamica și procesele de grup
Unitatea III: Perspective teoretice privind munca în echipă

5. Teorie și practivă privind orientarea și consilierea

Unitatea I: Abilități de orientare aplicate
Unitatea II: Abilități de consiliere aplicate
Unitatea III: Perspective teoretice privind consilierea

6. Cercetare și metodologii de evaluare

Unitatea I: Abordări cantitative ale cercetării
Unitatea II: Abordări calitative ale cercetării
Unitatea III: Tehnici de cercetare aplicată

7. Psihologia muncii și a vieții de muncă

Unitatea I: Sisteme și dinamici organizaționale
Unitatea II: Managementul resurselor umane
Unitatea III: Psihologie ocupațională

8. Probleme profesionale în orientarea și consilierea adulților

Unitatea I: Lucrul cu persoane diferite
Unitatea II: Lucrul cu persoane cu dizabilități

Competențe aplicate: de două ori pe an, participanții sunt obligați să prezinte un interviu înregistrat, împreună cu un comentariu scris. Acest exercețiu va fi finalizat ținând cont atât aspectele teoretice, cât și de cele practice studiate pe parcursul cursului. Studiile de caz vor evalua capacitatea participanților de a demonstra o utilizare competentă a abilităților.

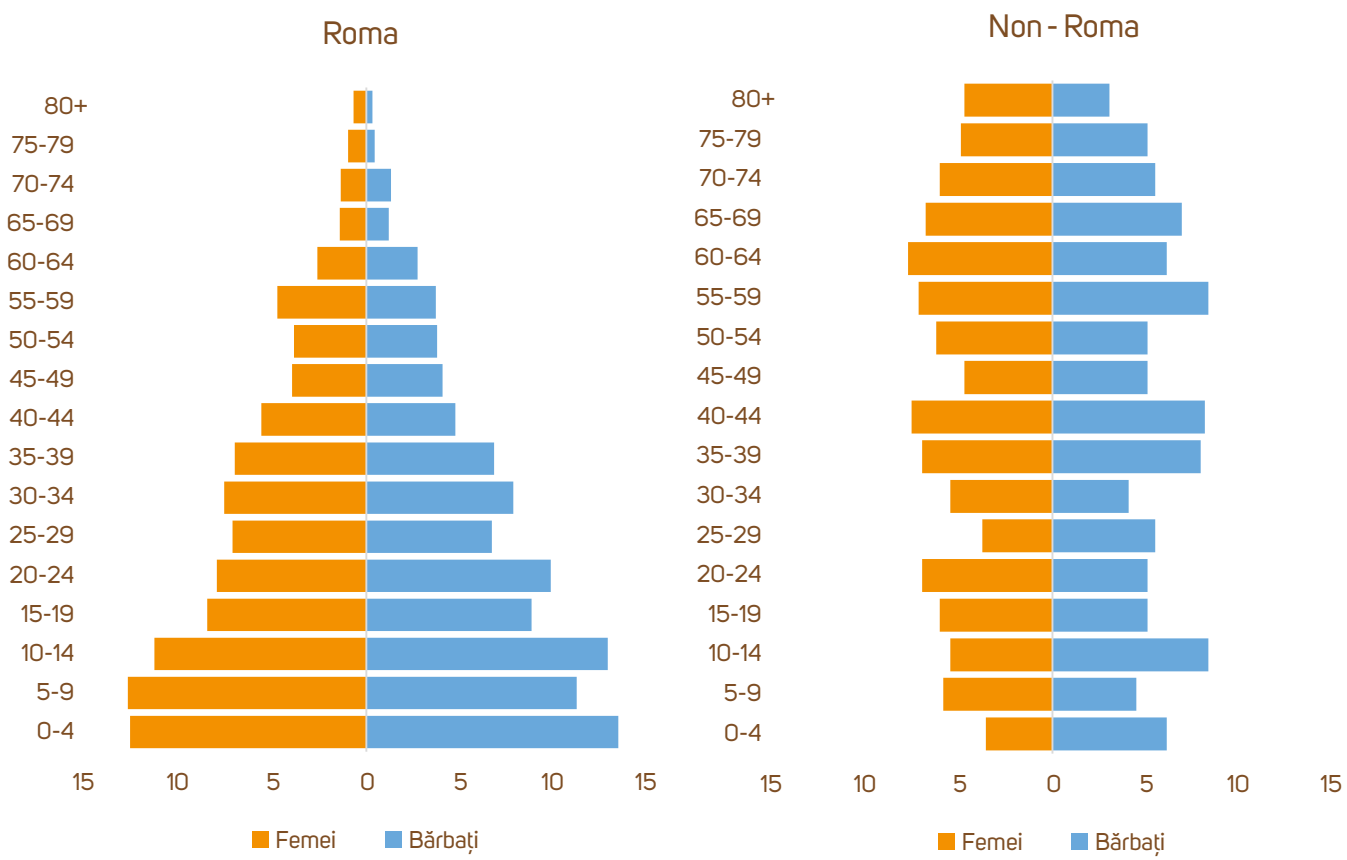
Un portofoliu de activități de învățare la domiciliu se va completa de către fiecare participant și va evalua înțelegerea materialului parcurs.

Eseu/Cercetare: Participanții trebuie să prezinte două eseuri pe durata cursului. Unul din ele trebuie să se fundamenteze pe informațiile acumulate în cadrul modulului de Teorie și practică în orientare și consiliere. Participanții vor finaliza, de asemenea, un proiect de cercetare care va integra perspective studiate în diverse module.

Autoevaluarea: De două ori pe întreaga durată a cursului, participanții vor depune o declarație privind dezvoltarea personală și progresul în învățare.

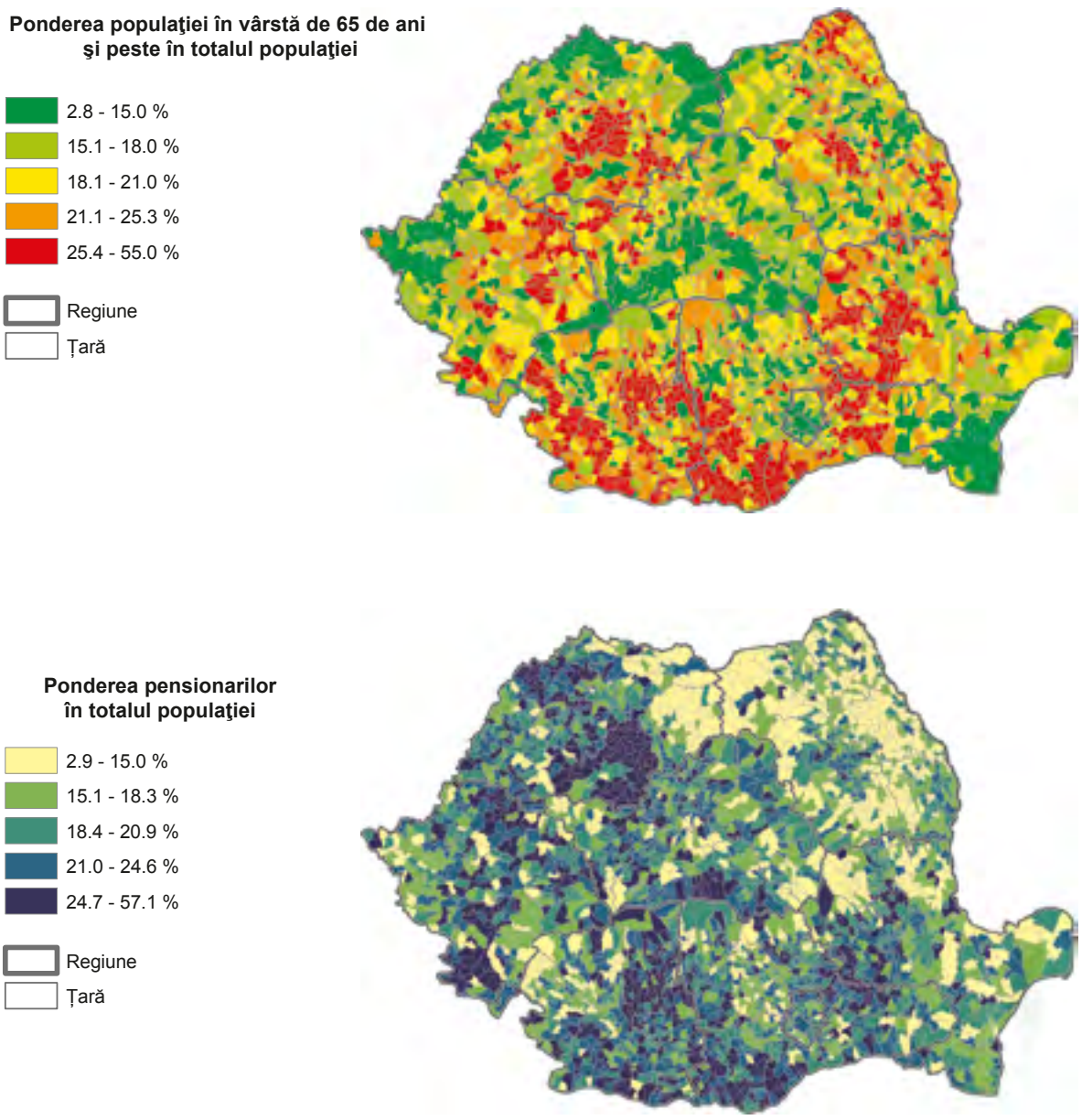
Anexa 4: Transferuri sociale

ANEXĂ FIGURA 4.1: Piramide contrastante ale populaţiei: Romii şi populaţia generală din România



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Studiului regional privind romii realizat de PNUD/ Banca Mondială/ CE în 2011.

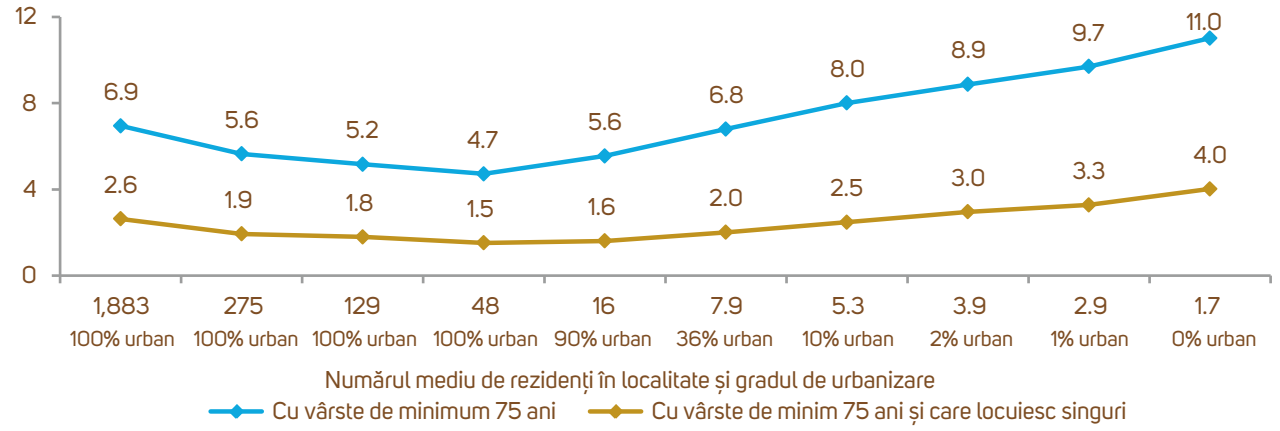
ANEXĂ FIGURA 4.2: Stânga: Ponderea populaţiei în vârstă de 65 de ani şi peste în totalul populaţiei, Dreapta: Ponderea pensionarilor în totalul populaţiei



Intervalele reprezintă chintile calculate la nivel de localitate.
Sursa: Date Recensământul Populației și Locuințelor 2011.
Cartografiere: ESRI, ArcGIS 10.1

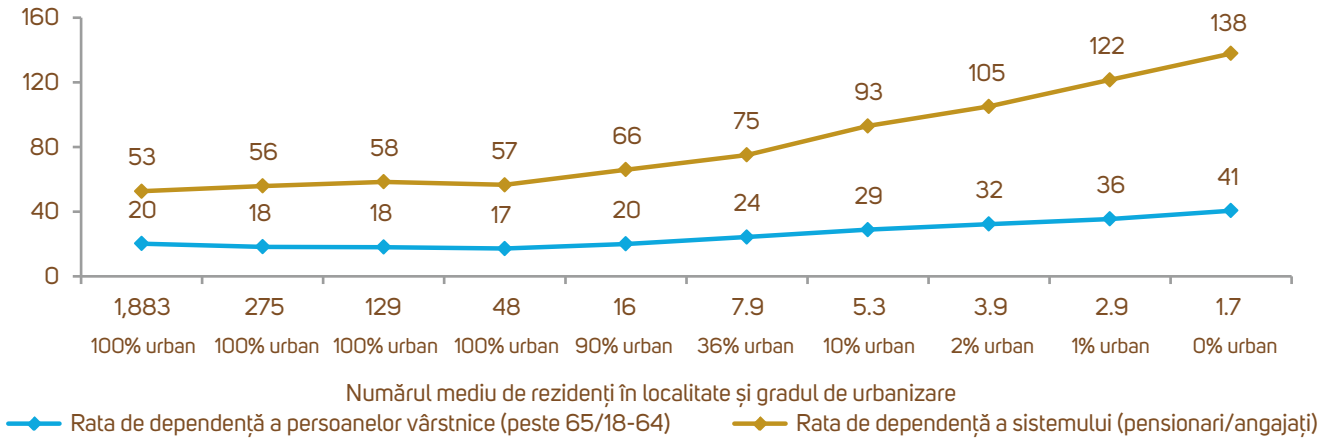
Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației şi al locuințelor 2011.

ANEXĂ FIGURA 4.3: Proporţia persoanelor în vârstă de peste 75 de ani care trăiesc singure, în funcţie de gradul de urbanizare, pe decile de populaţie



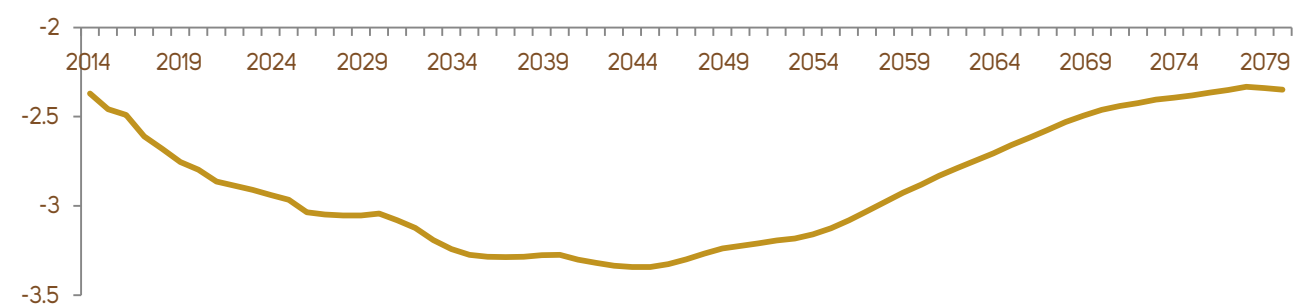
Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației şi al locuințelor 2011.

ANEXĂ FIGURA 4.4: Raportul de dependenţă demografică, în funcţie de gradul de urbanizare, pe decile de populaţie



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației şi al locuințelor 2011.

ANEXĂ FIGURA 4.5: Deficitul proiectat al sistemului de pensii de tip redistributiv, ca procent din PIB



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind sistemul PROST, pe baza datelor din 2013, furnizate de Ministerul Finanțelor Publice

Anexa 5: Servicii sociale

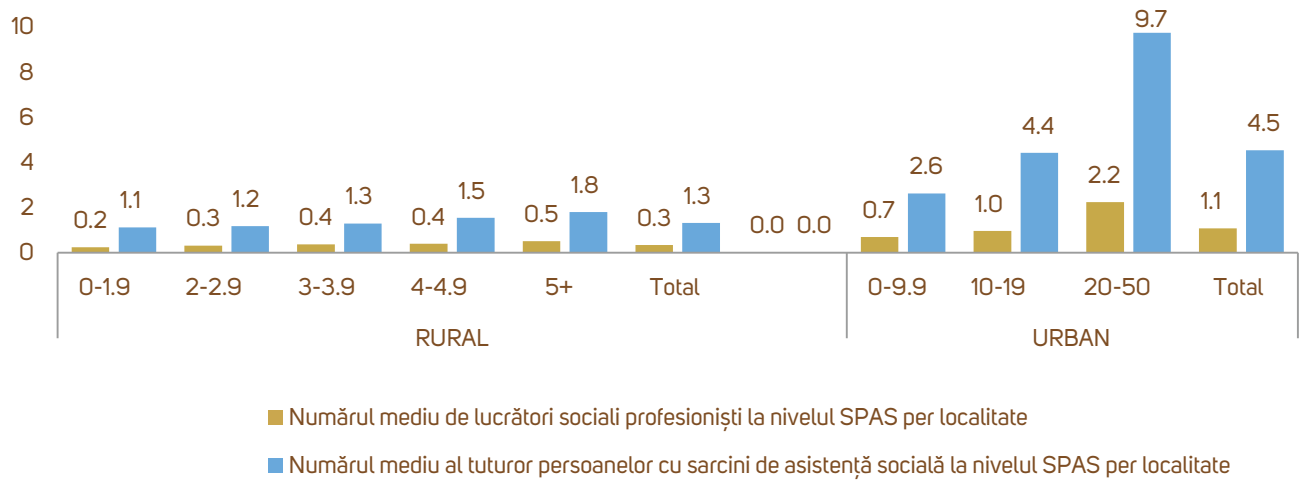
I. Date statistice

ANEXĂ TABEL 5.1: Administrative Organization of the SPAS at the Community Level (%)

	Direcție	Serviciu	Compartiment	Birou	Nicio structură specializată	Total	Număr de localități
Rural							
0-1.999 locuitori		4	46	3	47	100	751
2.000-2.999		6	54	3	38	100	782
3.000-3.999		10	57	4	29	100	603
4.000-4.999		13	60	3	24	100	326
peste 5.000 de locuitori		11	66	5	18	100	399
Total		8	55	3	34	100	2,861
Urban							
<10.000 locuitori	2	33	48	9	8	100	134
10.000-20.000	7	46	41	7	0	100	91
20.000-50.000	29	63	6	2	0	100	54
Total	8	43	38	7	4	100	279

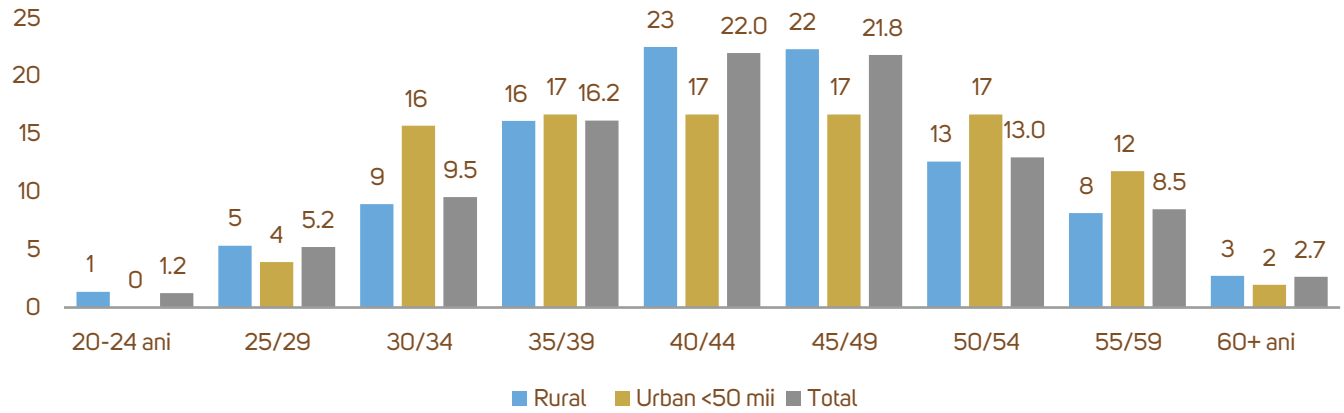
Sursa: Banca Mondială, „Servicii de asistență socială la nivel comunitar", mai 2014.

ANEXĂ FIGURA 5.1: Resurse umane la nivelul SPAS (mii locuitori)



Sursa: Banca Mondială, „Servicii de asistență socială la nivel comunitar", mai 2014.

ANEXĂ FIGURA 5.2: Distribuţia pe grupe de vârstă a personalului cu atribuţii de asistenţă socială la nivelul SPAS (%)



Sursa: Banca Mondială, „Servicii de asistență socială la nivel comunitar", mai 2014.
Notă: Localități urbane = cele cu mai puțin de 50.000 de locuitori.

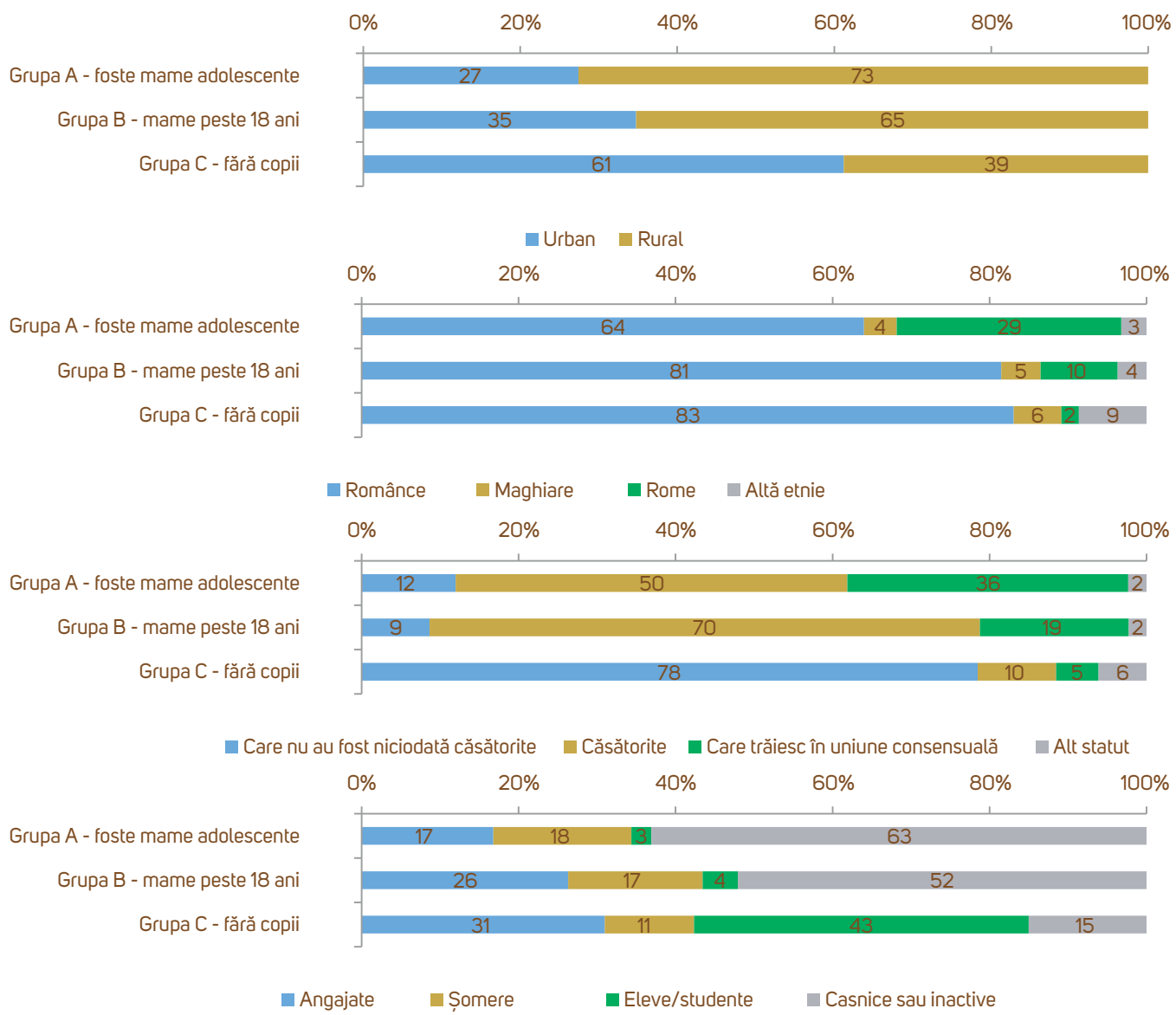
ANEXĂ TABEL 5.2: Participarea la educaţie a copiilor cu părinţi migranţi (%)

	% din copiii cu vârste de 6-9 ani cuprinşi în sistemul de educaţie	% din copiii cu vârste de 10-14 ani cuprinşi în sistemul de educaţie	% din copiii cu vârste de 15-17 ani cuprinşi în sistemul de educaţie
Copii cu ambii părinți acasă	75.5	97.3	92.8
Copii cu un părinte acasă şi celălalt plecat la muncă în străinătate	77.1	97.9	91.3
Copii cu ambii părinți plecați la muncă în străinătate	60.3	87.0	73.3
Copii cu un părinte acasă şi celălalt plecat la muncă în țară	77.2	97.5	92.1
Copii cu ambii părinți plecați la muncă în țară	65.3	89.4	86.8
Copii cu un părinte plecat la muncă în străinătate şi un părinte plecat la muncă în țară	67.1	93.8	89.9

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației şi al locuințelor 2011.

Notă: Părinții migranți sunt cei care au plecat la muncă sau studii în străinătate sau în țară, care sunt absenți din cadrul familiei timp de mai puțin de 12 luni.

ANEXĂ FIGURA 5.3: Comparaţii între tinerele femei (18-24 de ani) foste mame adolescente, cele care au avut primul copil după vârsta de 18 ani şi cele care nu au copii (%)



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației şi al locuințelor 2011.

II. Metodologia recensământului privind serviciile de asistenţă socială la nivelul comunităţii

Banca Mondială a realizat un recensământ al serviciilor publice de asistență socială (SPAS) în oraşele şi în comunitățile rurale din România, în mai 2014, pentru a obține datele necesare pentru realizarea Strategiei naționale privind incluziunea socială și reducerea sărăciei 2015-2020.

Scopul recensământului a fost acela de a cartografia toate persoanele cu atribuții în domeniul asistenței sociale angajate de autoritățile locale. Chestionarul a adunat informații cu privire la numărul de persoane cu atribuții în domeniul asistenței sociale, tipul de contract pe care îl aveau, nivelul lor de educație şi calificările, precum şi funcțiile lor în cadrul organizației. Chestionarul a fost completat de 3.014 localități din totalul de 3.180, rata de completare fiind de 95%.

Având în vedere caracteristicile sale speciale, Bucureşti nu a fost inclus în analiză. Din cauza non-răspunsurilor parțiale, cele 40 de oraşe cu cel puțin 50.000 de locuitori au fost, de asemenea, excluse din analiză. Astfel, analiza prezentată în acest volum acoperă toate cele 279 de oraşe cu o populație mai mică de 50.000 de locuitori şi toate cele 2.861 de comune, reprezentând în total 3.140 de autorități locale. Datele nu sunt ponderate.

ANEXĂ TABEL 5.3: Rata de răspuns, în funcţie de zonă (urbană şi rurală) şi mărimea populaţiei

	Mărimea populației	Număr de localități din România	Număr de localități care au răspuns	Rata de răspuns (%)
Romania	**Total**	**3,180**	**3,014**	**95**
Urban	0/4,999	29	27	93
	5,000/9,999	105	103	98
	10,000/14,999	64	61	95
	15,000/19,999	27	25	93
	20,000/49,999	54	50	93
	50,000/99,999	21	21	100
	100,000/500,000	19	14	74
	Total	319	301	94
Rural	0/1,999	751	704	94
	2,000/2,999	782	739	95
	3,000/3,999	603	577	96
	4,000/4,999	326	315	97
	5,000+	399	378	95
	Total	2,861	2,713	95

Sursa: Banca Mondială „Servicii de asistență socială la nivel comunitar", mai 2014.

III. Servicii de recuperare medicală pentru persoanele cu dizabilităţi

În România, serviciile de recuperare medicală pentru persoanele cu dizabilități erau acordate în trecut în medii instituționalizate, dar tendința este ca autoritățile locale sau ONG-urile acreditate să furnizeze aceste servicii din ce în ce mai mult în cadrul comunității.

Copiii beneficiază de recuperare fizică medicală în centre speciale gestionate de Ministerul Sănătății, fie în spitalele de recuperare din Buşteni (Prahova), Gura Ocniței (Dâmbovița), Dezna (Arad), Băile Felix (Bihor) şi Mangalia (Constanța), fie în centrele de recuperare de la nivel județean şi municipal. Aceste centre sunt relativ bine echipate şi sunt conduse de profesionişti calificați. Tendința actuală este de a face trecerea la un număr mai mare de servicii de recuperare mai mici, situate în municipii şi gestionate de DGASPC. ONG-urile dezvoltă, de asemenea, servicii de recuperare medicală din anii 1990, fie în centre specializate (de exemplu, în Cluj, Iaşi şi Timişoara), fie ca servicii specifice în cadrul centrelor de zi sau al caselor de tip familial de mici dimensiuni.

Adulții beneficiază de recuperare medicală în spitale publice şi unități generale de recuperare, dar şi în centre specializate şi stațiuni balneare, în funcție de tipul de intervenție şi de dizabilități. Totuşi, există rapoarte care arată că adulților cu dizabilități le este mai dificil să acceseze servicii de recuperare decât copiilor. Legea 448/2006 prevede dreptul acestora la acces gratuit la programe de recuperare şi dispozitive medicale, în baza Contractului-cadru al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (CNAS). Asistenții personali sunt obligați să însoțească gratis persoanele cu dizabilități grave şi observabile la aceste unități medicale sau de recuperare. Totuşi, în practică, marea majoritate a familiilor susțin că sunt obligate să plătească asistenții personali, precum şi un număr semnificativ de consumabile medicale, medicamente şi echipamente din cauza bugetului anual limitat al CNAS.

Unitățile de recuperare de tip rezidențial sunt organizate sub coordonarea metodologică a Autorității Naționale pentru Protecția Persoanelor cu Handicap (ANPH) şi sunt administrate de DGASPC județene (finanțate de la bugetul de stat). Alte centre de recuperare medicală sunt administrate de Ministerul Sănătății. Începând cu 2007, sunt înființate regulat noi unități de reabilitare medicală pentru a furniza îngrijiri în ambulatoriu persoanelor cu dizabilități care nu sunt instituționalizate. Toate aceste servicii, inclusiv profesionişti care lucrează pe cont propriu, trebuie să se supună în prezent unui proces de acreditare pentru a se asigura că există un inventar precis la nivel administrativ, pentru fiecare județ (în cadrul Direcției de Sănătate). Serviciile comerciale, inclusiv micile centre de recuperare multidisciplinare şi centrele de fizioterapie, se extind de asemenea foarte rapid, mai ales în oraşele mai mari.

Câteva exemple de servicii de recuperare medicală care sunt furnizate în prezent în România sunt următoarele:

Servicii generale de recuperare, care includ servicii de recuperare fizică medicală în spitale şi stațiuni balneare (cum ar fi fizioterapie, electroterapie şi hidroterapie)

Servicii specializate de recuperare pentru persoanele cu dizabilități (în cadrul centrelor de zi, centrelor rezidențiale sau centrelor speciale de recuperare pentru persoanele cu dizabilități). Aceste servicii sunt destinate nevoilor de recuperare medicală specifice diferitelor grupuri de persoane cu dizabilități (cum ar fi paralizie cerebrală, boli rare şi agenezie). DGASPC oferă servicii de recuperare la nivel județean copiilor cu dizabilități (prin servicii de tip rezidențial şi de zi) şi adulților cu dizabilități în următoarele unități:

- Centre pilot de recuperare şi reabilitare a persoanelor cu handicap (CPRRPH)
- Centre de recuperare şi reabilitare a persoanelor cu handicap (CRRPH)
- Centre de recuperare şi reabilitare neuropsihiatrică (CRRN)
- Servicii de asistență pentru activitățile zilnice, inclusiv:
  - Producția de dispozitive ortopedice, proteze şi alte echipamente medicale care măresc capacitatea persoanei de a îndeplini funcții şi activități zilnice
  - Furnizarea de consumabile medicale pentru persoanele cu dizabilități (cum ar fi articole pentru incontinență, alimentație lichidă şi îngrijirea plăgilor).

IV: Servicii de asistenţă pentru persoanele cu dizabilităţi

Creşterea accesului persoanelor cu dizabilități la programe, facilități şi servicii de asistență pentru viață independentă sau asistată este crucială pentru asigurarea integrării lor complete în societate. Viața independentă sau asistată reprezintă un domeniu în care serviciile de asistență joacă un rol cheie. În prezent, sistemul serviciilor sociale din România include următoarele componente:

Servicii generale:

- Locuințe sociale - alocarea unei locuințe sociale, fără plata chiriei, persoanelor cu dizabilități trebuie să fie o prioritate pentru furnizorii de servicii sociale. Familia unei persoane cu dizabilități trebuie să dispună de o cameră suplimentară. Se pot folosi apartamente aflate în proprietatea statului pentru cazarea persoanelor cu dizabilități (Legea 448/2006).
- Structuri de tip rezidențial pentru vârstnici
- Asistență maternală pentru copiii cu dizabilități lipsiți de ocrotire părintească.

Servicii specifice pentru persoanele cu dizabilități:

- Centre publice pentru îngrijire şi asistență (CIA/DPPD)
- Adăposturi publice sau case de tip familial pentru adulți (DPPD)
- Centre de tip rezidențial pentru copiii cu dizabilități (Autoritatea Națională pentru Protecția Copilului)
- Servicii de tip rezidențial private pentru persoanele cu dizabilități, de obicei în structuri familiale sau case de tip familial, dar şi în structuri rezidențiale mai mari.

Servicii de asistență pentru viață independentă sau pentru îngrijire la domiciliu:

- Dobândă subvenționată la împrumuturile bancare contractate de persoanele cu dizabilități pentru cumpărarea sau renovarea/ adaptarea specială a unei case sau a unui apartament
- Asistent personal
- Locuințe subvenționate în apartamente sau case situate în comunitate
- Asistență la domiciliu pentru rutina şi activitățile zilnice
- Centre respiro pentru familii
- Interpreți în limbajul mimico-gestual, pentru o comunicare lesne
- TIC şi dispozitive asistive
- Mijloace de transport adaptate
- Consilier pentru viață independentă/ manager de caz pentru persoanele cu dizabilități.

V. Principii de organizare şi furnizare a serviciilor adresate consumatorilor de droguri din România

Conform standardelor naționale dezvoltate de Agenția Națională Antidrog,[556] consumatorii de droguri din România beneficiază de trei niveluri de servicii.

Serviciile de **nivelul 1** sunt furnizate atât de instituții publice, cât şi de ONG-uri şi nu au acoperire națională. Acestea implică identificarea consumatorilor, convingerea acestora să beneficieze de tratament, îndrumarea către serviciile specializate, acoperirea nevoilor lor sociale şi medicale de bază şi coordonarea cu furnizorii de servicii de nivelul 2 şi 3. Concret, principalele servicii furnizate de nivelul 1 sunt: (i) tratament substitutiv; (ii) testarea rapidă pentru HIV şi hepatită (B şi C); (iii) distribuirea de prezervative; (iv) consiliere înainte şi după testare; (v) vaccinare împotriva hepatitei A şi B; (vi) îngrijire medicală generală şi (vii) promovarea serviciilor de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri.

Serviciile de **nivelul al 2-lea** sunt furnizate de unități specializate din sistemul public de sănătate şi de centre de prevenire, evaluare şi consiliere antidrog (CPECA). Acestea furnizează îngrijire şi monitorizare de specialitate şi îndrumă consumatorii către serviciile de nivelul al 3-lea. Concret, principalele servicii furnizate de nivelul al 2-lea sunt: (i) tratament substitutiv; (ii) tratament pentru continuarea abstinenței; (iii) reabilitare în ambulatoriu; (iv) teste de droguri în fluide corporale; (v) testare rapidă pentru HIV şi hepatită; (vi) distribuirea de prezervative; (vii) consiliere înainte şi după testare; (viii) vaccinare împotriva hepatitei A şi B; (ix) îngrijire medicală generală; (x) terapie ocupațională (ergoterapie); (xi) îngrijire medicală psihiatrică; (xii) psihoterapie individuală, de grup sau de familie; (xiii) testare standardizată pentru evaluarea psihologică şi (xiv) promovarea serviciilor furnizate de centrul de asistență integrată în adicții.

Serviciile de **nivelul al 3-lea** sunt compuse din servicii de reintegrare socială şi sunt furnizate de centre post-tratament şi comunități terapeutice.

Principiile care stau la baza standardelor ce guvernează serviciile destinate consumatorilor de droguri din România sunt după cum urmează: (i) toate nivelurile de servicii trebuie să fie disponibile în toate regiunile țării (de preferat în fiecare județ); (ii) tratamentul oferit consumatorului de droguri nu trebuie să se concentreze numai pe tratarea dependenței, ci şi pe rezolvarea problemelor de sănătate, sociale, juridice şi profesionale asociate consumului de droguri; (iii) medicația necesară pentru tratarea dependenței trebuie să fie însoțită de consiliere psihologică şi psihoterapie comportamentală; (iv) recuperarea unei persoane dependente de droguri este un proces de lungă durată, care trebuie monitorizat de specialişti şi ajustat atunci când este necesar.

[556] ANA (2005b).

VI. Organizarea şi tipurile serviciilor adresate victimelor traficului de persoane din România

Conform legislației şi politicii naționale, victimele traficului de persoane au dreptul la servicii gratuite furnizate în primul rând prin: (i) centre de asistență a victimelor; (ii) servicii de protecție a victimelor şi reintegrare socială a infractorilor; (iii) ONG-uri.

Centrele de asistență sunt înființate şi organizate conform Legii 678/2001, în fiecare județ şi sector. Acestea sunt subordonate direcțiilor județene de asistență socială şi protecție a copilului şi sunt finanțate de Consiliul Județean, inclusiv centrele de tranzit pentru adulți şi minori neînsoțiți.

Serviciile de protecție a victimelor şi reintegrare socială a infractorilor sunt înființate şi organizate conform Legii 2011/2004, în fiecare județ, la nivelul tribunalelor. Ambele tipuri de servicii se adresează atât victimelor traficului de persoane, cât şi victimelor violenței domestice.

ONG-urile pot organiza servicii în domeniul traficului de persoane independent sau în parteneriat cu autoritățile publice (de exemplu, cu centrele şi serviciile menționate mai sus sau consiliile locale). Totuşi, serviciile ONG-urilor destinate victimelor traficului de persoane sunt organizate separat de cele adresate victimelor violenței domestice.

O serie de instituții sunt implicate în îndrumarea victimelor traficului de persoane către servicii specializate. Acestea includ Poliția de Frontieră, Direcția de Combatere a Criminalității Organizate, Direcția de Asistență Socială şi Protecția Copilului, ANITP, autoritățile locale, Serviciul Social Internațional, Organizația Internațională pentru Migrație şi alte organizații internaționale active în acest domeniu.

Victimele violenței domestice sunt îndrumate în principal de către poliție, Direcția de Asistență Socială şi Protecția Copilului, autoritățile locale şi ONG-uri.

De asemenea, dacă o victimă a traficului de persoane este implicată într-un proces penal declanşat de către autorități împotriva traficanților, aceasta poate solicita protecție fizică şi/sau să fie plasată într-un centru de asistență sau într-un program de protecție a martorilor. În plus, conform Legii 211/2004, victimele pot primi compensații financiare.

Furnizorii din acest domeniu sunt implicați şi în acțiuni de prevenire a traficului de ființe umane, cum ar fi seminarii, campanii de prevenție şi serviciul de asistență telefonică gestionat de ANITP. De asemenea, aceştia ajută la monitorizarea fenomenului prin raportarea datelor despre beneficiarii serviciilor centrelor regionale ale ANITP sau altor instituții responsabile de prevenirea şi combaterea traficului de persoane.

În afara serviciilor furnizate în unități specializate, aşa cum este descris mai sus, conform legii (292/2011), victimele pot beneficia şi de servicii comunitare compuse din asistență socială, sprijin emoțional, consiliere psihologică, consiliere juridică, îndrumare profesională şi sprijin în vederea reintegrării sociale.

ANEXĂ TABEL 5.4: Tipuri de servicii furnizate victimelor traficului de persoane din România

Nume/ Categorie de servicii	Tip de măsură	Centre de asistență	Servicii de protecție	ONG-uri
Informații (privind drepturile şi serviciile disponibile)	Distribuire de materiale informative Informare față în față	Da	Da	Da
Asistență psihologică	Evaluare psihologică Psihoterapie individuală Psihoterapie de grup Terapie de cuplu sau de familie Terapie artistică	Da	Da	Da
Asistență socială	Sprijin pentru dobândirea actelor de identitate Medierea relațiilor victimelor cu autoritățile, cu familiile lor şi cu alte servicii de asistență socială Consiliere în scopul integrării sociale şi profesionale a victimelor	Da		Da
Ajutor material	Furnizarea de suplimente alimentare, produse de igienă şi de curățenie, îmbrăcăminte şi încălțăminte			Da
Asistență locativă	Cazare temporară (de la 10 zile până la 3 luni) într-un centru de primire a victimelor Asistență pentru găsirea unei locuințe permanente	Da		Da
Asistență juridică	Consiliere juridică	Da	Da	Da
Îngrijire medicală	Îndrumarea victimelor către servicii medicale specializate, dacă au nevoie de îngrijire medicală	Da		Da
Asistență pentru reintegrarea şcolară	Furnizată în cooperare cu Inspectoratul Şcolar Județean	Da	Da	Da
Asistență pentru reintegrarea profesională	Consiliere şi îndrumare profesională (conform Legii 678/2001, victimele traficului de persoane beneficiază de servicii „prioritare" din partea agențiilor județene de ocupare a forței de muncă şi formare profesională)	Da	Da	Da

VII. Organizarea serviciilor adresate victimelor violenţei în familie din România

Măsurile de prevenire şi combatere a violenței domestice în România sunt descrise în cel mai recent document de politică, Strategia națională pentru prevenirea şi combaterea fenomenului violenței în familie pentru perioada 2013-2018.[557] Combaterea violenței domestice reprezintă un efort intersectorial, coordonat de MMFPSPV în parteneriat cu Ministerul de Interne, Ministerul Sănătății şi Ministerul Justiției.

ANEXĂ TABEL 5.5: Servicii sociale adresate victimelor violenţei în familie şi agresorilor în România, 2012

Tip de unitate	Descriere	Număr de unități/ acoperire în teritoriu
Adăposturi (centre de primire în regim de urgență)		26/ nu în toate județele
Centre de recuperare pentru victimele violenței în familie	Unități de asistență socială, cu sau fără personalitate juridică, ce oferă victimelor găzduire, îngrijire, reabilitare şi integrare socială	15/ nu în toate județele
Centre pentru prevenirea şi combaterea violenței în familie		12/ nu în toate județele
Centre pentru servicii de informare şi sensibilizare a populației		8/ nu în toate județele
Birouri pentru prevenirea şi combaterea violenței în familie		3/ nu în toate județele
Centre de asistență destinate agresorilor	Unități de asistență socială, cu sau fără personalitate juridică, ce oferă servicii agresorilor, în regim rezidențial sau semirezidențial, pentru reabilitarea şi reintegrarea socială, educare, consiliere şi mediere familială şi tratamente psihiatrice sau împotriva dependenței de alcool sau de droguri (în colaborare cu spitale/ clinici specializate)	2/ nu în toate județele
Centre de primire în regim de urgență a minorilor		11/ nu în toate județele
Centre de plasament		4/ nu în toate județele
Unități de asistență socială care furnizează servicii şi victimelor violenței în familie		22/ nu în toate județele
Ordin de protecție (măsură conform Legii 25/2012), ca instrument de asistare a victimelor violenței în familie şi de sprijinire a recuperării/ reabilitării agresorului		La nivel național
Servicii sociale primare furnizate în cadrul comunității		La nivel național

[557] MMFPSPV (2012).

Anexa 6: Educaţie

I. Date statistice

ANEXĂ TABEL 6.1: Model explicativ al abandonului şcolar în rândul adolescenţilor cu vârste de 15-18 ani

	Raport de probabilitate		
	Modelul 1	Modelul 2	Modelul 3
Rural comparativ cu urban	1.8***	3.3***	2.0***
Bărbați comparativ cu femei	1.5***	1.2***	1.5***
Educația mamelor: Studii cel mult primare comparativ cu studii cel puțin liceale		49.4***	23.8***
Educația mamelor: Studii gimnaziale comparativ cu studii cel puțin liceale		10.7***	6.7***
Educația mamelor: Studii gimnaziale comparativ cu studii cel puțin liceale		3.7***	2.7***
Prima decilă comparativ cu cel puțin a 5-a decilă			4.0***
A 2-a decilă comparativ cu cel puțin a 5-a decilă			2.4***
A 3-a şi a 4-a decilă comparativ cu cel puțin a 5-a decilă			1.5***
Constantă	0.08***	0.5***	0.01***
Pseudo R^2	0.04	0.21	0.23
Probabilitate logaritmică	-4193	-2570	-2485
LR chi2; df, prob>chi2	375; 2; 0.0	1326; 5; 0.0	1497; 8; 0.0

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele ABF 2009-2012.

II. Cadrul legislativ şi reţeaua educaţională pentru persoanele cu dizabilităţi

Cadrul legislativ care reglementează accesul la educație pentru persoanele cu dizabilități este larg şi acoperă toate aspectele educației, de la studii preşcolare la studii universitare şi formare profesională.

- Constituția României (articolul 16, Egalitatea în drepturi).
- Legea 221/2010 pentru ratificarea Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități.
- Legea 18/1990 pentru ratificarea Convenției ONU cu privire la drepturile copilului, republicată în Monitorul Oficial nr. 314/2001.
- Legea educației, nr. 1/ 05.01.2011 (vezi în principal capitolul 2, secțiunile 13 şi 16).
- Legea 448/2006 privind protecția şi promovarea drepturilor persoanelor cu handicap.
- Legea 272/2004 privind protecția şi promovarea drepturilor copilului.

- Ordonanța 137/2000 privind prevenirea şi sancționarea tuturor formelor de discriminare, cu modificările şi completările ulterioare (publicată în Monitorul Oficial nr.69/ianuarie 2002), aprobată prin Legea nr. 48/2002
- Legea 107/2004 pentru modificarea Legii 76/2002 privind sistemul asigurărilor pentru şomaj (ref. la pregătirea gratuită a adulților şomeri).

Plus următoarele:

- Hotărârea Ministerului Educației nr. 1251/2005 privind unele măsuri de îmbunătățire a activității de învățare, instruire, compensare, recuperare şi protecție specială a copiilor/ elevilor/ tinerilor cu cerințe educative speciale din cadrul sistemului de învățământ special şi special integrat (http://lege5.ro/Gratuit/haydgojw/hotararea-nr-1251-2005-privind-unele-masuri-de-imbunatatire-a-activitatii-de-invatare-instruire-compensare-recuperare-si-protectie-speciala-a-copiilor-elevilor-tinerilor-cu-cerinte-educative-speciale-)
- Ordinul nr. 6552/2011 al Ministerului Educației privind funcționarea Comisiei, respectiv a Serviciului de evaluare şi orientare şcolară a copiilor, elevilor şi tinerilor cu cerințe educaționale speciale din cadrul Centrului Județean de Resurse şi Asistență Educațională (CJRAE).
- Ordinul 5555/2011 privind funcționarea CJRAE/ CMBRAE.
- Ordinul Ministrului Educației nr. 3414/16.03.2009 privind aprobarea Planului-cadru de învățământ pentru învățământul special - clasele IX-XI, ciclul inferior al liceului, filiera tehnologică.
- Ordin ministerial nr. 4928/08.09.2005 privind aprobarea Planului-cadru de învățământ pentru clasele/ grupele/ unitățile de învățământ special care şcolarizează copii/ elevi/ tineri cu deficiențe grave, severe, profunde sau asociate (clasele I - X).
- Ordin ministerial 4927/08.09.2005 privind aprobarea Planului-cadru de învățământ pentru clasele/ grupele din învățământul special sau de masă care școlarizează elevi cu deficiențe moderate sau ușoare.
- Ordin ministerial nr. 5379/25.11.2004 privind Metodologia de organizare şi funcționare a serviciilor educaționale prin cadre didactice de sprijin/ itinerante pentru copiii cu cerințe educative speciale, şcolarizați în învățământul de masă.
- Hotărârea de Guvern nr. 522/08.05.2003 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 129/2000 privind formarea profesională a adulților.

Anexa 7: Sănătate

ANEXĂ TABEL 7.1: Pachetul minimal de servicii medicale pentru populaţia neasigurată, 2014

Serviciu	Frecvența consultațiilor	Număr de puncte pe vizită	Valoarea monetară a punctelor (RON)	Onorariul medicilor generalişti (RON)	Onorariul medicilor generalişti cu vechime (RON)
1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală	1 consultație pe persoană, pe episod	5.5	1.83	10	12
2. Supraveghere şi depistare - boli infecțioase cu risc endemic/ epidemic - suspectate şi confirmate	1 consultație pe persoană, pe boală	5.5	1.83	10	12
3. Îngrijire prenatală şi postnatală					
3.a. Înscriere sarcină - primul trimestru	1 consultație	5.5	1.83	10	12
3.b. Monitorizare lunară (lunile 3-6)	1 consultație pe lună	5.5	1.83	10	12
3.c. Monitorizare bilunară (lunile 7-9)	2 consultații pe lună	5.5	1.83	20	24
3.d. Îngrijire postnatală - vizită la domiciliu după naştere	1 vizită la domiciliu	15	1.83	27	33
3.e. Controlul mamei la 4 săptămâni după naştere	1 consultație	5.5	1.83	10	12
4. Servicii de planificare familială	2 consultații pe persoană, pe an	5.5	1.83	20	24
5. Eliberare certificat de deces	1 vizită la domiciliu	15	1.83	27	33

Sursa: Date din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015 şi normele metodologice de aplicare a acestuia (Hotărârea de Guvern 400/2014; Ordonanța Ministerului Sănătății/ Casei de Asigurări de Sănătate nr. 619/360, mai 2014).

Anexa 8: Locuire

I. Date statistice

ANEXĂ TABEL 8.1: Locuinţe aflate în proprietate personală în UE-28: cele cinci ţări cu cel mai mare procent şi cele cu cel mai mic procent, în 2000 şi 2012

	2000		2012	
	Total	Săraci*	Total	Săraci*
UE27			70.4	52.6
România	97	95	96.6	96.0
Lituania	95	92	91.9	85.6
Ungaria	94	86	90.5	82.9
Slovacia			90.4	82.3
Croația			89.5	87.3
Danemarca			64.3	29.1
Franța	70	52	63.7	35.2
Austria	69	68	57.5	30.5
Germania	56	36	53.3	24.9
Elveția			43.8	31.7

Sursa: Eurostat.

* Persoane cu risc de sărăcie monetară în baza pragului de 60% din venitul median.

ANEXĂ TABEL 8.2: Procentul adulţilor tineri, cu vârste de 18-34 de ani, care locuiesc cu părinţii lor

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
UE-28	47.1	47.5	47.7	47.4	48.2	48
România	57.2	57.1	58.3	58.9	60	61.7
Lituania	54.7	54.8	55.4	55.7	54	56.6
Ungaria	51.5	53.2	58.2	60.6	61.9	63.1
Croația				68.7	70.5	71.3
Bulgaria	59.7	62.7	62.8	66	66.7	64.5
Italia	60.7	60.5	61.1	60.5	62.6	64
Polonia	59.4	58.5	58.2	58.4	60.5	60.2

Sursa: Eurostat.

ANEXĂ TABEL 8.3: Număr de persoane pe încăperi locuite, 2012

	ROMANIA				URBAN				RURAL			
Decile de venit	Media	Dev. Std.	Min	Max	Media	Dev. Std.	Min	Max	Media	Dev. Std.	Min	Max
D1	1.44	0.91	0.13	7	1.76	1.11	0.13	7	1.37	0.84	0.20	7
D2	1.02	0.64	0.13	7	1.35	0.80	0.25	6	0.92	0.54	0.13	7
D3	0.92	0.57	0.13	4	1.22	0.68	0.14	4	0.80	0.48	0.13	4
D4	0.91	0.56	0.17	5	1.17	0.65	0.17	4	0.77	0.45	0.17	5
D5	0.88	0.52	0.14	6	1.06	0.58	0.20	4	0.73	0.43	0.14	6
D6	0.83	0.48	0.13	4	0.96	0.52	0.25	4	0.67	0.35	0.13	4
D7	0.81	0.44	0.14	4	0.90	0.46	0.17	4	0.65	0.34	0.14	2
D8	0.79	0.40	0.14	4	0.85	0.40	0.14	3	0.66	0.36	0.14	4
D9	0.79	0.39	0.17	3	0.84	0.40	0.17	3	0.61	0.29	0.17	2
D10	0.73	0.37	0.13	3	0.76	0.38	0.13	3	0.55	0.28	0.17	2

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind ABF 2012.

Notă: Decile de venit în baza venitului monetar lunar total pe membru de familie (fără autoconsum).

ANEXĂ TABEL 8.4: Suprafaţa încăperilor locuite (metri pătraţi) pe persoană, 2012

	ROMANIA				URBAN				RURAL			
Decile de venit	Media	Dev. Std.	Min	Max	Mean	Dev. Std.	Min	Max	Media	Dev. Std.	Min	Max
D1	14.79	10.98	1.17	200.0	12.93	12.45	1.17	200	15.25	10.54	1.50	95
D2	20.64	13.39	2.29	130.0	16.41	11.07	2.29	88	22.00	13.79	2.29	130
D3	23.36	14.92	3.43	147.0	18.03	12.81	3.50	87	25.42	15.17	3.43	147
D4	23.66	15.29	3.00	130.0	18.72	12.31	3.00	120	26.34	16.06	3.00	130
D5	24.59	14.73	3.50	180.0	20.94	12.95	3.50	100	27.49	15.39	3.50	180
D6	26.42	16.10	3.13	170.0	22.91	13.43	3.33	96	30.74	17.95	3.13	170
D7	26.46	14.79	3.00	120.0	23.45	12.86	3.00	100	31.62	16.39	6.00	120
D8	27.00	15.36	3.00	150.0	24.91	13.74	4.80	112	32.05	17.73	3.00	150
D9	26.81	14.29	4.14	135.0	25.08	13.22	4.14	120	32.33	16.07	6.00	135
D10	29.40	15.27	4.67	140.0	28.10	14.33	4.67	140	35.76	17.95	7.00	128

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind ABF 2012.

Notă: Decile de venit în baza venitului monetar lunar total pe membru de familie (fără autoconsum).

ANEXĂ TABEL 8.5: Lipsuri locative grave, în funcţie de riscul de sărăcie şi vârstă (copii), 2007-2012, (%)

	Romania		UE-28	
	2007	2012	2007	2012
Populația totală	31.8	22.8	7.2	5.0
Populație expusă riscului de sărăcie	52.6	49.2	15.6	12.6
Copii	46.1	36.9	10.0	7.5
Copii expuşi riscului de sărăcie	71.4	63.6	21.8	18.1

Sursa: Eurostat.

ANEXĂ TABEL 8.6: Proporţia populaţiei afectate de diferite tipuri de lipsuri locative (%)

		2007	2008	2009	2010	2011	2012
Lipsa unei căzi de baie sau a unei cabine de duş în locuință	UE-28	3.6	3.4	3.1	2.9	2.8	2.7
	România	41.8	41.7	41.2	38.9	36.8	35.4
Lipsa unei toalete interioare pentru uzul exclusiv al gospodăriei	UE-28	4.1	3.7	3.5	3.4	3.1	3
	România	44	41.2	42.5	40.8	38.7	37
Acoperiş deteriorat, pereți, podele sau fundație cu igrasie sau rame ale ferestrelor ori podele putrezite	UE-28	28.2	26.4	25.8	25.7	24.3	23.5
	România	44.9	37.7	34.9	33.2	35.1	30
Locuința este considerată prea întunecoasă	UE-28	8.2	7.2	7.3	6.8	6.8	6.1
	România	7.6	8.2	8.7	7.6	7.7	6.4

Sursa: Eurostat.

II. Sondajul privind situația locuințelor sociale

În octombrie 2014, ca parte a pregătirii Strategiei naționale privind incluziunea socială și reducerea sărăciei 2015-2020, Banca Mondială în colaborare cu Ministerul Dezvoltării Regionale și Administrației Publice (MDRAP) a realizat o analiză a situației locuințe sociale sociale din toate unitățile administrative urbane din România. Sondajul a fost rezultatul colaborării dintre două echipe ale Băncii Mondiale din două proiecte diferite de asistență tehnică pentru Guvernul României: (i) sprijin pentru elaborarea unui plan de acțiune și a unei strategii naționale privind incluziunea socială și reducere a sărăciei 2015-2020 (pentru MMFPSPV) și (ii) sprijin în dezvoltarea unei strategii privind locuirea și dezvoltarea infrastructurii (pentru MDRAP).

Datele au fost colectate în perioada septembrie-noiembrie 2014. Eșantionul a inclus toate unitățile administrativ-teritoriale urbane din România - 319 orașe și cele 6 sectoare din București. Scopul studiului a fost de a oferi o imagine de ansamblu a situației locuințelor aflate în proprietate publică în România. Chestionarul a colectat informații despre următoarele teme:

1. Locuințe sociale sau cu caracter social
    - Stocul de locuințe sociale sau cu caracter social
    - Cererea și oferta de locuințe sociale sau cu caracter social
    - Beneficiari și aspecte ce țin de ocuparea locuințelor sociale și a locuințelor cu caracter social

[558] Echipa de cercetare a fost compusă din Corad Bogdan, Cătălina Iamandi-Cioinaru, Monica Marin, Georgiana Neculau și Andreea Trocea, cu suport din partea Alexandrei Călin.
[559] Din partea MRDPA, Teofil Ghercă și Bogdan Ghinea au oferit suport pentru dezvoltarea metodologiei și colectarea datelor.

- Calitatea stocului de locuințe sociale sau cu caracter social
- Datorii la plata utilităților și a chiriei în locuințele sociale sau cu caracter social

2. Programe privind locuirea socială

- Locuințe de serviciu
- Locuințe de urgență
- Programul case pentru tineri
- Loturi pentru tinerele familii
- Alte tipuri de programe de închiriere de locuințe deținute de autoritățile publice locale
- Adăposturi pentru persoanele fără adăpost

3. Politici locale privind construirea și managementul locuințelor sociale

- Strategii locale și bugete locale alocate locuirii sociale
- Bugete pentru construirea, renovarea și managementul stocului de locuințe sociale sau cu caracter social în 2012-2013
- Principalele probleme de management al stocului de unități de locuire socială
- Principalele probleme de dezvoltare a stocului de locuințe sociale la nivel local

În concordanță cu legislația curentă, studiul privind situația locuințelor sociale a utilizat următoarele definiții:

- Locuința socială este definită conform legii locuinței 114/1996 ca o locuință care se atribuie cu chirie subvenționată unor persoane sau familii, a căror situație economică nu le permite accesul la o locuință în proprietate sau închirierea unei locuințe în condițiile pieței. Această definiție nu include serviciile de locuire adresate grupurilor vulnerabile, precum adăposturile pentru persoanele fără adăpost.
- Locuințe cu caracter social (numite și "locuințe ieftine" de către autoritățile locale) reprezintă stocul de locuințe deținut și gestionat de autoritățile publice locale, care este închiriat către populația săracă și/ sau vulnerabilă. Locuințele cu caracter social nu se califică drept "locuințe sociale", adică în cea mai mare parte nu respectă standardele impuse de lege pentru astfel de locuințe. Adeseori, locuințele cu caracter social se referă la case naționalizate nerevendicate de proprietari sau la locuințe în clădiri vechi, de o calitate scăzută, situate în zone neatractive, cu acces dificil, slab sau deloc conectate la utilități și cu un preț de piață redus.

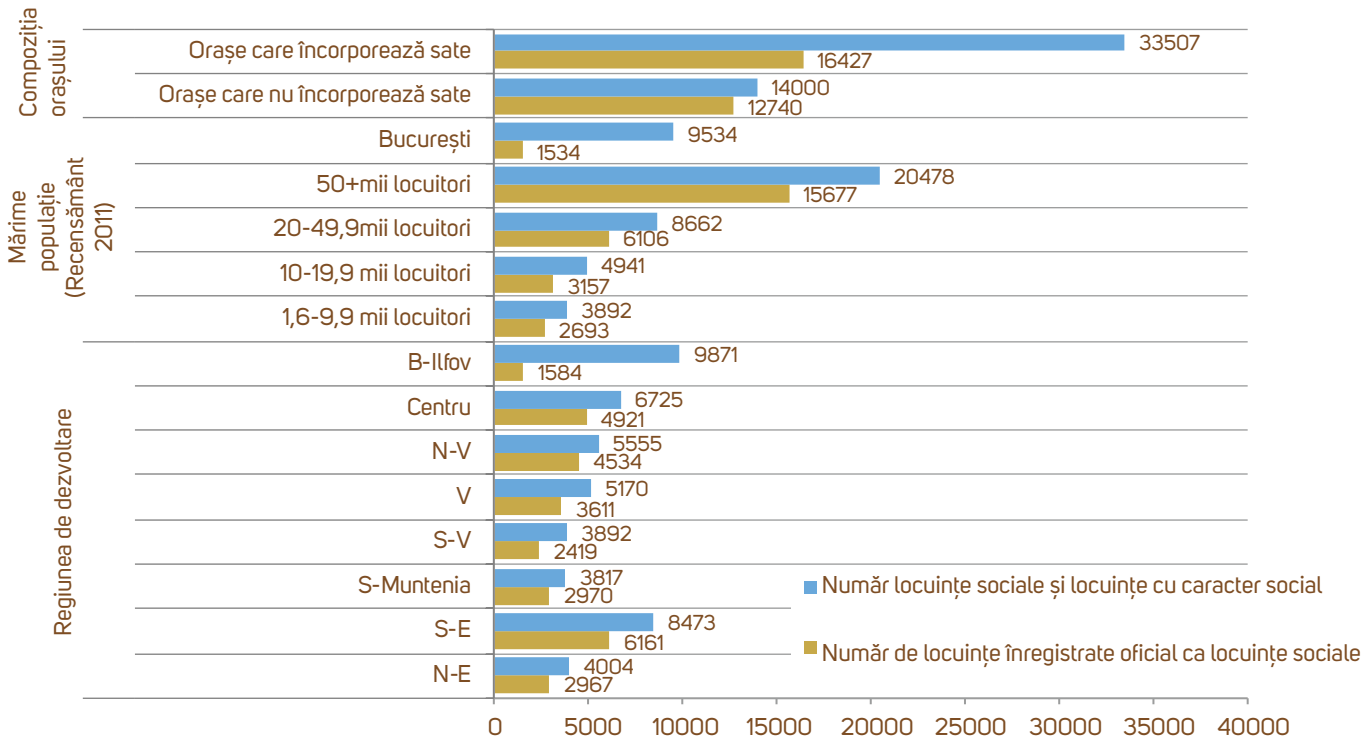
Un număr de 300 unități administrative urbane și trei sectoare din București au completat chestionarul, ceea ce reprezintă o rată totală de răspuns de 93%. Cele mai ridicate rate de răspuns au fost înregistrate în regiunile Sud-Est (97%) și Centru (96%). Cele mai scăzute rate de răspuns au fost în regiunile București-Ilfov (79%) și Nord-Est (89%). De asemenea, rate mai mici de răspuns au avut localitățile mici desemnate "oraș" în perioada 2002-2006.

ANEXĂ TABEL 8.7: Rate de răspuns la sondajul SLS în funcție de regiune, mărimea populației, compoziția și istoricul orașului

		Non-răspuns	Răspunsuri	Total	Rate de răspuns
		(număr)	(număr)	(număr)	(procent)
	TOTAL	22	303	325	93.2
Regiunea de dezvoltare	Nord-Est	5	41	46	89.1
	Sud-Est	1	34	35	97.1
	Sud Muntenia	3	45	48	93.8
	Sud-Vest	4	36	40	90.0
	Vest	2	40	42	95.2
	Nord-Vest	2	41	43	95.3
	Centru	2	55	57	96.5
	București-Ilfov	3	11	14	78.6
Mărime populație (Recensământ 2011)	1,6-9,9 mii locuitori	7	127	134	94.8
	10-19,9 mii locuitori	8	83	91	91.2
	20-49,9mii locuitori	2	52	54	96.3
	50+mii locuitori	2	38	40	95.0
	București	3	3	6	50.0
Compoziția orașului	Orașe care nu încorporează sate	4	76	80	95.0
	Orașe care încorporează sate	18	227	245	92.7
Istoricul orașului	Localități mici (<20 mii), desemnate "oraș" <2002	9	165	174	94.8
	Orașe mici (<20 mii) nou desemnate 2002+	6	45	51	88.2
	Orașe/municipii medii și mari (20+ mii)	7	93	100	93.0

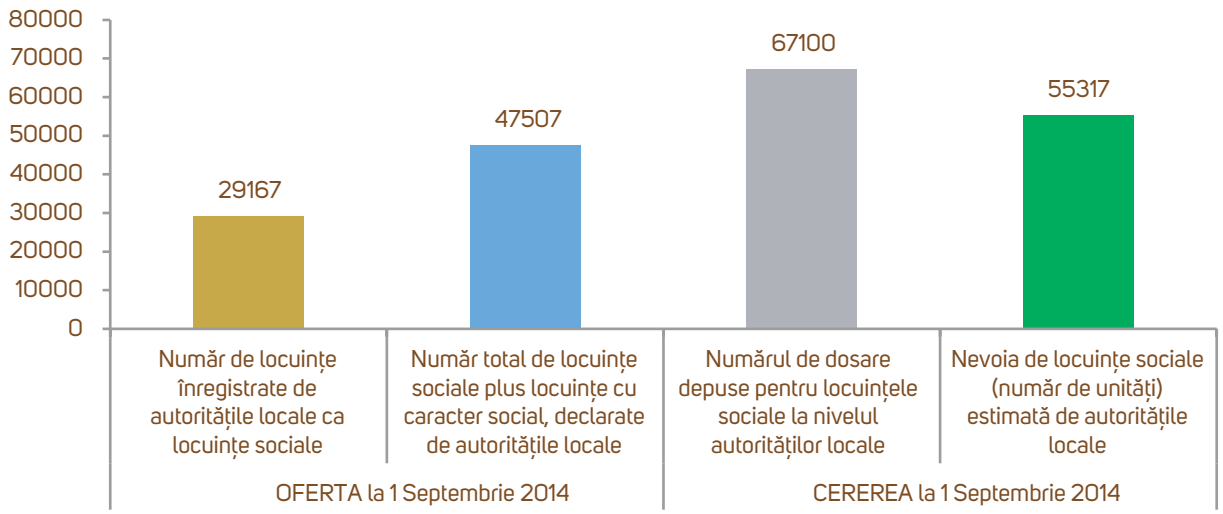
Sursa: MDRAP și Banca Mondială, Sondaj privind Situația Locuințelor Sociale (SLS), septembrie-noiembrie 2014, N=300 orașe/municipii și 3 sectoare din București. Datele obținute din chestionare au fost completate cu informații furnizate de Primăria Generală a Municipiului București (PGMB) la întâlnirea cu părțile interesate organizată de Banca Mondială în cadrul proiectului Cadrul de Reglementare a Studiilor de Impact în Romania, în București, pe 12 februarie 2015. Trei sectoare din București (sectoarele 1, 2 și 6) au răspuns la sondaj, în timp ce PGMB a furnizat informații suplimentare privind situația din sectoarele 3, 4 și 5.

ANEXĂ FIGURA 8.1: Profilul stocului de locuințe sociale și cu caracter social în mediul urban din România, la 1 septembrie 2014



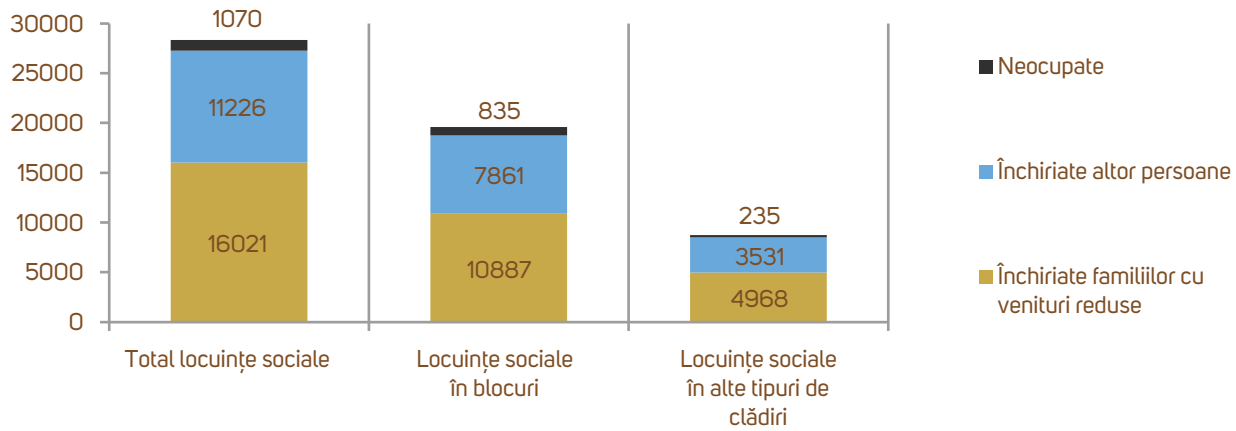
Sursa: MDRAP și Banca Mondială, Sondaj privind Situația Locuințelor Sociale (SLS), septembrie-noiembrie 2014. N=300 orașe/municipii și 3 sectoare din București, completat cu informații furnizate de Primăria Generală a Municipiului București privind situația din sectoarele 3, 4 și 5, în februarie 2015.
Note: Număr total de locuințe sociale = 29,167 unități. Număr total de locuințe sociale plus unități cu caracter social = 47,507 unități.

ANEXĂ FIGURA 8.2: Cererea și oferta de locuințe sociale și cu caracter social în mediul urban din România, la 1 septembrie 2014



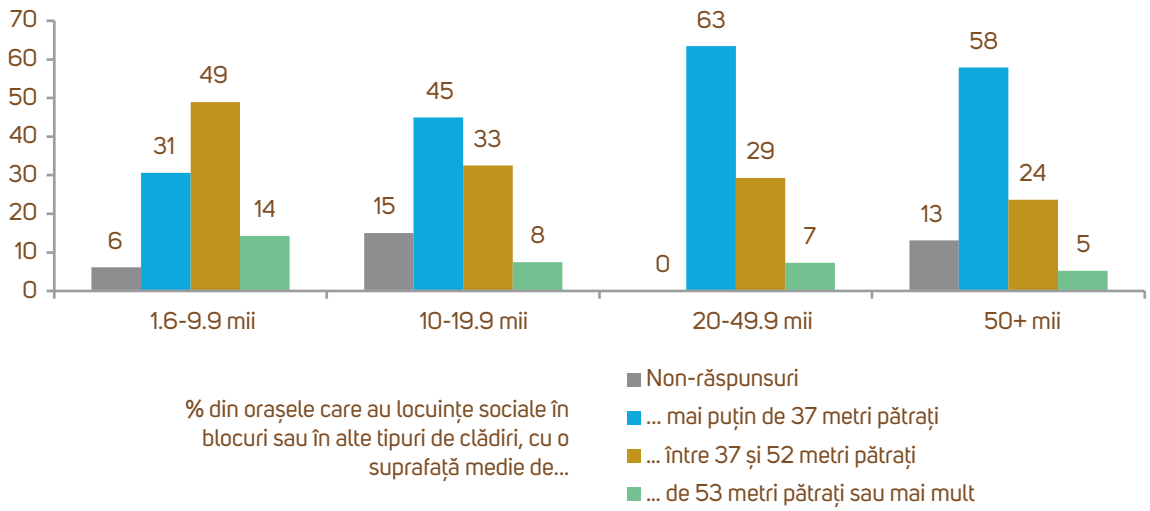
Sursa: MDRAP și Banca Mondială, Sondaj privind Situația Locuințelor Sociale (SLS), septembrie-noiembrie 2014. N=300 orașe/municipii și 3 sectoare din București, completat cu informații furnizate de Primăria Generală a Municipiului București privind situația din sectoarele 3, 4 și 5, în februarie 2015.

ANEXĂ FIGURA 8.3: Beneficiarii și ratele de ocupare ale locuințelor sociale și cu caracter social în mediul urban din România, la 1 septembrie 2014



Sursa: MDRAP și Banca Mondială, Sondaj privind Situația Locuințelor Sociale (SLS), septembrie-noiembrie 2014. N=168 orașe/municipii și 3 sectoare din București care au raportat unități de locuit în proprietate publică înregistrate ca "locuințe sociale"; N=154 orașe/municipii și 3 sectoare din București cu locuințe sociale în blocuri de locuit și N=102 orașe cu locuințe sociale în alte tipuri de clădiri.
Notă: Închiriate familiilor cu venituri reduse, conform art. 42 din legea nr. 114/1996.

ANEXĂ FIGURA 8.4: Calitatea locuințelor sociale și cu caracter social în mediul urban din România, la 1 septembrie 2014



Sursa: MDRAP și Banca Mondială, Sondaj privind Situația Locuințelor Sociale (SLS), septembrie-noiembrie 2014. N=168 orașe/municipii (sectoarele din București nu sunt incluse) care au raportat unități de locuit în proprietate publică înregistrate ca "locuințe sociale".

Anexa 9: Participare socială

ANEXĂ TABEL 9.1: Ţintele atitudinii intolerante a populaţiei adulte a României, 2008

	Persoane alcoolice	Dependenți de droguri	Persoane cu cazier judiciar	Homo-sexuali	Romi	Persoane cu SIDA	Musul-mani	Persoane de altă rasă	Imigranți	Evrei
Sexul										
Bărbați	62%	64%	58%	60%	47%	43%	22%	21%	21%	18%
Femei	70%	66%	61%	59%	45%	43%	24%	20%	21%	19%
Vârsta										
18 - 49 ani	66%	63%	57%	56%	44%	42%	21%	22%	21%	20%
50 - 64 ani	65%	67%	60%	60%	47%	42%	22%	18%	20%	18%
65 de ani şi peste	73%	69%	68%	68%	49%	50%	28%	22%	21%	17%
Studii										
Primare	69%	68%	67%	65%	51%	53%	32%	28%	28%	19%
Secundare	64%	66%	63%	64%	45%	47%	25%	21%	20%	20%
Liceale	67%	63%	56%	54%	46%	39%	20%	20%	20%	19%
Universitare	70%	66%	52%	54%	36%	29%	12%	11%	14%	9%
Statut ocupațional										
Activ	65%	64%	57%	55%	43%	39%	20%	21%	20%	18%
Şomer	66%	74%	46%	70%	42%	47%	21%	9%	9%	12%
Pensionar	71%	68%	66%	66%	53%	48%	27%	21%	22%	18%
Alte persoane inactive	65%	64%	58%	58%	39%	46%	22%	20%	22%	21%
Mărimea comunității										
Sub 5.000	67%	69%	64%	66%	48%	48%	29%	29%	27%	25%
5.000 - 20.000	64%	60%	61%	58%	41%	49%	25%	18%	19%	18%
5.000 - 20.000	64%	66%	51%	60%	42%	37%	17%	17%	17%	18%
100.000 - 500.000	70%	62%	61%	52%	52%	36%	20%	17%	19%	11%
Peste 500.000	67%	71%	53%	55%	39%	38%	13%	12%	14%	15%
Regiunea										
Nord-Est	65%	63%	66%	62%	52%	56%	33%	30%	33%	26%
Sud-Est	53%	47%	47%	44%	40%	23%	29%	28%	25%	17%
Sud Muntenia	67%	67%	42%	68%	54%	45%	16%	21%	18%	23%
Sud-Vest (Oltenia)	74%	65%	68%	57%	48%	44%	22%	21%	20%	17%
Vest	75%	65%	82%	70%	45%	45%	15%	10%	17%	12%
Nord-Vest	79%	81%	64%	65%	59%	54%	20%	16%	15%	17%
Centru	60%	63%	60%	52%	26%	37%	22%	12%	11%	11%
Bucureşti-Ilfov	68%	74%	57%	58%	41%	40%	18%	19%	19%	20%
TOTAL	67%	65%	60%	59%	46%	43%	23%	21%	21%	19%

Sursa: Studiul european privind valorile din 2008.

Notă: Datele din tabel reprezintă procentul populației căreia nu i-ar plăcea să aibă ca vecini reprezentanți ai categoriei respective.

ANEXĂ TABEL 9.2: Ţintele atitudinii intolerante a elevilor de liceu din România, 2011

	Homosexuali	Romi	Persoane cu SIDA	Musulmani	Evrei	Persoane de altă rasă
Capitalul educațional al gospodăriei						
Fără liceu	82%	65%	74%	52%	45%	33%
Liceu	78%	70%	65%	47%	36%	29%
Facultate	66%	74%	59%	40%	30%	20%
Studii postuniversitare	56%	79%	55%	32%	27%	18%
Nivelul autoevaluat al sărăciei						
Săraci	72%	63%	55%	46%	35%	30%
Situație materială medie	75%	69%	66%	45%	35%	26%
Destul de înstăriți	74%	76%	64%	48%	39%	26%
Bogați	72%	80%	69%	47%	41%	37%
Rural/ Urban						
Rural	82%	70%	70%	52%	46%	36%
Urban	68%	72%	60%	40%	29%	21%
TOTAL	74%	71%	65%	45%	36%	27%

Sursa: Fundația pentru o Societate Deschisă (2011).

Notă: Datele din căsuțe reprezintă procentul elevilor de liceu cărora nu le-ar plăcea să aibă ca vecini reprezentanți ai categoriei respective.

[560] Sondaj de opinie Religie și comportament religios, desfășurat în iunie 2011, pe un eșantion de 1204 persoane cu vârste de peste 18 ani, http://www.fundatia.ro/romanii-devin-mai-toleranti-religios. Calcule realizate de Claudiu Tufiș.

Anexa 10: Politici zonale

I. Date statistice privind satele mici, satele foarte mici şi satele cu populaţie vârstnică

ANEXĂ TABEL 10.1: Distribuţia satelor şi a populaţiei rurale, în funcţie de mărimea populaţiei satului, 2011

Populația satului ...	Număr de sate	% din numărul total al satelor	Populație totală	Ponderea în populația rurală totală (%)
<50 locuitori	830	7	20,822	0.2
50-99	780	6	57,746	0.6
100-149	787	6	98,533	1.1
150-199	775	6	134,729	1.5
200-249	686	6	153,920	1.7
250-299	663	5	181,677	2.0
peste 300 locuitori	7845	63	8,615,424	93
Total	12,366	100	9,262,851	100

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației şi al locuințelor 2011.

ANEXĂ TABEL 10.2: Distribuţia satelor mici (sub 200 locuitori), în funcţie de regiune, 2011

Regiuni	Număr sate	Ponderea în numărul total al satelor (%)	Sate mici	Sate mai mari	Sate mici	Sate mai mari	Total
			<200 loc. (%)	peste 200 loc. (%)	<200 loc. (%)	peste 200 loc. (%)	(%)
Nord-Vest	1,744	14	13	14	24	76	100
Centru	1,688	14	22	11	41	59	100
Nord-Est	2,332	19	14	21	19	81	100
Sud-Est	1,385	11	10	12	23	77	100
Sud Muntenia	1,959	16	10	18	17	83	100
Bucureşti-Ilfov	89	1	0	1	3	97	100
Sud-Vest (Oltenia)	1,939	16	17	15	27	73	100
Vest	1,230	10	14	9	36	64	100
Total	12,366	100	100	100	26	74	100

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației şi al locuințelor 2011.

ANEXĂ TABEL 10.3: Distribuţia satelor foarte mici (sub 100 locuitori), în funcţie de regiune, 2011

Regiuni	Număr sate	Ponderea în numărul total al satelor (%)	Sate foarte mici	Sate mai mari	Sate foarte mici	Sate mai mari	Total
			<100 loc. (%)	peste 100 loc. (%)	<100 loc. (%)	peste 100 loc. (%)	(%)
Nord-Vest	1,744	14	12	14	11	89	100
Centru	1,688	14	29	11	27	73	100
Nord-Est	2,332	19	11	20	8	92	100
Sud-Est	1,385	11	10	11	12	88	100
Sud Muntenia	1,959	16	8	17	7	93	100
Bucureşti-Ilfov	89	1	0	1	1	99	100
Sud-Vest (Oltenia)	1,939	16	14	16	12	88	100
Vest	1,230	10	16	9	21	79	100
Total	12,366	100	100	100	13	87	100

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației şi al locuințelor 2011.

ANEXĂ TABEL 10.4: Ponderea copiilor şi a vârstnicilor în populaţia totală a satelor mici şi foarte mici, 2011

Populație în vârstă de ...	Sate foarte mici	Sate mai mari	Total	Sate mici	Sate mai mari	Total
	<100 loc. (%)	peste 100 loc. (%)	(%)	<200 loc. (%)	peste 200 loc. (%)	(%)
<18 ani	16	22	22	18	22	22
peste 50 de ani	50	37	37	47	37	37
peste 55 de ani	45	32	32	41	31	32
peste 60 de ani	38	25	26	35	25	26
peste 65 de ani	29	18	18	26	18	18
peste 70 de ani	24	14	14	21	14	14
peste 75 de ani	16	9	9	14	9	9

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației şi al locuințelor 2011.

ANEXĂ TABEL 10.5: Ponderea locuinţelor conectate la utilităţi în satele mici şi foarte mici, 2011

	Sate foarte mici	Sate mai mari	Total	Sate mici	Sate mai mari	Total
Locuințe dotate cu...	<100 loc. (%)	peste 100 loc. (%)	(%)	<200 loc. (%)	peste 200 loc. (%)	(%)
Apă curentă prin rețeaua publică	32	32	32	28	33	32
Sistem de canalizare conectat la o stație publică de evacuare a apelor uzate	4	6	6	4	6	6
Curent electric	99	99	99	99	99	99
Gaze pentru gătit prin rețeaua publică	10	10	10	9	10	10

Source: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației şi al locuințelor din 2011.

ANEXĂ TABEL 10.6: Ponderea în populaţia totală a persoanelor cu capacitate limitată din cauza problemelor de sănătate, în satele mici şi foarte mici, 2011

		Ponderea în populația totală	Sate foarte mici	Sate mai mari	Sate mici	Sate mai mari
Persoane cu capacitate limitată din cauza problemelor de sănătate ...	Număr total	(%)	<100 loc. (%)	peste 100 loc. (%)	<200 loc. (%)	peste 200 loc. (%)
... cu dificultăți majore, din care:	264,416	2.9	4.4	2.8	4.0	2.8
- fără ajutor din partea altor persoane	177,083	1.9	3.1	1.9	2.9	1.9
... cu incapacitate totală, din care:	57,299	0.6	0.8	0.6	0.8	0.6
- fără ajutor din partea altor persoane	17,099	0.2	0.3	0.2	0.2	0.2

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației şi al locuințelor 2011.

ANEXĂ TABEL 10.7: Sate cu cu populaţie îmbătrânită, 2011

Sate cu peste 50% dintre locuitori în vârstă de ...	Număr sate	Ponderea în numărul total al satelor	Populația totală	Ponderea în populația totală	Mărimea medie a satului	Copii care locuiesc în aceste sate*
		(%)		(%)		(%)
peste 50 de ani	2,342	18.9	637,760	6.9	272	14
peste 55 de ani	1,288	10.4	238,183	2.6	185	12
peste 60 de ani	625	5.1	70,587	0.8	113	10
peste 65 de ani	208	1.7	8,973	0.1	43	5
peste 70 de ani	108	0.9	2,859	0.03	26	3
peste 75 de ani	32	0.26	270	0	8	0
Populația rurală totală	12,366	100	9,262,851	100	749	

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației şi al locuințelor 2011.

Notă: * Ponderea copiilor de 0-17 ani care locuiesc în aceste sate în populația totală a acestor sate.

ANEXĂ TABEL 10.8: Distribuţia satelor cu populaţie îmbătrânită, pe regiuni, 2011

	Sate cu peste 50% dintre locuitori în vârstă de peste 50 de ani (%)			Sate cu peste 50% dintre locuitori în vârstă de peste 55 de ani (%)			Sate cu peste 50% dintre locuitori în vârstă de peste 60 de ani (%)		
Regiuni	Nu	Da	Total	Nu	Da	Total	Nu	Da	Total
Nord-Vest	78	22	100	86	14	100	92	8	100
Centru	81	19	100	88	12	100	93	7	100
Nord-Est	93	7	100	97	3	100	99	1	100
Sud-Est	82	18	100	90	10	100	96	4	100
Sud Muntenia	83	17	100	91	9	100	96	4	100
Bucureşti-Ilfov	98	2	100	100	0	100	100	0	100
Sud-Vest (Oltenia)	72	28	100	85	15	100	94	6	100
Vest	72	28	100	86	14	100	93	7	100
Total	81	19	100	90	10	100	95	5	100

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației şi al locuințelor 2011.

ANEXĂ TABEL 10.9: Ponderea locuinţelor conectate la utilităţi în satele cu populaţie îmbătrânită, 2011

	Sate cu peste 50% dintre locuitori în vârstă de peste 50 de ani (%)			Sate cu peste 50% dintre locuitori în vârstă de peste 55 de ani (%)			Sate cu peste 50% dintre locuitori în vârstă de peste 60 de ani (%)		
Locuințe dotate cu...	Nu	Da	Total	Nu	Da	Total	Nu	Da	Total
Apă curentă prin rețeaua publică	33	26	32	32	27	32	32	29	32
Sistem de canalizare conectat la o stație publică de evacuare a apelor uzate	6	3	6	6	4	6	6	4	6
Curent electric	99	99	99	99	99	99	99	99	99
Gaze pentru gătit prin rețeaua publică	11	6	10	10	7	10	10	6	10

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației şi al locuințelor 2011.

II. Date statistice privind comunele mici (cu mai puţin de 2.000 de locuitori)

ANEXĂ TABEL 10.10: Distribuţia comunelor şi a populaţiei rurale, în funcţie de mărimea populaţiei comunei, 2011

Populația comunei ...	Număr comune	Ponderea în numărul total al comunelor (%)	Populația totală	Ponderea în populația rurală totală (%)
<1.000 locuitori	88	3	65,117	1
1.000-1.499	247	9	314,583	3
1.500-1.999	416	15	727,606	8
2.000-2.499	419	15	941,083	10
2.500-2.999	363	13	992,611	11
peste 3.000 de locuitori	1,328	46	6,221,851	67
Total	2,861	100	9,262,851	100

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației şi al locuințelor 2011.

ANEXĂ TABEL 10.11: Distribuţia comunelor mici (sub 2.000 de locuitori), în funcţie de regiune, 2011 (%)

	Comunele după mărimea populației (număr de locuitori)							Comune mici	Comune mai mari	
	<1000	1000-1499	1500-1999	2000-2499	2500-2999	3000+	Total	<2000 de locuitori	peste 2000 de locuitori	Total
Nord-Vest	6	21	13	15	15	13	14	15	14	14
Centru	27	17	16	13	12	9	12	17	11	12
Nord-Est	0	5	13	14	17	24	18	9	21	18
Sud-Est	16	11	12	12	9	13	12	12	12	12
Sud Muntenia	6	11	13	20	18	21	18	12	20	18
Bucureşti-Ilfov	0	0	0	0	0	2	1	0	2	1
Sud-Vest (Oltenia)	15	16	19	18	17	10	14	18	13	14
Vest	31	18	14	8	12	6	10	17	7	10
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Nord-Vest	1	13	13	16	14	43	100	27	73	100
Centru	7	12	18	15	13	35	100	37	63	100
Nord-Est	0	3	11	12	12	63	100	13	87	100
Sud-Est	4	8	14	14	10	50	100	26	74	100
Sud Muntenia	1	5	11	16	12	55	100	17	83	100
Bucureşti-Ilfov	0	0	0	0	0	100	100	0	100	100
Sud-Vest (Oltenia)	3	10	20	19	15	34	100	32	68	100
Vest	10	16	20	11	15	28	100	46	54	100
Total	3	9	15	15	13	46	100	26	74	100

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației şi al locuințelor 2011.

ANEXĂ TABEL 10.12: Ponderea locuinţelor conectate la utilităţi, în funcţie de mărimea populaţiei comunei, 2011 (%)

	Comunele după mărimea populației (număr de locuitori)						
Locuințe dotate cu...	<1000	1000-1499	1500-1999	2000-2499	2500-2999	3000+	Total
Apă curentă prin rețeaua publică	31	28	34	28	29	33	32
Sistem de canalizare conectat la o stație publică de evacuare a apelor uzate	5	4	6	3	4	6	6
Curent electric	99	99	99	99	99	99	99
Gaze pentru gătit prin rețeaua publică	12	9	8	7	6	12	10

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației şi al locuințelor 2011.

ANEXĂ TABEL 10.13: Ponderea locuinţelor conectate la utilităţi în comunele mici, 2011 (%)

	Comune mici	Comune mai mari	
Locuințe dotate cu...	<2000 de locuitori	peste 2.000 de locuitori	Total
Apă curentă prin rețeaua publică	32	32	32
Sistem de canalizare conectat la o stație publică de evacuare a apelor uzate	5	6	6
Curent electric	99	99	99
Gaze pentru gătit prin rețeaua publică	9	11	10

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației şi al locuințelor 2011.

III. Date statistice privind oraşele mici (cu mai puţin de 20.000 de locuitori)

ANEXĂ TABEL 10.14: Distribuţia populaţiei urbane, în funcţie de mărimea oraşului şi regiune (%)

	Oraşe mici	Oraşe medii	Oraşe mari	
	1.641-20.000 de locuitori	20.000-200.000 de locuitori	>200.000 de locuitori	Total
Nord-Est	2.8	7.2	2.7	12.7
Sud-Est	1.9	5.8	4.9	12.5
Sud Muntenia	3.2	6.3	1.9	11.4
Sud-Vest	2.9	3.5	2.5	8.8
Vest	2.7	4.8	2.9	10.5
Nord-Vest	2.6	7.0	3.0	12.6
Centru	2.9	7.4	2.3	12.6
Bucureşti-Ilfov	0.5	1.0	17.3	18.9
TOTAL	19.3	43.1	37.6	100.0

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației şi al locuințelor 2011.

ANEXĂ TABEL 10.15: Distribuţia oraşelor mici şi a populaţiei urbane, în funcţie de mărimea populaţiei, 2011

	Localităţi (număr)			Populaţie (număr)		
Populaţie ...	Oraşe mici declarate înainte de 2002	Oraşe mici declarate recent	Total oraşe mici	Oraşe mici declarate înainte de 2002	Oraşe mici declarate recent	Total oraşe mici
0-4,999 locuitori	19	10	29	65,175	42,585	107,760
5,000-7,499	42	23	65	270,593	144,109	414,702
7,500-9,999	33	7	40	288,993	61,129	350,122
10,000-14,999	54	10	64	643,044	121,406	764,450
15,000-19,999	26	1	27	444,489	15,329	459,818
Total	174	51	225	1,712,294	384,558	2,096,852

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației şi al locuințelor 2011.

ANEXĂ TABEL 10.16: Nivelul mediu de dezvoltare umană locală (LHDI), în funcţie de tipul localităţii şi mărimea populaţiei, în 2002 şi 2011

	Oraşe mai mari peste 20.000 de locuitori		Oraşe mici (sub 20.000 de locuitori) declarate înainte de 2002		Oraşe mici (sub 20.000 de locuitori) declarate recent		Comune	
Populaţie ...	LHDI 2002	LHDI 2011	LHDI 2002	LHDI 2011	LHDI 2002	LHDI 2011	LHDI 2002	LHDI 2011
0-4.999 locuitori	-	-	41.7	43.9	37.4	41.1	31.9	35.7
5,000-7,499	-	-	40.8	43.7	37.4	41.4	36.0	40.6
7,500-9,999	-	-	42.9	46.0	39.3	43.6	38.0	44.1
10,000-14,999	-	-	44.2	46.9	39.1	43.9	39.9	46.3
15,000-19,999	-	-	46.4	48.3	*	*	-	-
20,000 or over	49.7	52.1	-	-	-	-	*	*
Total	49.7	52.1	43.2	45.9	38.1	42.5	32.6	36.6

Sursa: Indicele dezvoltării umane locale (LHDI) stabilit de Banca Mondială (Ionescu-Heroiu et al, 2013a).

Notă: * Un singur caz.

ANEXĂ TABEL 10.17: Comparaţia indicatorilor bugetului local: între oraşe mici, oraşe mai mari şi comune, în funcţie de mărimea populaţiei

	Venituri proprii ale localităților (media anuală pe cap de locuitor în RON, la valoarea reală a RON din 2009)			Volumul total al cheltuielilor aferente proiectelor cu finanțare europeană, în perioada 2009-2012 (euro pe cap de locuitor)		
Populație	Oraşe mici declarate înainte de 2002	Oraşe mici declarate recent	Comune	Oraşe mici declarate înainte de 2002	Oraşe mici declarate recent	Comune
0-4,999 locuitori	186	151	54	75	14	143
5,000-7,499	150	84	70	55	55	83
7,500-9,999	158	69	108	79	46	48
10,000-14,999	178	130	113	37	87	41
15,000-19,999	148	*	*	63	*	*
Total	164	107	58	57	51	133

Sursa: Date privind execuția bugetelor locale postate de Ministerul Administrației şi Internelor, disponibile la: http://www.dpfbl.mai.gov.ro/sit_ven_si_chelt_uat.html (data accesării: 10 ianuarie 2014), precum şi date demografice de la Recensământul din 2011 (Institutul Național de Statistică). Calcule realizate de Banca Mondială.

Notă: * Un singur caz de 15.000 de locuitori sau peste.[561]

[561] În prezent, date referitoare la execuția bugetelor locale sunt raportate de către Ministerul Dezvoltării și Administrației Publice.

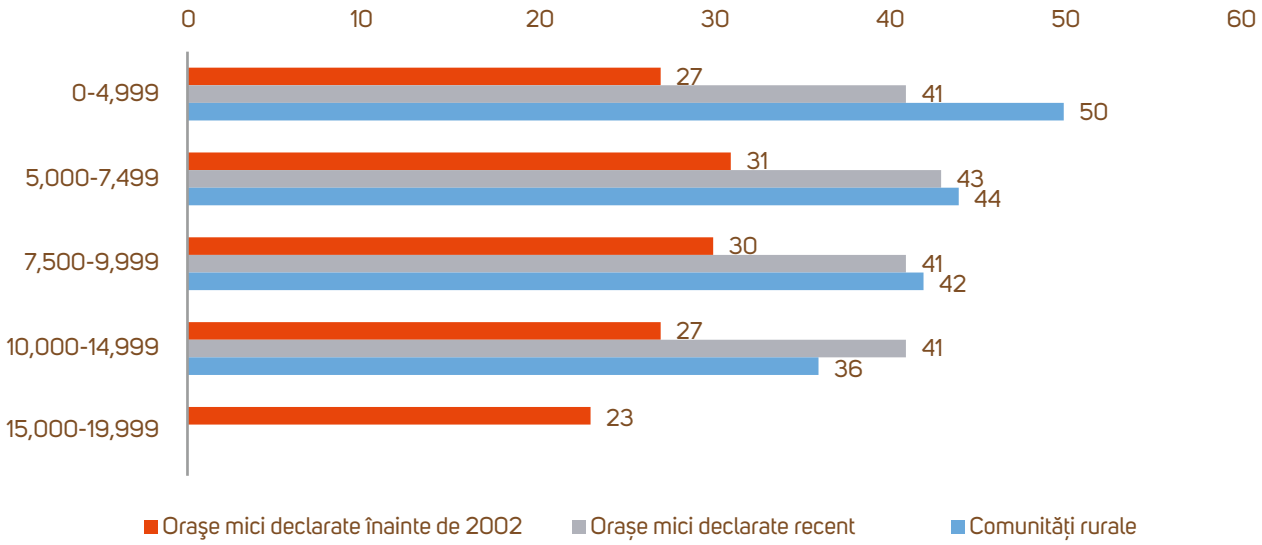
ANEXĂ TABEL 10.18: Ponderea medie a locuinţelor conectate la utilităţi în oraşele mici şi în comune, 2011 (%)

Mărimea populației	Oraşe mici declarate înainte de 2002	Oraşe mici declarate recent	Comune	Oraşe mici declarate înainte de 2002	Oraşe mici declarate recent	Comune
	Apă curentă prin rețeaua publică			Sistem de canalizare conectat la o stație publică de evacuare a apelor uzate		
0-4,999 locuitori	75	48	27	48	23	3
5,000-7,499	70	40	33	42	15	7
7,500-9,999	74	41	44	52	16	13
10,000-14,999	79	45	47	56	21	22
15,000-19,999	81	*	*	63	*	*
Total	75.5	43	28	52	19	4
	Gaze pentru gătit prin rețeaua publică					
0-4,999 locuitori	36	15	6			
5,000-7,499	25	21	13			
7,500-9,999	37	28	25			
10,000-14,999	47	25	34			
15,000-19,999	51	*	*			
Total	39	23	8			

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației şi al locuințelor 2011.

Note: Mărimea localității şi județul căruia îi aparține localitatea au fost menținute constante. Pentru a compara localități rurale şi urbane similare, a fost folosită metoda tendinței scorurilor. * Numai un oraş şi o comună cu peste 15.000 de locuitori. ** Pentru a face o comparație, ponderea medie a locuințelor conectate la utilități în oraşele mai mari (20.000 de locuitori şi peste) este următoarea: 92% apă curentă prin rețeaua publică, 85% sistem de canalizare conectat la o stație publică de evacuare a apelor uzate, 75,5% gaze pentru gătit prin rețeaua publică.

ANEXĂ FIGURA 10.1: Distribuţia populaţiei în vârstă de muncă ce nu este cuprinsă într-o formă de învăţământ sau instruire (în funcţie de cel mai înalt nivel de educaţie absolvit, în oraşele mici şi comune, şi după mărimea populaţiei), 2011 (%)



Sursa: Recensământul populației şi al locuințelor 2011. Calcule realizate de Banca Mondială.
Note: Pentru oraşele mici recent declarate şi pentru comune, nu a fost inclusă categoria de 15.000-19.999 de locuitori din cauza numărului mic de localități (numai un oraş şi o comună). În România, învățământul primar cuprinde clasele I-IV, în timp ce învățământul secundar inferior cuprinde ciclul gimnazial (clasele V-VIII).

ANEXĂ TABEL 10.19: Statutul ocupaţional al populaţiei în vârstă de muncă din oraşele mici şi comune, în funcţie de mărimea populaţiei, 2011 (valoare medie %)

Mărimea populației	Oraşe mici declarate înainte de 2002	Oraşe mici declarate recent	Comune	Oraşe mici declarate înainte de 2002	Oraşe mici declarate recent	Comune
		Salariați		Lucrători pe cont propriu (inclusiv lucrători familiali neremunerați) în agricultură		
0-4,999 locuitori	51	43	27	4	11	28
5,000-7,499	48	41	31	5	11	24
7,500-9,999	50	40	36	5	10	17
10,000-14,999	52	44	41	3	10	17
15,000-19,999	52	*	*	3	*	*
Total	51	42	28	4	11	27
		Şomeri		Persoane inactive, altele decât studenții sau pensionarii		
0-4,999 locuitori	7	7	4	14	19	21
5,000-7,499	7	6	4	18	20	20
7,500-9,999	8	6	4	17	22	23
10,000-14,999	7	6	4	16	19	19
15,000-19,999	7	*	*	15	*	*
Total	7	6	4	17	19	21

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației şi al locuințelor 2011.

Notă: * Numai un oraş şi o comună.

ANEXĂ TABEL 10.20: Statutul ocupaţional al populaţiei în vârstă de muncă din oraşele cu peste 20.000 locuitori, în funcţie de mărimea populaţiei, 2011 (valoare medie %)

	20,000-199,999	200,000+	Total
Salariați	57	60	57
Lucrători pe cont propriu (inclusiv lucrători familiali neremunerați) în agricultură	1.2	0.4	1.1
Şomeri	6	5	6
Persoane inactive, altele decât studenții sau pensionarii	12	8	12

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației şi al locuințelor 2011.

IV. Date statistice privind zonele marginalizate

ANEXĂ TABEL 10.21: Cele trei criterii ale marginalizării, cu indicatorii cheie şi pragurile naţionale aferente, în mediul urbane şi rural (%)

	URBAN		RURAL	
Criterii/ Dimensiune	Indicatori cheie	A 80-a sutime = pragul urban la nivel național *)	Indicatori cheie	A 80-a sutime = pragul rural la nivel național **)
Capital uman	Proporția populației cu vârste de 15-64 de ani care a absolvit cel mult 8 clase	22.1	Proporția populației cu vârste de 15-64 de ani care a absolvit cel mult 8 clase	59.3
	Proporția persoanelor cu dizabilități, boli cronice sau alte afecțiuni medicale care le îngreunează activitățile zilnice	8	-	
	Proporția copiilor (0-17 ani) în populația totală	20.5	-	
Ocuparea forței de muncă	Proporția persoanelor de 15-64 ani care nu sunt încadrate pe piața formală a muncii (salariați sau patroni) şi nu urmează o formă de învățământ	22.2	Proporția persoanelor de 15-64 ani care nu urmează o formă de învățământ şi nu au fost niciodată încadrate pe piața formală a muncii (salariați, patroni sau pensionari)	72.1
	Proporția locuințelor fără curent electric	0.0***)	Proporția locuințelor fără curent electric	2.7****)
Locuire	Proporția locuințelor supraaglomerate (<15,33 m2 pe persoană)	54.7	Proporția locuințelor supraaglomerate (indicator Eurostat*****)	26.1****)
	Nesiguranță locativă: proporția gospodăriilor care nu dețin o locuința proprietate personală	12.3	Proporția locuințelor fără apă curentă	87.9****)

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației şi al locuințelor 2011. Pentru mediul urban, Swinkels et al (2014a: 9).

Note: *) În mediul urban, pragurile sunt calculate folosind doar sectoarele de recensământ cu gospodării, cu un număr total de 50-500 de locuitori. **) În mediul rural, pragurile sunt calculate folosind doar sectoarele de recensământ cu gospodării, cu un număr total de minim 50 de locuitori. ***) Sub 1% dintre locuințele urbane sunt fără curent electric, a 80-a sutime fiind prin urmare 0%. Orice sector urban de recensământ în care cel puțin o locuință nu este conectată la rețeaua electrică (şi prin urmare valoarea este mai mare de 0%) depăşeşte acest prag. ****) Pentru criteriul referitor la locuire, pragul rural la nivel național a fost fixat la a 90-a sutime, iar criteriul este depăşit dacă oricare dintre cei trei indicatori este mai mare decât pragul aferent. *****) Indicatorul Eurostat privind supraaglomerarea, fără condiția referitoare la existența unei camere pentru gospodărie.

ANEXĂ TABEL 10.22: Distribuţia sectoarelor de recensământ după mărimea localităţii, în mediul rural şi urban, în 2011

Dimensiunea localității Populația stabilă:	Sectoare de recensământ				
	Număr de localități	Număr total	Număr mediu pe localitate	Număr minim pe localitate	Număr maxim pe localitate
RURAL:	2,861	46,547	16	2	61
119-499	12	85	7	4	11
500-999	76	615	8	3	21
1,000<2,000	663	6,775	10	2	37
2,000<3,000	782	10,783	14	6	36
3,000<7,500	1,236	25,152	20	7	61
7,500<20,000	91	3,107	34	17	58
20,000<30,000	1	30	30	30	30
URBAN:	320	50,299	157	10	7,573
1,000<2,000	1	12	12	12	12
2,000<3,000	6	80	13	10	16
3,000<7,500	87	2,675	31	12	62
7,500<20,000	131	7,325	56	27	100
20,000 - 149,999	82	19,290	235	67	773
150,000 sau mai mult	12	13,344	1,112	739	1,459
București	1	7,573	7,573	7,573	7,573

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației şi al locuințelor 2011.

ANEXĂ TABEL 10.23: Rata de marginalizare a categoriilor cheie de populație, în mediul rural şi urban, "în 2011

Indicatori cheie	RURAL			URBAN		
	Zone marginalizate	Zone nemarginalizate	Total	Zone marginalizate	Zone nemarginalizate	Total
	%	%	%	%	%	%
POPULAȚIE						
(Populația stabilă)	6.2	93.9	100	3.2	96.8	100
Romi (autoidentificați)	38.7	61.3	100	30.8	69.2	100
Non-romi	4.7	95.3	100	2.6	97.4	100
Persoane cu dizabilități, boli cronice sau alte afecțiuni medicale	4.9	95.1	100	3.4	96.6	100
Vârstnici peste 65 de ani	4.1	95.9	100	1.2	98.8	100
Copii de 0-17 ani	9.6	90.4	100	5.8	94.2	100
Populația cu vârste de 15-64 de ani care a absolvit cel mult 4 clase	21.0	79.0	100	18.2	81.8	100

Indicatori cheie	RURAL			URBAN		
	Zone marginalizate	Zone nemarginalizate	Total	Zone marginalizate	Zone nemarginalizate	Total
	%	%	%	%	%	%
Populația cu vârste de 15-64 de ani care a absolvit cel mult 8 clase	9.9	90.1	100	8.8	91.2	100
Populația în vârstă de muncă (15-64 de ani) necuprinsă în sistemul de educație	5.8	94.2	100	2.9	97.1	100
Proporția persoanelor cu vârste de 15-64 de ani care nu urmează o formă de învățământ şi nu au fost niciodată încadrate pe piața formală a muncii (salariați, patroni sau pensionari)	21	79	100	6.3	93.7	100
GOSPODĂRII			100	2.6	97.4	100
Gospodării cu minim 5 membri	8.3	91.7	100	6.4	93.6	100
Gospodării cu minim 3 copii	15.9	84.1	100	14.8	85.2	100
LOCUINȚE	5.2	94.8	100	2.5	97.5	100
Locuințe neconectate la rețeaua de alimentare cu apă	9.9	90.1	100	11.9	88.1	100
Locuințe neconectate la sistemul de canalizare	7.8	92.2	100	11.9	88.1	100
Locuințe fără curent electric	26.6	73.4	100	24.7	75.3	100
Locuințe supraaglomerate*)	10.7	89.3	100	4.0	96.0	100
Gospodării cu situație locativă incertă	5.9	94.1	100	7.3	92.7	100

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației şi al locuințelor 2011. Pentru mediul urban, Swinkels et al (2014a: 281).

Note: *) În mediul urban, se măsoară în raport cu un prag de <15,33 m2 pe persoană; în mediul rural, pe baza indicatorului Eurostat privind supraaglomerarea, fără condiția referitoare la existența unei camere pe gospodărie.

ANEXĂ TABEL 10.24: Ponderea persoanelor care nu sunt ocupate/ salariate sau cuprinse în sistemul de învăţământ, în funcţie de vârstă, gen şi tipul zonei de rezidență

		% dintre persoanele care nu sunt nici angajate, nici cuprinse în sistemul de învățământ		% dintre persoanele care nu sunt nici angajate, nici cuprinse în sistemul de învățământ	
		Zone marginalizate	Zone nemarginalizate	Zone marginalizate	Zone nemarginalizate
15-19 ani		36	17	51	23
20-64	Total	45	36	88	64
	Bărbați	38	33	85	59
	Femei	53	40	90	69
	Bărbați, romi	62	62	92	81
	Bărbați, non-romi	30	32	83	59
	Femei, rome	69	64	95	88
	Femei, non-rome	47	39	88	69

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației şi al locuințelor 2011.

ANEXĂ TABEL 10.25: Persoane din mediul urban în funcție de indicatori de ocupare a populației şi tipul zonei de rezidență (%)

	URBAN		
Indicatori cheie	Zone marginalizate	Zone nemarginalizate	Total
Lucrători vulnerabili*) 15-64 ani	8.2	91.8	100
Lucrători în sectorul informal**) 15-64 ani	5.1	94.9	100
Casnice și alte persoane dependente din punct de vedere economic 15-64 ani	7.4	92.6	100
Populația cu vârsta cuprinsă între 15 și 19 ani, care nu sunt nici angajate, nici cuprinse într-o formă de învățământ sau instruire (NEET)	13.3	86.7	100
Populația cu vârsta cuprinsă între 20 și 64 ani angajate	2.1	97.9	100

Sursa: Swinkels et al (2014a: 281).

Nota: *) Categoria lucrători vulnerabili include: ajutoarele familiale neplătite, muncitorii în agricultură, muncitorii cu ziua. **) Lucrători vulnerabili și lucrători pe cont propriu.

ANEXĂ TABEL 10.26: Rate ale marginalizării în funcție de mărimea localității și regiune, în zone rurale și urbane, 2011 (% din populație)

	RURAL			URBAN		
Indicatori cheie	Zone marginalizate	Zone nemarginalizate	Total	Zone marginalizate	Zone nemarginalizate	Total
	%	%	%	%	%	%
DIMENSIUNEA LOCALITĂȚII						
(Populația stabilă)	6,2	93,9	100	3,2	96,8	100
< 2.000	5.6	94.4	100	11,2	88,8	100
2.000 – 4.999	6.7	93.3	100	6,9	93,1	100
5.000 – 9.999	5.6	94.4	100	9,0	91,0	100
10.000 – 19.999	2.0	98.0	100	6,3	93,7	100
20.000 - 149.999	-	-	100	3,6	96,4	100
peste 150.000	-	-	100	1,1	98,9	100
Bucureşti	-	-	100	0,8	99,2	100
REGIUNEA DE DEZVOLTARE						
Nord-Est	11.3	88.7	100	4,3	95,7	100
Sud-Est	6.8	93.2	100	4,2	95,8	100
Sud Muntenia	4.0	96.0	100	2,9	97,1	100
Sud-Vest Oltenia	4.5	95.5	100	2,5	97,5	100
Vest	1.2	98.8	100	3,7	96,3	100
Nord-Vest	4.4	95.6	100	3,1	96,9	100
Centru	8.0	92.0	100	4,3	95,7	100
Bucureşti-Ilfov	0.6	99.4	100	1,2	98,8	100

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației şi al locuințelor 2011. Pentru mediul urban, Swinkels et al (2014a: 13).

ANEXĂ TABEL 10.27: Proporţia persoanelor care trăiesc în locuinţe fără servicii de bază, în funcţie de etnie şi tipul zonei (%)

		RURAL				URBAN			
Persoane		Total	Romi	Non-romi	Diferența (romi - non-romi)	Total	Romi	Non-romi	Diferența (romi – non-romi)
Apă curentă prin rețeaua publică	Zone nemarginalizate	66	75	65	10	8	31	8	23
	Zone marginalizate	86	82	88	-5	34	49	30	19
	Total	67	78	66	11	9	37	8	28
Apă caldă prin rețeaua publică	Zone nemarginalizate	99	99	99	1	63	88	63	26
	Zone marginalizate	100	100	100	0	92	96	91	5
	Total	99	100	99	1	64	91	63	27
Sistem de canalizare conectat la o stație publică de evacuare a apelor uzate	Zone nemarginalizate	94	98	94	4	16	53	15	38
	Zone marginalizate	99	100	99	0	59	77	54	22
	Total	94	98	94	4	17	60	16	44
Curent electric	Zone nemarginalizate	0.7	3.9	0.6	3	0.1	1.7	0.1	2
	Zone marginalizate	5.3	9.5	3.7	6	3.9	10.3	2.2	8
	Total	1.0	6.1	0.7	5	0.2	4.4	0.2	4
Gaze pentru gătit prin rețeaua publică	Zone nemarginalizate	89	93	89	4	25	66	24	41
	Zone marginalizate	98	98	98	-1	73	88	69	19
	Total	90	95	89	6	26	73	25	47

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației şi al locuințelor 2011.

ANEXĂ TABEL 10.28: Proporţia persoanelor care trăiesc în locuinţe fără servicii de bază, în funcţie de etnie, tipul zonei şi ponderea romilor (%)

	Ponderea romilor în populația totală a sectorului de recensământ	Zone nemarginalizate			Zone marginalizate		
		Total	Romi	Non-romi	Total	Romi	Non-romi
URBAN							
Apă curentă prin rețeaua publică	0	7	0	7	40	0	40
	(0.1-19.9)	9	23	9	25	34	25
	(20-39.9)	30	40	26	32	46	27
	(40-100)	44	50	37	48	54	37
Apă caldă prin rețeaua publică	0	60	0	60	94	0	94
	(0.1-19.9)	68	83	67	90	94	90
	(20-39.9)	93	95	92	91	96	89
	(40-100)	97	98	96	96	97	93
Sistem de canalizare conectat la o stație publică de evacuare a apelor uzate	0	14	0	14	65	0	65
	(0.1-19.9)	18	39	18	48	57	48
	(20-39.9)	57	69	53	57	71	52
	(40-100)	77	82	70	77	84	67
Curent electric	0	0	0	0	2	0	2
	(0.1-19.9)	0	2	0	2	7	2
	(20-39.9)	1	2	1	5	9	3
	(40-100)	1	2	1	9	11	5
Gaze pentru gătit prin rețeaua publică	0	23	0	23	80	0	80
	(0.1-19.9)	28	54	27	66	78	65
	(20-39.9)	62	76	56	71	86	64
	(40-100)	85	91	76	82	90	69
RURAL							
Curent electric	0	1	0	1	4	0	4
	(0.1-19.9)	1	3	1	4	9	3
	(20-39.9)	2	4	1	6	11	4
	(40-100)	3	5	1	8	9	4

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială în baza Recensământului populației şi al locuințelor 2011.

Titlul programului: Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013.
Investește în oameni!
Titlul proiectului: Considerente pentru elaborarea proiectului de Strategie Națională și a Planului de Acțiune privind incluziunea socială și reducerea sărăciei (2014-2020)
Editor: Banca Mondială
Data publicării: 30 Octombrie 2015
Conținutul acestui material nu reprezintă în mod obligatoriu poziția oficială a Uniunii Europene sau a Guvernului României.