

# CALITATEA VIETII



## UN PROIECT PENTRU ROMÂNIA

COORDONATORI:

ELENA ZAMFIR ȘI IULIANA PRECUPEȚU



EDITURA ACADEMIEI ROMÂNE

**CALITATEA VIETII**  
**UN PROIECT PENTRU ROMANIA**



**ELENA ZAMFIR      IULIANA PRECUPETU**  
**coordonatori**

**CALITATEA VIETII**  
**UN PROIECT PENTRU ROMÂNIA**



**EDITURA ACADEMIEI ROMÂNE**  
**București, 2018**

Copyright © Editura Academiei Române, 2018  
Toate drepturile asupra acestei ediții sunt rezervate editurii.

EDITURA ACADEMIEI ROMÂNE  
Calea 13 Septembrie nr. 13, sector 5  
050711, București, România  
Tel: 4021-318 81 46, 4021-318 81 06  
Fax: 4021-318 24 44  
E-mail: edacad@ear.ro  
Adresă web: www.ear.ro

**Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României**

**Calitatea vieții: un proiect pentru România** / coord.: Elena Zamfir,  
Iuliana Precupețu. – București: Editura Academiei Române, 2018  
Conține bibliografie  
ISBN 978-973-27-2871-0

I. Zamfir, Elena (coord.)  
II. Precupețu, Iuliana (coord.)

316

Redactor: Călin DIMITRIU  
Tehnoredactor: Doina STOIA  
Coperta: Mariana ȘERBĂNESCU

---

Bun de tipar: 17.04.2018. Format: 16/70 × 100  
Coli de tipar: 26  
C.Z. pentru biblioteci mari: 339 (498)  
C.Z. pentru biblioteci mici: 33

---

## CUPRINS

|                                                                      |   |
|----------------------------------------------------------------------|---|
| <b>Cuvânt-înainte</b> – <i>Elena Zamfir, Iuliana Precupețu</i> ..... | 7 |
|----------------------------------------------------------------------|---|

### INTRODUCERE

|                                                                                                        |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Calitatea vieții în strategiile de dezvoltare și etica acțiunii sociale –<br><i>Elena Zamfir</i> ..... | 17 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

### PARTEA ÎNTÂI. DIMENSIUNI ALE CALITĂȚII VIEȚII

|                                                                                                                                                 |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Analiza sistemului de educație din România din perspectiva<br>obiectivelor pe termen mediu și lung – <i>Gabriela Neagu</i> .....                | 61  |
| Starea de sănătate a populației în România. Pentru o abordare socială<br>în domeniul sănătății – <i>Iuliana Precupețu, Cosmina Elena Pop...</i> | 86  |
| Resurse financiare și umane pentru sistemul de sănătate din România –<br><i>Cristina Tomescu</i> .....                                          | 124 |
| Ocuparea în România; surse de vulnerabilitate – <i>Simona Ilie, Ana<br/>Maria Preoteasa</i> .....                                               | 139 |
| Condițiile de locuit, calitatea locuirii și politicile de locuire – <i>Cosmin<br/>Briciu</i> .....                                              | 169 |
| Calitatea guvernării în România – <i>Monica Marin, Adriana Neguț,<br/>Claudia Petrescu, Iulian Stănescu, Manuela Sofia Stănculescu ...</i>      | 190 |

### PARTEA A DOUA. INDICATORI OBIECTIVI AI CALITĂȚII VIEȚII

|                                                                                                |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Bugetul și nivelul de trai în gospodărie – <i>Simona Ilie</i> .....                            | 219 |
| O analiză comparativă a determinării pragurilor de sărăcie – <i>Adina<br/>Mihăilescu</i> ..... | 240 |
| Consumul mediu în România în perspectivă europeană – <i>Maria Livia<br/>Ștefănescu</i> .....   | 247 |
| Inegalitățile de venituri – <i>Ionuț-Marian Anghel, Elena Tudor</i> .....                      | 257 |
| Sărăcia în România – <i>Mihnea Preotesi</i> .....                                              | 269 |

|                                                                                                          |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Direcții în protecția socială – <i>Simona Ilie, Sorin Cace</i> .....                                     | 289 |
| Beneficiile sociale – <i>Daniel Arpinte, Sorin Cace, Alexandra Deliu</i> ....                            | 298 |
| Spre un sistem integrat de servicii publice în asistență socială –<br><i>Elena Zamfir</i> .....          | 307 |
| Tipuri de servicii publice de asistență socială – <i>Daniel Arpinte</i> .....                            | 330 |
| Suportul social pentru vârstnicii din România – <i>Mariana Stanciu,</i><br><i>Adina Mihăilescu</i> ..... | 337 |

## ÎN LOC DE CONCLUZII

|                                                                                                                                         |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Evoluția tematicii calității vieții: o analiză sociologică –<br><i>Cătălin Zamfir</i> .....                                             | 365 |
| Institutul de Cercetare a Calității Vieții (ICCV) în politicile publice<br>timp de 28 de ani – <i>Cătălin Zamfir, Alin Casapu</i> ..... | 381 |
| <b>Contents</b> .....                                                                                                                   | 407 |
| <b>Summary</b> .....                                                                                                                    | 409 |

## CUVÂNT-ÎNAINTE

ELENA ZAMFIR  
IULIANA PRECUPETU

### ARGUMENTE PENTRU VOLUM

În România, pe perioada tranziției, mediul academic și de cercetare s-a manifestat tot mai activ în identificarea și analiza problemelor sociale, economice și morale. Cercetătorii din Institutul de Cercetare a Calității Vieții (ICCV) au contribuit la formularea unor sugestii/propuneri pragmatice, răspunsuri posibile la prevenirea și reducerea riscurilor sociale moderne; au ajutat la clarificarea direcțiilor de politici sociale în cadrul unei strategii integrate de dezvoltare a țării (proiect/model viitor de țară) centrată pe creșterea calității vieții.

Relația cu factorii politici decidenți nu a fost însă una lineară, cooperantă pe tot parcursul perioadei de tranziție. Constant, începuturile unei noi guvernări politice au fost însoțite de promisiuni explicite de parteneriat cu mediul academic de cercetare și societatea civilă. E drept că multe din produsele cercetărilor sociale din ICCV au fost utilizate în campanii electorale ca argumente de reconstrucție a justiției sociale și preluate masiv în programele de guvernare prin politici publice. În timp, promisiunile electorale erau uitate de decidenții politici, iar relația cu lumea academică și de cercetare se dilua până la estompare. Rezultatele cercetării erau fie ignorate, fie criticate sau chiar contestate.

Volumul de față, sub forma unor studii de autor, aduce contribuții ale cercetătorilor din ICCV la înțelegerea și analiza proceselor de elaborare și derulare a politicilor publice, așa cum apar ele în strategiile guvernamentale, în cei 28 de ani parcurși de România postdecembristă. Având în vedere poziția marginală/periferică pe care România o ocupă în reformele de politică socială în rândul țărilor membre UE și ținând cont de noul context al cerințelor

europene, studiile sugerează regândirea obiectivelor și ȋntelilor pentru un nou model de țară orientat spre creșterea calității vieții. Diagnosticarea stării sociale pe componentele ei sectoriale este completată de propuneri pentru o nouă viziune în fixarea unei strategii de dezvoltare viitoare a țării. Argumente oferite de datele statistice naționale și internaționale, analize secundare ale datelor din cercetare, rapoarte de cercetare socială, cercetări empirice ale ICCV-ului, scenarii posibile în evoluția postdecembristă a țării etc. au stat la baza elaborării studiilor de față.

## STRUCTURA VOLUMULUI

Paradigma calității vieții fundamentează direcțiile principale de abordare a problemelor acestui volum. Studiul introductiv *Calitatea vieții în strategiile de dezvoltare și etica acțiunii sociale* descrie, din punct de vedere teoretic, abordarea urmată în volum. Subliniind valențele conceptului de calitate a vieții ca obiectiv central al programelor politice, al strategiilor de dezvoltare de țară și al proiectelor sociale europene, capitolul definește semnificația complexă, inter și multidisciplinară a acestuia, menționând factorii de bază ai creșterii calității vieții. Studiul trece în revistă metodologia abordării calității vieții și utilizează date de cercetare recente pentru a caracteriza bunăstarea subiectivă în România. Se accentuează aici că în prezent, prin orientarea sa practică, calitatea vieții, devine un reper al acțiunii sociale de schimbare/perfecționare a condițiilor sociale și de mediu: „Din această perspectivă, calitatea vieții apare ca o proiectare deschisă a acțiunii colective și individuale în găsirea de oportunități, resurse pentru fundamentarea unor măsuri eficiente și soluții pragmatice de schimbare” (p. 39). De asemenea, se subliniază faptul că „reușita unui proiect strategic de dezvoltare de țară nu poate face abstracție de normele moralei ca parte integrantă a democrației și civilizației moderne” (p. 49). Aceasta întrucât fixarea obiectivelor de dezvoltare de țară, alegerea cadrului de referință, clarificarea ȋntelilor și a mijloacelor de realizare a obiectivelor strategice reprezintă nu doar o intenție sau un act unilateral de voință politică numai a guvernanților, a decidenților politici, așa cum adesea s-a întâmplat în România postdecembristă. În orice regim

democrat, alegerea unui proiect de țară presupune o opțiune fermă pentru o etică a acțiunii colective, iar actorii sociali trebuie să fie implicați/consultați atât în procese de decizie, cât și în cele de evaluare și monitorizare a programelor inițiate. Se arată însă că „societatea modernă, caracterizată prin orientarea sa pragmatică centrată pe profit, are un deficit sever în sfera mecanismelor de creare și funcționare a unei culturi a solidarității sociale și a învățării a *cum să construim împreună*” (p. 49).

Prima parte a volumului este dedicată analizei dimensiunilor fundamentale ale calității vieții.

Capitolul *Analiza sistemului de educație din România din perspectiva obiectivelor pe termen mediu și lung* se concentrează pe evaluarea situației actuale a sistemului de învățământ din România prin raportare la obiectivele asumate în documentele de politică educațională și propune un set de ținte/obiective prioritare, detaliind modul (resursele necesare) în care acestea pot fi atinse. Dezbătând rolul educației ca una dintre componentele esențiale ale dezvoltării socioeconomice a societății, acest studiu susține necesitatea completării politicilor educaționale cu politici sociale. Acestea, împreună, pot crea un suport consistent pentru populația defavorizată, în scopul sporirii șanselor de acces la o educație de calitate.

În capitolul *Starea de sănătate a populației. Pentru o abordare socială a sănătății* este argumentată necesitatea introducerii și utilizării unui cadru de analiză și intervenție în domeniul sănătății bazat pe factorii determinanți ai stării de sănătate. Totodată, este descrisă starea de sănătate a populației cu scopul de a identifica profilul epidemiologic al populației. Se subliniază rolul determinant al unor factori sociali în actuala stare de sănătate a populației, precum și posibile căi de prevenire a riscurilor îmbolnăvirii și de îmbunătățire a situației actuale de sănătate în România. În completarea acestei abordări, sunt tratate *Resursele financiare și umane pentru sistemul de sănătate din România*. Autoarele subliniază importanța considerării sănătății ca prioritate în strategiile de dezvoltare a României, alături de educație și ocupare, cu recomandarea finanțării acestor domenii ca investiții majore în om, și nu în calitate de cheltuieli, așa cum se întâmplă în mod curent. Sănătatea, educația și ocuparea sunt strâns legate, astfel încât investițiile într-unul din aceste domenii pot produce, într-un orizont rezonabil de timp, efecte și în celelalte. Astfel, consecințele investiției în educație pot deveni vizibile pe piața forței

de muncă în competențe, în sănătate (prin comportamente sănătoase asociate cu nivelul mai înalt de educație), dar și în domenii cum sunt participarea politică, implicarea socială, valorile sociale etc.

Capitolul *Ocuparea în România; surse de vulnerabilitate* analizează, pe baza teoriilor sociale și a datelor de cercetare, specificul ocupării românești, atrăgând atenția asupra surselor de vulnerabilitate care țin de tipul de contract de muncă, nivelul salarial și condițiile de muncă. Direcțiile de dezvoltare a domeniului includ o serie de propuneri cum sunt: creșterea ocupării salariale prin susținerea dezvoltării antreprenoriatelor mici și mijlocii, stimularea asocierii în mediul rural și al unei minime integrări pe verticală a producției agrozootehnice, coborârea vârstei de contact a tinerilor cu piața muncii (menținerea și extinderea practicilor curente) prin extinderea învățământului profesional (pe o structură de interes pentru piața muncii), îmbunătățirea calității locului de muncă.

Un alt domeniu al calității vieții, locuirea, este tratat în studiul *Condițiile de locuit, calitatea locuirii și politicile de locuire*. Problemele caracteristice locuirii în România sunt analizate pe baza datelor disponibile: calitatea scăzută a fondului de locuințe, costurile locuirii, dificultatea accesului la locuință al tinerilor, fenomenul zonelor marginalizate și lipsa de reglementare a dezvoltării urbane, problema persoanelor fără adăpost în orașele mari, accesul redus la utilități și, uneori, la servicii sociale în rural. Capitolul menționează ca o direcție majoră de dezvoltare necesitatea și urgența regândirii radicale a rolului și importanței politicilor de locuire în ansamblul politicilor publice, astfel încât noi programe și resurse sporite să fie implicate în acest domeniu.

Următorul capitol, *Calitatea guvernării în România*, își propune o analiză a condițiilor și factorilor interni și externi care pot contribui la creșterea calității administrației publice. De asemenea, analiza urmărește identificarea unor direcții prioritare de acțiune, preponderent axate pe termen scurt. Studiul propune obiective specifice în scopul creșterii calității administrației publice ca o condiție necesară pentru îmbunătățirea calității furnizării serviciilor publice și, mai general, pentru o bună guvernare.

A doua parte a volumului se concentrează asupra dimensiunii materiale a calității vieții, analizând o serie de indicatori obiectivi. Riscul înalt de sărăcie, rata mare a deprivării materiale, existența unor categorii și segmente de populație în mod particular vulnerabile, consumul scăzut și cu structură

dezechilibrată, inegalitatea înaltă a veniturilor, toate acestea conturează, alături de actualele politici bazate pe cheltuielile scăzute pentru protecție socială, o imagine a unei societăți cu un standard de viață scăzut.

Capitolul *Bugetul și nivelul de trai în gospodărie* pune în discuție particularitățile standardului de viață în România. Astfel, puternica dependență a acestuia de veniturile salariale și rolul minor al veniturilor din capital și proprietăți fac necesare creșterea ocupării și controlul inechității veniturilor din muncă. Direcțiile de acțiune în scopul creșterii nivelului de trai includ o serie de elemente, de la măsurile sociale focalizate pentru categoriile aflate în nevoie și până la măsurile complexe ce vizează domenii precum cel fiscal, al politicilor de locuire, al celor sanitare și de sănătate și al serviciilor sociale rezidențiale.

În completarea discuțiilor care vizează standardul de viață, capitolul *O analiză comparativă a determinării pragurilor de sărăcie* ilustrează caracteristici ale consumului în diferitele tipuri de gospodării aflate la nivelul de trai decent și de subzistență. Analizând consumul din România prin comparații la nivel european, capitolul *Consumul mediu în România în perspectivă europeană* pune în evidență disparitățile existente între țara noastră și celelalte țări europene, în ciuda unei rate mari de creștere a consumului.

Capitolul *Inegalitățile de venituri* ilustrează creșterea inegalității de venituri după anul 1990 în România și oferă explicații ce țin de opțiunile economice ale țării, conturând, în același timp, posibile direcții de acțiune pentru atenuarea diferențierilor majore de venituri.

Reprezentând o problemă majoră a societății românești, sărăcia, deși analizată din perspective diferite pe tot parcursul volumului, apare într-un capitol distinct, *Sărăcia în România*. Pe parcursul tranziției, tendințele înregistrate în dinamica sărăciei au fost marcate de câteva etape majore: o creștere a sărăciei absolute în primii 10 ani ai tranziției, o scădere a incidenței sărăciei absolute cu efecte diferențiate relativ la unele categorii vulnerabile, o creștere a vulnerabilității anumitor categorii: copii, familii cu copii, tineri, precum și a unor categorii aflate în situații speciale de viață, precum vârstnicii singuri. În acest context sunt discutate posibile măsuri care pot contribui la reducerea sărăciei: o realocare dinspre beneficiile monetare spre cele nemonetare, politici de stimulare a ocupării forței de muncă și a veniturilor obținute din muncă, cu focalizare pe cei mai săraci 20% dintre

indivizi, o formulă de beneficii de asistență socială care oferă beneficiarilor cu capacitate de muncă un stimulent pentru a munci și a beneficia și de măsuri de sprijin de asistență socială.

Capitolul *Direcții în protecția socială* pune în discuție posibile opțiuni pentru un model al statului bunăstării, subliniind importanța reconstrucției coerenței sociale și concentrarea asupra echilibrului regional al dezvoltării.

O schimbare de paradigmă este necesară în modul în care problemele sociale sunt ținute în România, creșterea economică prognozată pentru următorii ani „nefiind suficientă pentru ca starea de fapt să se îmbunătățească în România, raportat la situația curentă” (p. 305). Astfel, capitolul *Beneficiile sociale* menționează că o creștere importantă a standardului de viață al populației presupune o „schimbare calitativă, care să fie rezultatul unei regândiri a priorităților statale, ... o reinterpretare a relației stat – cetățean: o posibilă opțiune ar fi responsabilizarea structurală, astfel încât statul să devină un partener credibil pentru rezolvarea potențialelor situații problematice la nivel individual/al grupurilor vulnerabile” (p. 305).

Capitolul *Spre un sistem integrat de servicii publice în asistență socială* dezbate modul în care serviciile de asistență socială pot contribui la asigurarea unui trai de viață decent pentru grupuri și persoane în dificultate. Subliniind necesitatea prioritizării problemelor sociale în politicile publice și rezolvarea lor la timp prin centrarea pe tipuri de nevoi și pe categorii de beneficiari, această secțiune pledează pentru dezvoltarea unui sistem integrat de servicii publice de asistență socială, complementar cu servicii comunitare moderne, în acord cu standardele europene. Orice configurație a sistemului de servicii de asistență este structural dependentă atât de profilul socio-economic al societății, de opțiunile de politică socială, cât și de modelele culturale de viață prezente în comunitate. Eficiența unui sistem modern activ de asistență constă în complementaritatea tuturor formelor de suport social, în bani și în servicii, ele fiind strâns interconectate. Totodată, asistența socială vizează toate componentele vieții omului în dificultate: educație, sănătate, ocupare, locuire, participare civică etc. Din păcate, în România, pe perioada tranziției, s-a evidențiat un dezechilibru major în politicile sociale publice, între beneficiile și serviciile de asistență. Constant, serviciile de asistență personalizate au fost cronic subfinanțate în raport de beneficii și slab dezvoltate la nivel de politici publice. Astfel, operaționalizarea unor obiective prioritare în

politicile sociale centrate pe servicii active de asistență de tip antisărăcie și incluziune socială ale guvernelor postdecembriste nu au luat în calcul structura complex – integrată a tuturor nevoilor și a evitării riscurilor sociale în asigurarea unei vieți autonome/decente a persoanelor vulnerabile. Concluzia studiului este: asigurarea unui sistem public modern de servicii integrate de asistență socială în acord cu standardele europene ale unei vieți decente rămâne pentru România un obiectiv major de atins.

Capitolul *Tipuri de servicii publice de asistență socială* completează imaginea creată anterior asupra asistenței sociale, prin evidențierea problemelor ce țin de organizarea serviciilor de asistență.

Studiul *Supportul social pentru vârstnicii din România* este dedicat problemelor vârstnicilor și formelor de suport prin sistemul public de pensii, sistemul de asistență socială și sistemul public de servicii medicale. În condițiile în care calitatea vieții persoanelor vârstnice depinde esențial de nivelul de finanțare și de performanțele funcționale ale acestor servicii, „identificarea și gestionarea punctelor critice sau vulnerabile ale acestora ar trebui să constituie o preocupare constantă a decidenților din sfera politicilor publice” (p. 359).

Capitolul *Institutul de Cercetare a Calității Vieții (ICCV) în politicile publice timp de 28 de ani* face o sinteză a principalelor direcții de cercetare în domeniul calității vieții și a politicilor sociale ale ICCV-ului, de la înființarea lui din ianuarie 1990, subliniind contribuțiile specializate ale cercetătorilor în timp. Producțiile științifice concretizate în cărți de specialitate, studii, reviste tematice și de dezbatere publică, rapoarte sociale de cercetare anuale, expertize științifice naționale și internaționale etc. au pus în fața decidenților politici, diagnoze, evaluări și propuneri pragmatice pentru politicile publice, cu impact direct în creșterea calității vieții. Menținerea calității vieții în atenția politicilor publice ca instrument de analiză a realității sociale și ca element orientativ al dezvoltării viitoare a fost și rămâne o constantă majoră a preocupărilor cercetătorilor din institut.

\* \* \*

Coordonatorii volumului mulțumesc tuturor colegilor care și-au asumat responsabilitatea științifică pentru contribuțiile la acest volum, ca efort al

cercetărilor lor derulate în timp. Studiile lor întregesc imaginea globală asupra unei realități sociale prezente privind calitatea vieții în România, dar și asupra unui posibil model/proiect viitor de dezvoltare de țară de creștere/îmbunătățire a calității vieții.

De asemenea, mulțumiri speciale adresăm colegilor noștri, profesor Ioan Mărginean și doctor Simona Stănescu, pentru sprijinul acordat și sugestiile de îmbunătățire făcute pe parcursul elaborării volumului.

# **INTRODUCERE**



# **CALITATEA VIEȚII ÎN STRATEGIILE DE DEZVOLTARE ȘI ETICA ACȚIUNII SOCIALE<sup>1</sup>**

ELENA ZAMFIR

## **O SCHEMĂ TEORETICĂ DE EXPLICAȚIE A CALITĂȚII VIEȚII: DEFINIȚII**

În societatea modernă, calitatea vieții este prezentă tot mai mult în spațiul dezbaterilor publice stimulând interesul decidenților politici și al actorilor sociali. Ea nu reprezintă doar o simplă temă de cercetare științifică sau o nouă etichetă verbală. Ea apare ca un obiectiv central al programelor politice, al strategiilor de dezvoltare de țară și al proiectelor sociale europene.

După anii '60–'70, tematica privind calitatea vieții s-a extins rapid din spațiul unor preocupări practice în cel al științelor, al programelor politice, al mass-media. România este una din puținele țări europene care a preluat masiv în cercetările sociologice complexa problematică a calității vieții, chiar de la apariția acesteia (Zamfir C. 1982, 1984, 1995; Zamfir E. 1984, 1989, 1995, 1997, 2013, 2014; Mărginean 2005; Mărginean și Precupețu 2008; Bălățescu 2014).

Calitatea vieții, prin orientarea sa practică, devine un reper al acțiunii sociale de schimbare/perfecționare a condițiilor de viață. Ea apare într-o triplă ipostază:

- ca un concept teoretic, deschis spre clarificări și delimitări terminologice;

---

<sup>1</sup> Studiul prezintă o variantă revăzută în limba română a articolului Zamfir, Elena. 2017. "Quality of Life and Social Justice in Romania: Measuring Quality of Life". *Revista de Cercetare și Intervenție Socială*, 58: 34–53 și a unei forme preliminare a comunicării "The Quality of Life in Romania and Ethics of Social Actions" publicate în *Economic Dynamics and Sustainable Development – Resources, Factors, Structures and Policies. Proceedings ESPERA 2015 Part 2*, coordonatori Luminița Chivu, Ciutacu Constantin, Ioan-Franc Valeriu și Andrei Jean-Vasile. Peter Lang Academic Publishing Group, Frankfurt, 2017.

- ca obiectiv de atins prin programe de dezvoltare, strategii de țară;
- ca un criteriu de evaluare și măsurare a performanțelor sociale de dezvoltare la nivel personal, colectiv-comunitar, societal și global.

Definirea sociologică a conceptului de calitate a vieții a subliniat de la început particularitățile lui distincte, separându-l de concepte apropiate altor domenii științifice. Cu toate acestea, în complexitatea și multidimensionalitatea problemicii referitoare la structura vieții, conceptul a primit în timp multiple semnificații particulare în funcție de domeniile vieții analizate. A rămas un concept deschis clarificărilor terminologice și delimitărilor științifice. Adesea, el este confundat cu termeni economici învecinați: bunăstare, standard de viață, calitatea produselor etc. Sociologia a accentuat de la început că, prin structura sa evaluativă, calitatea vieții implică valoarea pentru om a vieții sale: cât de bună sau rea este viața pe care o trăiește, atât în ansamblul ei, cât și pe componentele sale particulare specifice (familie, profesie, muncă, participare civică, socială, culturală și politică, timp liber, relații interpersonale etc.). Multidimensionalitatea calității vieții este estimată pe baza unei pluralități de indicatori sociali și economici, repartizați pe componentele distincte ale vieții (Zamfir E. 1989, 29).

Calitatea vieții reprezintă calitatea globală, sintetică, a tuturor condițiilor și sferelor din care se compune viața raportată la gradul în care ea produce omului satisfacție. Această stare este estimată prin indicatori subiectivi de satisfacție generală cu viața ca rezultat al calității percepute a principalelor ei componente.

Componentele/dimensiunile de bază ale calității vieții vizează: calitatea sferei economice și cea a creșterilor economice; calitatea structurii societății reprezentată prin organizarea cadrului instituțional-administrativ, prin asigurarea securității mediului de viață, printr-un climat relațional civilizat; calitatea muncii și a condițiilor de muncă; calitatea serviciilor publice; calitatea mediului uman și al relațiilor interpersonale; calitatea mediului de familie și cel al vecinătății; calitatea mediului ecologic–natural; climatul sociomoral general al vieții cotidiene etc. Buna societate se referă la calitatea conducerii politice a societății, la modul de administrare a instituțiilor prin raționalitatea globală a funcționării statului, eficiența și transparența deciziilor instituționale, deschiderea către cetățeni și problemele lor etc. Buna societate – *good society* –

accentuează calitatea societății prin trimitere la acoperirea/satisfacerea cerințelor umane din perspectiva principalelor componente ale vieții. Condiția umană apare astfel ca reper și dimensiune de bază a calității vieții.

Multiplu determinată și multiplu condiționată, calitatea vieții depinde de impactul stării reale a societății și a mediului natural-ecologic la un moment dat asupra condiției umane care poate produce sau nu satisfacția individului cu viața sa. De aceea, percepția populației asupra diferitelor componente ale mediului de viață este cea care dă specificitate/particularitate calității vieții. Prin aceasta, calitatea vieții implică o structură prin excelență evaluativă. Ea presupune un set de indicatori de stare, care înregistrează situația reală la un moment dat a dimensiunilor/componentelor vieții și un set de criterii de evaluare în raport de care putem aprecia această stare. Calitatea vieții nu descrie simple obiecte sau realități exterioare omului sau caracteristici generale existente ale mediului înconjurător. Ea se referă la valoarea pentru om a vieții, atât în ansamblul ei cât și pe componente/sfere particulare, distincte. Ea indică măsura în care mediul exterior, social, politic, cultural, moral, familial, natural etc. oferă reurse, oportunități pentru satisfacerea multiplelor necesități/nevoi ale omului (vezi piramida nevoilor – Abraham Maslow și teorii ale psihologiei umaniste). Ca un concept strict evaluativ, calitatea vieții depinde atât de starea reală a vieții la un moment dat, cât și de aprecierile foarte diferențiate subiectiv (evident, pe baza unor criterii, standarde de evaluare) (Zamfir C. 1984). De aceea, ea se supune unei duble cauzalități: una proprie domeniilor sectoriale care compun viața și alta ca rezultat al opțiunilor, așteptărilor, bazate pe valori, norme ale strategiilor de viață individuale. Acestea din urmă sunt dependente de nivel de educație, de cultură, de sistem de valori, de tip de profesie-stil de viață, de vârstă, de sex, apartenență etnică, religioasă etc. Apare aici ideea generală de viață raportată la profilul nevoilor umane. Viața și-o face/construiește fiecare singur, dar în anumite condiții date. Modul în care arată stilul de viață depinde atât de aspirațiile, de orientările de valoare, de aptitudinile și capacitățile individuale, dar și de condițiile obiective sociale oferite de societatea dată (Zamfir E. 1989, 1993).

În sinteză, conceptul de calitate a vieții exprimă „rezultatul raportării stării vieții la un sistem de necesități, exigențe, aspirații, idealuri umane” (Zamfir E. 1989, 29).

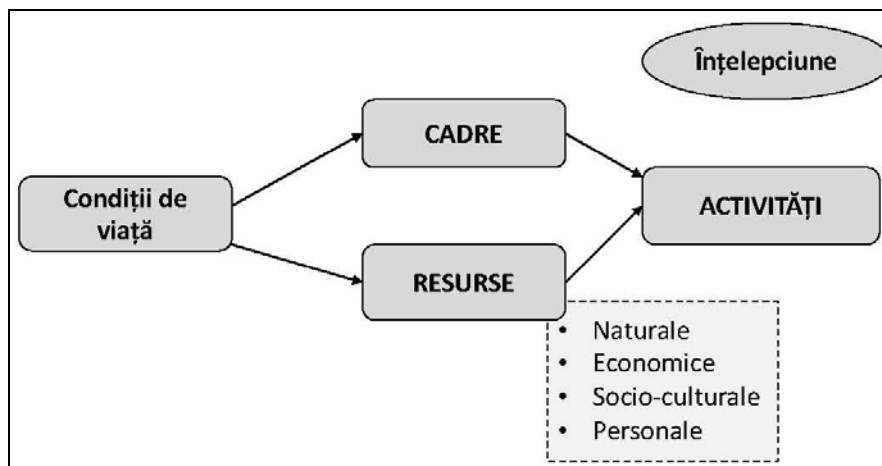
Se accentuează aici importanța unor factori definitorii pentru condițiile de viață prin împărțirea lor în cadre, ca mediu exterior înconjurător (pe care îl găsim ca dat obiectiv) și resurse (mediul prelucrat de om, pregătit pentru construcția vieții). Deși distincția dintre cadre și resurse este oarecum una convențională, ea devine operațională prin listarea acelor elemente de bază care compun viața și îi conferă calitatea ei:

a. Cadrele includ mediul natural înconjurător, mediul macrosocial, cel cultural, cel uman-colectiv sau uman-individual existent la un moment dat. Acestea sunt elemente obiective, premise mai generale ce se găsesc în societate și natură. Pe baza lor se pot construi stiluri de viață proprii. Ca elemente obiective, cadrele influențează multiplu, pozitiv sau negativ, chiar pot fi determinante în cristalizarea unui mod de viață satisfăcător sau nesatisfăcător pentru individ.

b. Resursele apar ca potențialități, special orientate spre construcția vieții. Ele indică efortul persoanei în prelucrarea cadrelor date obiectiv pentru transformarea lor în oportunități, instrumente necesare căutării/selectării unui stil de viață adecvat/potrivit „corespunzător pentru utilizare” (Juran 1986) sau „corespunzător cu cerințe/nevoi” (Crosby 1979). Ele se referă la resurse economice (mijloace financiare, bunuri și servicii economice etc.), la resurse naturale (bogățiile solului și subsolului, apa, aerul, peisajul natural etc.) resurse sociale și culturale, (locuri de muncă, tipuri de profesii, securitatea socială, asistența medicală, educația formală și informală, mijloace de comunicare prin mass-media etc.), resurse personale (capacități fizice, psihice, intelectuale, afectiv-emoționale necesare „construcției” unui stil de viață propriu). Omul, în raport de opțiunile, aspirațiile, necesitățile lui, este cel care adaugă vieții sale un sens, identificând și alegând propriul stil de viață. Înțelepciunea sa pentru alegerea cursului vieții și pentru realizarea proiectelor sale constă în priceperea de a utiliza cât mai rațional/înțelept resursele disponibile, prezente într-un cadru exterior dat. Evident, lipsa resurselor afectează negativ viața noastră. Dar și nepriceperea de a le detecta la timp și de a le folosi/utiliza în mod eficient este o sursă permanentă de insatisfacție cu viața.

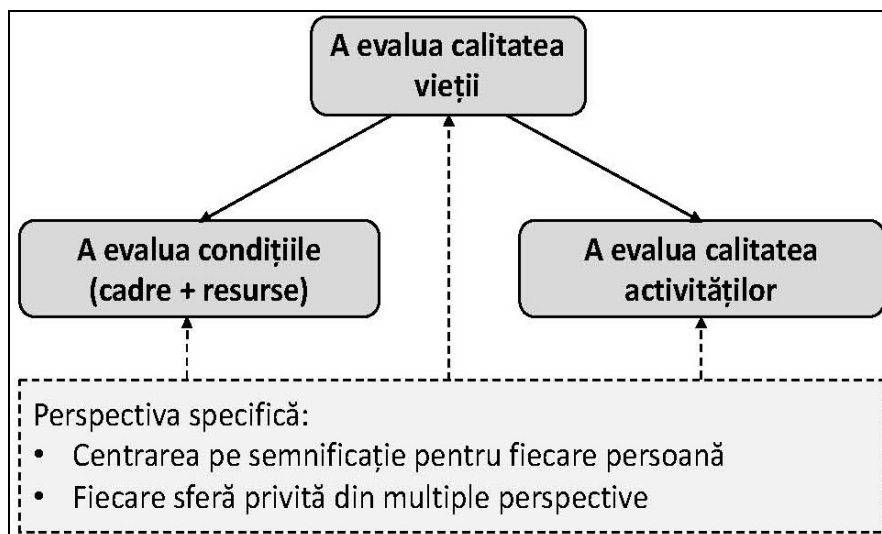
Calitatea vieții reprezintă calitatea globală, sintetică, a tuturor condițiilor și sferelor din care viața se compune.

Schema 1. Structura vieții



Sursa: Zamfir C. 1984; Zamfir E. 1989 (schema lărgită).

Schema 2. Perspectiva calității vieții



Sursa: Zamfir E. 1989; 1997, 253.

Definițiile curente ale calității vieții au încercat, pe rând, să lămurească specificul relațional al conceptului prin accentuarea semnificației pe care o reprezintă omul și condiția umană. În majoritatea lor, definițiile au inclus ambele perspective de analiză: cea obiectivă, starea reală a mediului de viață

și cea subiectivă, care exprimă starea vieții percepută de om prin raportare la necesitățile lui (Diener 1994; Land 1975; Crosby 1976, 1979).

Ea ne indică „gradul în care o persoană se bucură de posibilitățile importante ale vieții sale” (Juran 1986). Posibilitățile rezultă din oportunitățile și limitările pe care fiecare persoană le are în viață. Ele reflectă interacțiunea cu factorii personali și cei contextualii de mediu. De aceea, calitatea vieții este un concept cu un pronunțat specific subiectiv și puternic individualizat. În virtutea subiectivității, calitatea vieții poate avea semnificații din cele mai diferite în funcție de norme culturale de viață și de contextul socioeconomic și geografic în care persoana se găsește. În această ipostază, calitatea vieții are în vedere „bunăstarea subiectivă” ca rezultat al percepției personale a dimensiunilor vieții. Deseori, satisfacția generală cu viața este asociată fericirii, plăcerii, sau împlinirii personale.

Cercetările asupra calității vieții s-au concentrat pe două metodologii principale de măsurare.

Prima metodologie, „bunăstarea subiectivă” se bazează pe indicatori subiectivi de satisfacție cu viața care măsoară nivelul/gradul de împlinire personal prin raportare la starea reală, obiectivă a componentelor vieții.

A doua metodologie utilizează măsurarea „obiectivă” a calității vieții, prin indicatori sociali, economici, de sănătate etc. cuantificabili. De exemplu, măsurile obiective includ indicatori de producție și creștere economică, gradul de cultură generală, speranța de viață etc. – date care pot fi colectate fără a analiza direct persoanele evaluate.

Combinarea abordărilor obiective cu cele subiective a dus la numeroase definiții de tip integrat ale calității vieții din perspective diferite ale științelor socioumane, economice, politice, medicale etc. Au apărut analize psihosociale care au adăugat un plus de înțelegere pentru conceptul de Well-Being – bunăstare subiectivă (efectele subiective ale deprivării, relația dintre bunăstarea subiectivă și fericire, dintre bunăstarea economică și satisfacția cu propria viață etc.). „Calitatea vieții reprezintă gradul în care necesitățile obiective ale omului sunt îndeplinite în relație cu percepțiile personale sau de grup ale bunăstării subiective” (Costanza și alții 2008).

Necesitățile umane sunt necesități de bază referitoare la existență, reproducere, securitate, afecțiune etc. Omul, ca un quantum dinamic de necesități, cu treceri rapide de la un stadiu la altul al așteptărilor, își fixează un nivel de aspirații/dorințe corespunzător acestui caracter evolutiv al nevoilor.

De aceea, lumea în care trăiește are și o dimensiune percepută și definită subiectiv în universul valorilor proprii. Teorema sociologică a lui Thomas, W.I. și Thomas, D.S. (1928) sublinia: „Când oamenii consideră o situație ca reală, ea devine reală prin consecințele ei” (vezi Zamfir E. 1997, 336).

## **FACTORI DE BAZĂ AI CREȘTERII CALITĂȚII VIEȚII**

În grade diferite, calitatea vieții este condiționată de numeroși factori economici, sociali, politici, culturali, de mediu, de personalitate etc. Fiecare, separat, dă substanță profilului distinct și creșterii calității vieții. Asigurarea satisfacției generale cu viața apare însă, ca rezultat al sintezei lor, ca un proces dinamic în timp, cu multiple fațete.

Economia națională, ca factor esențial al creșterii calității vieții, oferă resursele necesare vieții individuale și funcționării întregii societăți. Economia, prin sectorul său financiar, dă un profil distinct standardului de viață al colectivității: venituri economice (salarii, profit), forme de susținere prin intermediul statului: servicii sociale fundamentale (educație, sănătate, securitate personală), beneficii sociale (alocații pentru copii, ajutor pentru șomaj, venit minim garantat, asigurarea veniturilor prin sistemul public de pensii etc.). România, în 2016, alături de Bulgaria, a înregistrat o creștere a PIB-ului de 4 ori față de anul de început al tranziției 1989, fiind cea mai mică creștere din UE, în timp ce țări ca Ungaria și Republica Cehă, dar mai ales Polonia, au înregistrat față de startul tranziției creșteri ale PIB-ului mult mai mari, de peste 5 ori: Polonia aproape 7 ori, Republica Cehă de 6 ori, Ungaria de 5 ori. La începutul tranziției, România avea o economie subdezvoltată, afectată masiv de structurile rigide ale centralizării comuniste. Integrarea/includerea economiei românești în economia europeană și mondială a adus o serie de avantaje vizibile în modernizarea și performanța ei. Cu toate acestea, capacitățile economice proprii nu au fost stimulate suficient, nu s-au ridicat la nivelul inițial dorit. Restructurarea economiei românești, pe întreaga perioadă a tranziției, nu a fost una strict orientată spre creștere economică constantă și nici controlată prin reforme centrate pe avantaje de țară. De aceea, contribuția ei la creșterea calității vieții a fost una modestă și nu pe măsura justiției sociale sperate.

Alături de economie, statul, prin funcțiile lui sociale, ajută persoane, grupuri vulnerabile, comunități marginalizate în depășirea situațiilor de criză și austeritate. Scopul intervenției sociale a statului este orientat spre evitarea și reducerea riscurilor de degradare/deteriorare a condițiilor de viață, spre eliminarea excluziunii și marginalizării sociale. Astfel, statul ca sursă a calității vieții, își asumă un rol esențial în producerea bunăstării (Zamfir E. și Zamfir C. 1995; Voicu 2005). El preia o parte importantă a resurselor financiare create de economie și le redistribuie apoi, sub diferite forme, prin servicii de educație, sănătate, asistență, securitate socială, suport pentru familiile sărace și cu mulți copii etc. De asemenea, asigură crearea locurilor de muncă, protecție socială persoanelor în nevoie, suport pentru săraci, ajutând la reducerea inegalităților sociale etc.

Conform standardelor europene privind incluziunea și justiția socială, asistăm, în multe din țările europene dezvoltate, la o creștere rapidă a dimensiunilor statului social și la o diversificare a funcțiilor lui pe măsura riscurilor moderne. În dezacord cu această tendință europeană, o mare perioadă a tranziției românești a fost dominată de politica statului mic care și-a restrâns treptat rolul lui social. Argumentul a fost că statul parazitează economia, împiedicând creșterea ei. Statul român a fost și continuă să fie „mic în sfera socialului” în raport cu celelalte state europene. Lipsa intervenției active și a unui răspuns rapid din partea statului la probleme sociale grave a dus la diminuarea contribuției lui la bunăstarea românilor. Politicile sociale, lipsite de o viziune strategică pe termen lung, au fost ineficiente și cu rezultate foarte modeste. Mai mult, toate funcțiile sociale ale statului (care susțin activități majore ale asistenței și protecției sociale) au suferit în această perioadă de o cronică subfinanțare (Zamfir E. 2002, 2012, 2015). Starea socială a României este gravă nu numai datorită economiei slab dezvoltate, ci și a unei administrări ineficiente a fondurilor publice, a incompetenței și corupției, a iresponsabilității decidenților politici din sistemul instituțiilor publice (Vlad 2015, 2016a, 2016b; Zamfir 2017).

În același timp, comunitatea cu resursele ei proprii și fiecare persoană în parte, cu posibilitățile ei, sunt actori activi implicați direct în progresul social și funcționarea economiei reale. Inițiativele lor sunt contribuții reale la creșterea calității vieții individuale și colective. Comunitatea, prin eforturi proprii, poate presa pentru reorganizări instituționale, pentru perfecționarea capacităților și resurselor societății, pentru schimbări majore în politicile

publice. Comunitatea, prin implicarea politică la toate nivelele ei, prin sistemul administrației locale, prin organizațiile nonguvernamentale, prin indivizii săi, are un spațiu larg de libertate în utilizarea propriilor ei resurse și de acțiune colectivă. În societățile moderne, comunitatea reprezintă o forță semnificativă în conturarea unui profil distinct al spațiului comun de viață și de acțiune socială. Ea se impune cu un rol esențial în crearea și menținerea unei rețele de solidaritate și securitate socială, de păstrare a tradițiilor și normelor culturale de viață, de soluționare pe baza unei strategii proprii a proiectelor de interes comunitar (Zamfir E. 2000). „Un impuls special în ascensiunea ideii de dezvoltare comunitară l-au reprezentat tendințele actuale de descentralizare în funcționarea sistemului public. Programul de soluționare a problemelor sociale cu instrumentele statului centralizat și-a dovedit limitele lui structurale. În ultimele decenii principiul descentralizării a oferit o nouă abordare în sectorul public mutând, într-o măsură semnificativă, mecanismele publice de la nivel central la nivel local” (Zamfir E. 2000, 17).

Comunitatea locală devine astfel subiect activ al rezolvării unei game largi de probleme colective. După sociologul Zigmund Bauman, comunitatea capătă o forță nouă, cu semnificație deosebită în arhitectura relațiilor comunitare moderne. Într-o lume nesigură, plină de amenințări și riscuri, ea devine un spațiu sigur de viață al membrilor comunității. Mai mult, comunitatea este împuternicită să negocieze cu factorii decizionali și să impună modele culturale de viață în acord cu profilul nevoilor membrilor săi (Zamfir E. 2012).

Ca o concluzie preliminară aici: în dinamica calității vieții se întrepătrund 4 domenii, relativ distincte, care se completează reciproc prin funcțiile lor specifice orientate spre dezvoltarea socială: economia, calitatea guvernării (rolul statului și funcțiile lui sociale), oamenii cu stilul lor individual de viață și calitatea spațiului comunitar. Aceste patru instanțe, cu rol decisiv în profilul calității vieții, își formulează strategii și programe de acțiune proprii. Deși relativ autonome, prin contribuțiile lor complementare, ele s-au impus împreună ca „actori activi ai schimbării sociale”. În România, pe perioada tranziției, acești factori cu rol de decizie și acțiune socială au avut spații diferite de formare și trasee separate de dezvoltare. Fiecare domeniu în parte, cu evoluția sa, mai mult sau mai puțin lineară sau sinuoasă de dezvoltare, cu forme proprii de manifestare pe parcurs, reprezintă indicatori de bază pentru evaluarea calității vieții.

## **CALITATEA PERCEPUTĂ A VIEȚII ȘI INDICATORII SUBIECTIVI**

Deși în statisticile oficiale, atât la noi cât și în cele europeană, gama de indicatori „obiectivi” ai calității vieții apar în prim plan (vezi standard de viață, venit, ocupare etc.), specifici pentru calitatea vieții sunt indicatorii subiectivi. Ei exprimă percepția subiecților asupra vieții reale (indicatori privind calitatea percepută a vieții). Indicatorii subiectivi apar cu frecvență în analizele de cercetare academică. La nivel european, dar și în plan național, indicatorii subiectivi sunt preluați oficial pentru evaluarea comparativă generală a gradului de satisfacție cu viața a populației la un moment dat. De aceea, o analiză a stării reale a calității vieții trebuie să ia în calcul, alături de indicatori obiectivi de stare (esențiali pentru condițiile de viață), și pe cei subiectivi care surprind reacția (percepțiile, așteptările) populației față de contextul socioeconomic dat (calitatea percepută a vieții).

Calitatea percepută a vieții utilizează două categorii de indicatori:

- a. indicatori sectoriali, parțiali, ai calității percepute a vieții și
- b. indicatori globali, sintetici.

Primii se referă la estimările subiecților privind sferele particulare ale vieții (familie, profesie, muncă, timp liber, securitate, participare civică și politică, dezvoltare personală, relații interpersonale, relații de vecinătate, de prietenie etc.). Cei din urmă vizează o sinteză a indicatorilor parțiali/sectoriali sub forma unei rezultante globale de bază, care prefigurează profilul general al vieții. În fapt, aceștia dau semnificația generală a vieții. Ei indică o evaluare subiectivă a respectivei stări de fapt prin raportare la aspirații, așteptări, dorințe. Indicatorii calității percepute a vieții înregistrează gradul de satisfacție sau insatisfacție a populației față de anumite condiții de viață date. Aceștia depind de judecăți de valoare care exprimă profilul nevoilor satisfăcute cât și nivelul de aspirații al subiecților.

Indicatorul principal, propriu stării generale de satisfacție cu viața, este unul global, sintetic. El este rezultat al gradului de împlinire, mulțumire cu toate domeniile vieții. Includem în acest indicator beneficii umane importante, rezultate ale creșterii economice, dar și ale dezvoltării sociale și umane cu impact direct în împlinirea omului prin procesul de autodezvoltare/

autoconstrucție. Acestea, desigur, sunt dependente de standard de viață, venit, ocupare, stare financiară, situație familială, relații interpersonale și de vecinătate, participare socială etc. Astfel, prin includerea explicită a nivelului afectiv-emoțional și cognitiv, mi se pare semnificativă aici definiția bunăstării subiective, sugestiv sintetizată de sociologul Bălățescu (2014): „bunăstarea subiectivă este o evaluare globalizatoare a vieții care cumulează diferite componente, pozitive și negative, afective și cognitive ale raportării individului la propria viață” (44).

Studiul și dinamica indicatorilor socioumani, cu important rol în măsurarea bunăstării individuale și colective, au deschis posibilitatea unor abordări comparative în analiza calității vieții. Calitatea vieții este estimată printr-un set de indicatori sociali și economici obiectivi și indicatori de satisfacție cu viața subiectivi, repartizați pe componente distincte ale vieții. De aceea, metodologic, cercetările sociologice comparative fac o selecție a acelor indicatori obiectivi considerați ca fiind de bază pentru acoperirea nevoilor, aspirațiilor omului, cu semnificație, majoră pentru viața lor.

Statistica oficială de la noi și cea europeană deține o gamă largă de indicatori „obiectivi” ai calității vieții care fac posibile analize de tip comparativ în dezvoltarea țărilor UE (vezi standard de viață, venit, ocupare, sărăcie, stare de sănătate, asistență socială, nivel de educație, servicii publice etc.). Fiecare indicator obiectiv are un impact diferențiat în satisfacția cu viața a persoanelor.

Este cunoscut că diversitatea imensă a factorilor ce fixează nivelul de aspirație depinde de condițiile vieții exterioare, dar și de așteptările subiective interioare. Sociologia, prin cercetările sale, a accentuat complementaritatea obiectiv-subiectiv în definirea calității vieții. Indicatorii subiectivi ai calității vieții măsoară percepția observatorilor asupra propriei lor vieți prin reacțiile care le au față de aceasta (Zamfir E. 1997, 346). Așa se explică de ce oamenii au așteptări strict personalizate, foarte diferite când se gândesc la satisfacție, împlinire, fericire. Satisfacția generală cu viața și fericirea sunt concepte apropiate, deseori suprapuse prin conținutul lor, dar analizate din perspective diferite. Filozofia s-a centrat, chiar de la începuturile ei, pe conceptul de fericire ca realizare umană. Științele socio-umane moderne au adus cu ajutorul indicatorilor subiectivi o nouă dimensiune și înțelegere a conceptului prin posibilități de măsurare a satisfacției generale cu viața.

Datorită diferențelor de statut socioprofesional, a caracteristicilor variate de personalitate, a nivelului diferit de formare și educație, a apartenenței lor la anumite grupuri sociale și a orientărilor politice deosebite etc., persoanele percep viața individualizat/subiectiv (așa cum sugerează „teorema” lui Thomas). În acord cu aceasta, și definițiile subiective asupra realității, indiferent că sunt adecvate sau eronate, sunt părți componente ale vieții personale. Aici nu se respinge faptul că realitatea obiectivă, exprimată și măsurată prin indicatorii săi obiectivi, nu este importantă pentru calitatea vieții. Se subliniază doar că pentru calitatea vieții, semnificația factorilor subiectivi, indiferent că este sau nu considerată adecvată, potrivită la un moment dat pentru cei din jur, ea rămâne o constantă majoră a universului interior/personal de viață. În fapt, aceasta exprimă percepțiile, reacțiile personale în fața unor realități exterioare, date obiectiv. Acestea nu pot fi ignorate întrucât influențează și determină modul de gândire, de simțire, de trăire al omului, ele regăsindu-se la nivelul comportamentului și acțiunilor sale zilnice.

În prezent, dinamica/mișcarea indicatorilor subiectivi devine o promisiune de actualitate și pentru evaluarea/măsurarea componentelor fericirii (Zamfir E. 1989, 2013). Satisfacția subiectivă cu viața solicită însă un răspuns, de loc simplu, la întrebarea „cine și cum măsoară?”.

### **BUNĂSTAREA SUBIECTIVĂ ȘI POSIBILITĂȚI DE MĂSURARE A FERICIRII**

În cercetări sociologice, satisfacția generală cu viața poate avea valori diferite pe aceeași populație, în funcție de metodologia utilizată, de selecția itemilor aleși, considerați relevanți în perceperea calității vieții. „Bunăstarea subiectivă” este estimată prin răspunsurile indivizilor sau ale grupurilor la întrebări despre fericire, satisfacția cu viața, oportunități, utilități (avantaje).

Deseori, folosirea unei scheme reduționiste în cercetarea calității vieții prin apel doar la indicatori sociali obiectivi, strict economici, limitează calitatea vieții la bunăstarea economică. Bunăstarea economică, de altfel parte importantă a calității vieții, nu ne indică valoarea pentru om a acestei stări (ea nu măsoară gradul de mulțumire/satisfacție în viața de zi cu zi produs de

schimbările exterioare). În realitate, perspectiva distinctă calității vieții este dată de percepția subiectivă a realității, fiind una diferită de cea a științelor economice. Ea se centrează pe semnificația directă a condițiilor vieții pentru om. Percepția populației asupra diferitelor componente ale mediului de viață este cea care dă specificitate proprie/identitate calității vieții. De aceea, calitatea vieții, ca un concept sumativ, se supune atât unei cauzalități sectoriale, proprie fiecărui domeniu/component al vieții, dar și uneia strict subiective, rezultat al opțiunilor, așteptărilor, valorilor, normelor individuale de viață. Acestea din urmă sunt individualizate, dependente de mulți factori psihologici și sociali (tip de personalitate, vârstă, sex, tip de profesie-stil de viață, nivel de educație, de cultură, sistem de valori acceptat, zona geografică etc.). Astfel, satisfacția cu viața nu se reduce la o simplă cauzalitate de tip creștere economică: „Convertirea Binelui economic în Bine uman nu este una automată, strict mecanică. De regulă, ea se supune unei tendințe de corelație descrescândă” (Zamfir E. 1989, 263). Primele etape ale creșterii economice sunt asociate cu valori înalt pozitive, semnificative pentru satisfacția cu viața. Pe măsură ce se acumulează bogăția economică, scad însă „unitățile” de satisfacție cu viața. După un timp, gradul de satisfacție cu viața nu mai corelează direct pozitiv cu factorii ai creșterii economice (vizul/iluzia bogăției nelimitate). În dinamica complexă a necesităților umane, prioritățile economice, după ce satisfac nevoile de bază ale existenței, sunt treptat înlocuite de alte priorități ale vieții. Acestea aduc cu necesitate în prim plan, aspirații/așteptări de creștere și împlinire umană (de tip autocunoaștere, nevoi spirituale, liniște, securitate, echilibru în dezvoltare, relații civilizate, competență și responsabilitate, un mediu social pozitiv deschis spre valori culturale, morale spre practici democratice și libertăți umane etc.).

Analizii și psihologii sociali au subliniat la un moment dat, în anii '60–'70, efectele perverse ale mitului creșterii economice (filozofia sacului „mai mult deci mai bine”, mitul abundenței nelimitate, efectele de tip „fata morgana”). Aceștia au readus în dezbateri teoretice importanța nevoilor autentic-umane, dar și a tipului de consum normal/echilibrat opus celui ostentativ (vezi teoria consumului ostentativ a lui Veblen, lucrările/rapoartele Clubului de la Roma din anii '70) (Zamfir E. 1989, 1997). În acest context, mi se par relevante răspunsurile românilor la întrebarea *Care credeți că este cea mai importantă problemă cu care se confruntă România în această perioadă?* (IRES, 2015).

Deși România are probleme din cele mai grave de marginalizare și sărăcie în UE, 30% dintre români au apreciat *corupția* ca fiind problema cea mai importantă în prezent și nu *sărăcia*. Doar 28%, au răspuns, *sărăcia*, urmată la mare distanță de *starea economiei* (8%), *șomajul* (7%), *starea sistemului de pensii* (6%), *criza guvernamentală* (3%).

Corelația dintre indicatorii obiectivi și cei subiectivi în analiza calității vieții ajută la înțelegerea celor două logici diferite în care se înscriu „binele economic” și „binele social sau uman”.

Studiul și dinamica indicatorilor socioumani, cu important rol în măsurarea bunăstării individuale și colective, au deschis posibilitatea unor abordări comparative în analiza calității vieții. Calitatea vieții este estimată printr-un set de indicatori sociali și economici obiectivi și indicatori de satisfacție cu viața subiectivi, repartizați pe componente distincte ale vieții. De aceea, metodologic, cercetările sociologice comparative fac o selecție a acelor indicatori obiectivi considerați ca fiind de bază pentru acoperirea nevoilor, aspirațiilor, cu semnificație majoră pentru viața omului.

Statisticile oficiale și cele europene dețin o gamă largă de indicatori „obiectivi” ai calității vieții care fac posibile analize de tip comparativ în dezvoltarea țărilor UE (vezi standard de viață, venit, ocupare, sărăcie, stare de sănătate, asistență socială, nivel de educație etc.). Fiecare indicator obiectiv are însă un impact diferențiat în satisfacția cu viața.

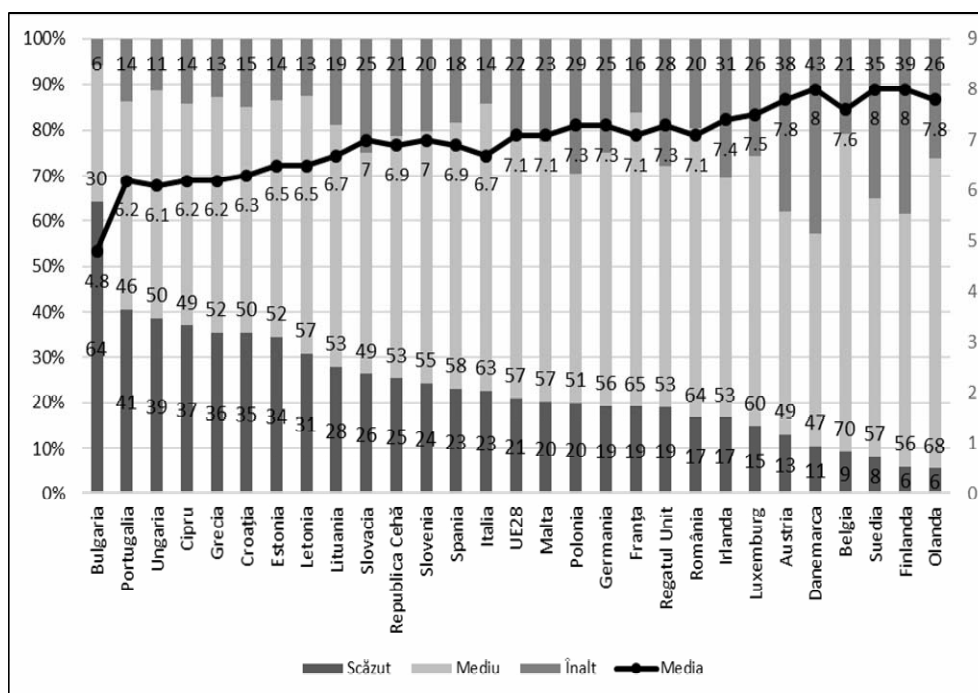
Un exemplu. Seria de indicatori de satisfacție cu viața, realizată pe baza unei metodologii proprii propuse de ICCV între 1990–2010, înregistrează un nivel scăzut al satisfacției cu viața în România postdecembristă, plasat constant sub 40%, similar cu cel din Bulgaria, Grecia și Portugalia, la mare distanță de celelalte țări europene.

Curios însă, datele Eurostat despre calitatea vieții din 2013 (Eurostat 2015), care au poziționat România printre primele locuri ca satisfacție percepută a vieții raportată la media UE, au șocat atât analiști, oameni din presă-media, chiar și specialiști în domeniu.

E drept că, raportat la starea materială precară a românilor, la rata ridicată a sărăciei și a gradului de excluziune socială comparativ cu standardele europene, este surprinzător că numai 16,7% dintre români consideră că au un nivel scăzut de satisfacție cu viața, în timp ce un procent foarte mare de 63,7% apreciază că au un nivel mediu/satisfăcător, iar 19,7% chiar un nivel ridicat de satisfacție generală cu viața.

Deși România este țara cu cei mai mulți săraci din Europa, românii percep gradul de satisfacție generală cu viața la nivelul mediei europene. Astfel, în acest sondaj, România este depășită doar de Irlanda, Austria, țările nordice (Danemarca, Finlanda, Suedia) etc. (Grafic 1). De aceea poate, mulți au catalogat acest rezultat ca fiind un paradox.

Grafic 1. Satisfacția generală cu viața în anul 2013 în statele membre UE28 (% și medie)



Sursa: Eurostat 2015.

Notă: Datele privind satisfacția generală cu viața provin din EU-SILC, 2013. Scala este de la 0 la 10, unde 0 înseamnă „deloc satisfăcut”, iar 10 „deplin satisfăcut”. Categoriile „scăzut” (0–5), „mediu (6–8) și „înalt” (9–10) au fost utilizate în raportul Eurostat, 2015, *Quality of Life. Facts and Views*.

Dincolo de metodologia utilizată, care poate face obiectul unei analize distincte, teoriile psihosociologice privind formarea și dinamica aspirațiilor, ponderea semnificațiilor componentelor vieții asupra calității percepute de către subiect, teoriile stilului de viață etc. ne pot fi de folos aici. Modalitățile concrete din cercetările privind calitatea percepută a vieții pe baza indicatorilor subiectivi indică gradul de satisfacție individual-subiectivă (well-being),

apropiat prin semnificația lui cu cel desemnat de conceptul filozofic de fericire. De aceea, explicații pentru acest așa-zis paradox pot fi multiple. Se poate aprecia că satisfacția generală cu viața nu este direct determinată și nici strict condiționată doar de starea materială, de venit sau standard de viață. Astfel, teoriile psihosociologice privind formarea și dinamica aspirațiilor, a semnificațiilor componentelor vieții pentru atingerea fericirii, teoriile asupra stilului de viață etc., pot explica prezența unor factori personali, strict subiectivi pentru starea de împlinire/satisfacție. Ar putea fi operantă poate aici și teoria celor doi factori a lui Herzberg. Factorii desemnați de el ca „disatisfactori” sunt cei care nu trebuie să lipsească pentru starea de fericire/împlinire. Aceștia, în analiza de față, sunt cei de ordin economic, bunăstare materială/economică. Dar simpla lor prezență nu asigură automat starea de fericire, de satisfacție cu viața. Sunt necesari și acei factori de tip „satisfactori”, care întregesc profilul calității vieții (în cazul nostru aceștia sunt cei care dau semnificație subiectivă vieții). Și de ce nu am apela și la înțelepciunea populară: „banii nu aduc fericirea” sau „și bogații plâng”. Aici putem invoca și pledoarii pentru o viață armonioasă, echilibrată bazată pe satisfacerea necesităților autentice. Prețuirea unor valori cultural–spiritual–artistice în echilibrul comportamentului și liniștea sufletească sunt părți ale unui stil de viață armonios. De regulă, alături de venit/stare financiară, mulți alți factori subiectivi pot fi centrali pentru împlinirea personală/satisfacția generală cu viața. Spre exemplu: în cazul studiului despre calitatea vieții realizat de către Eurostat (2015), datele pe anumiți itemi selectați pentru starea de satisfacție întregesc analiza de față:

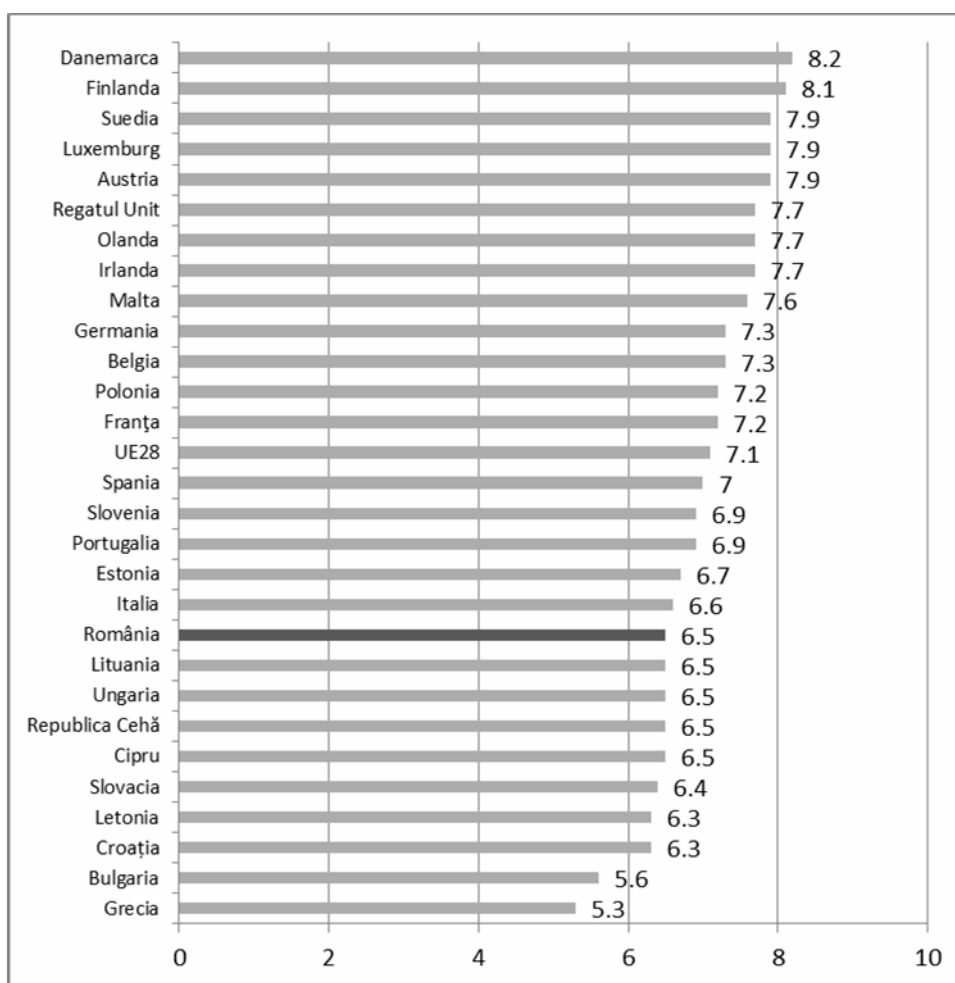
- România înregistrează în relațiile interpersonale, ca formă de înțajutorare pe care oamenii se pot baza 94%, depășind media UE de 93,3%, situându-se peste Luxemburg, care are 84,7%, fiind depășită doar de Slovacia 98,6%;
- La siguranța comunității, securitatea zilnică (dată prin ponderea persoanelor care au raportat infracțiuni, violențe, acte de vandalism în cartierul lor) România are 13,1% apropiată de media UE 13,6% , la mare diferență față de Bulgaria 26,3%;
- La starea de sănătate autopercepută, 70,4% dintre români apreciază ca foarte bună, 20,7%, ca rezonabilă și 9% ca rea și foarte rea, în condițiile în care speranța de viață la naștere este de 75,0 ani cu puțin peste Bulgaria 74,5 ani, iar media UE este de 80,9 ani.

Percepția populației asupra satisfacției cu viața din țările membre UE se schimbă puțin ca perspectivă în ultimul sondaj “European Quality of Life Survey 2016” (Eurofound 2017). Prin date recente despre calitatea percepută a vieții în UE, acesta deschide un orizont optimist pentru Europa prin progresul înregistrat în trei domenii cheie: calitatea percepută a vieții, calitatea percepută a societății și cea a serviciilor publice. Sondajul remarcă, însă deosebiri evidente pe țări, grupuri de țări, pe categorii sociale, pe vârste și sex, datele fiind foarte diferențiate pentru țările membre. Pentru calitatea percepută a vieții sunt selectați itemi ca: sănătatea și aspecte ale calității vieții individuale – condiții de viață, de locuire, deprivare materială, dar și echilibrul dintre muncă și viața personală, responsabilități. Sondajul remarcă un progres general pentru Europa în calitatea percepută a vieții prin revenirea la anumite dimensiuni sociale care s-au prefigurat înainte de criză: nivelul de optimism este același, satisfacția cu standardul de viață a crescut (desigur diferențiat pe țări), satisfacția generală și gradul de fericire au rămas în general, stabile. „Calitatea autoraportată a sănătății s-a îmbunătățit peste tot, echilibrul vieții de muncă cu cel personal s-a deteriorat din multe puncte de vedere, au apărut în două treimi ale țărilor membre UE serioase îngrijorări asupra veniturilor insuficiente pentru persoane vârstnice” (evaluări generale ale sondajului Eurofound, 2017). Starea subiectivă asociată cu mulțumirea față de viață, sau cu fericirea privită ca stare personală de bine, de liniște și armonie sufletească, include în acest sondaj satisfacția față de educație, față de locul de muncă, față de rezultatele muncii/activității desfășurate, față de nivelul actual de trai, față de locuință, față de viața de familie, față de zona locală în care trăiește. Optimismul și încrederea pentru viitorul propriu, al copiilor și al nepoților, sentimentul libertății de decizie și de acțiune sunt stări care întregesc imaginea împlinirii și satisfacției cu viața. Interesant că Bulgaria, Grecia, România sunt țări care își revin cel mai greu la normalitate după perioade de dificultate/criză în viața personală. Acest lucru indică faptul că o stare de demoralizare și pesimism, odată instalată, este foarte greu de depășit. La polul opus, se plasează Țările de Jos, Danemarca, Suedia, unde oamenii se refac rapid, ușor după perioade de criză personală.

La satisfacția față de nivelul actual de trai se situează pe primele locuri Danemarca, Suedia, Austria, iar cu cel mai mic procentaj apar Grecia, Bulgaria, Croația.

Pentru România, datele privind satisfacția generală cu viața a populației sunt mai realiste, mai apropiate de starea socială a românilor. România este cu mult depășită de Belgia, Germania, Austria, Luxemburg și țările nordice. Cu o medie de 6,5, România se plasează sub media UE28, de 7,2 (pe o scală de la 1 la 10) la egalitate cu Ungaria, Lituania, Cehia, Cipru, depășind doar Grecia, Bulgaria, Croația, Latvia. Cu o medie de 5,3, Grecia înregistrează cea mai scăzută satisfacție cu viața din UE.

Grafic 2. Satisfacția cu viața



Sursa: Eurofund, *Calitatea Vieții* 2016.

Notă: medie pe o scală de la 1 la 10, de la „foarte nesatisfăcut” la „foarte satisfăcut”.

Pentru România, se observă o scădere evidentă a satisfacției cu viața a populației în 2016, sub media UE, față de anul 2013. Această situație poate fi explicată printr-o pluralitate de factori care au dezamăgit profund așteptările românilor privind creșterea calității vieții. După perioadele lungi de criză economică și austeritate ale anilor, 2008–2012, speranțele și dorințele românilor, adunate în timp, nu s-au regăsit în schimbări cu sens pentru o nouă și mai bună calitate a vieții. Astfel, după 2013, nivelul ridicat al aspirației populației privind îmbunătățirea condițiilor de viață, muncă și participare socială, a fost drastic limitat și chiar deseori blocat de politici publice incoerente și ineficiente, ca răspuns la multiplele și noile riscuri sociale apărute. Aici, satisfacția cu viața corelează pozitiv cu datele privind calitatea serviciilor publice (cu referire la servicii de sănătate și de îngrijire, de educație și învățământ, precum și cele de locuire, de protecție socială și asistență–incluziune socială). De asemenea, indicatorii de satisfacție cu viața sunt strâns interconectați și cu nivelul scăzut de încredere în administrația publică și instituții. Ca urmare, neîncrederea românilor în statul social și instituțiile sale a crescut gradual în timp, iar drumul ales de România pentru un model viitor de țară a stârnit mari controverse și nemulțumiri. Accentuarea masivă a polarizării sociale, creșterea inegalităților, cote alarmante ale ratei sărăciei severe, creșterea insecurității sociale prin acte de terorism, violențe, abuzuri de tot felul, subfinanțarea cronică a unor domenii semnificative pentru calitatea vieții (educație, sănătate, locuire, asistență socială etc.) au generat constant nemulțumiri, conflicte deschise și insatisfacții cu viața. Acestea, la rândul lor, au întreținut stări de pesimism și neîncredere crescândă în autoritățile statului.

Raportat la percepția calității serviciilor publice, deși România înregistrează (în 2016) o creștere a calității acestora față de anul 2011, de la 4,8 la 5,8, ea se situează totuși sub media EU de 6,4 în 2011 și 6,7 în 2016. Interesant că grupul țărilor Grecia, Cipru, Letonia, Slovenia cunosc un regres al calității serviciilor publice prin compararea situației din 2016 cu cea din 2011, ele fiind cu mult sub media UE, în timp ce Belgia și Suedia, deși se plasează peste media UE, au înregistrat și ele un regres în 2016 comparativ cu 2011 (Eurofound 2017).

În plan social, există, desigur, atât pentru satisfacția generală cu viața, dar și pentru fericire, un reper al aspirațiilor impus de un cadru de referință valoric al societății, așa cum apare el pe fundalul unei dezvoltări sociale,

culturale, morale etc. la un moment dat. Acesta este preluat apoi diferențiat de indivizi în funcție de personalitate, nivel de cultură, educație etc. și de înțelegere a propriei vieți. Cadrul de referință include posibilitățile și instrumentele de măsurare a satisfacției generale cu viața, sau, în accepția filozofică mai generală, a fericirii. În fapt, fericirea definește seria unor evenimente cu semnificație majoră pentru trăirile subiective: o stare spirituală de mulțumire/împlinire, de bine, satisfacție personală ca rezultat global al unor acțiuni cu sens decisiv pentru viață. Avem în vedere aici complexitatea omului ca ființă bio-psiho-socio-culturală, cu nevoi complexe, cu un statut social bine definit. Fericirea, ca realizare subiectivă de sine, trebuie astfel să-și păstreze accesul la valori superioare de autoactualizare, autodefinire, autoperfecționare.

Deseori, mai ales la nivelul cunoașterii comune, apar înțelegeri simpliste de banalizare a consistenței teoretice a conceptului de fericire în funcție de starea de moment.

Câteva exemple pot fi semnificative.

Frecvent auzim: sunt fericit că am ce să mănânc azi, sunt fericit că am o casă cu acoperiș bun, sunt fericit că mi-am luat umbrela pentru că afară plouă, sunt fericit că am avut un discurs frumos azi, sunt fericit că am colegi buni la servicii etc. Toate acestea, într-o normalitate a unei organizări moderne a vieții la nivel social și/sau individual, sunt presupuse și incluse. Este normal să ai colegi buni într-o organizare rațională/eficientă a instituțiilor. Este normal să ai ce mânca în fiecare zi. Este normal să ai un acoperiș deasupra capului. Este normal să ai un discurs bun dacă rolul tău azi este de orator și ești bine pregătit. Este normal să ai un mediu pozitiv, stimulatив la muncă și colegi bine pregătiți profesional dacă instituția/organizația are un management performant. Este normal să-ți iei umbrela și să te gândești înainte de a ieși din casă cum să te pregătești dacă te uiți la prognoza meteo etc.

De aici, și o altă posibilă explicație: în condiții de sărăcie severă, de lipsuri mari pentru grupuri vulnerabile, înțelegerea fericirii/satisfacției subiective cu viața este redusă/coborâtă adesea la nevoi strict biologice, de supraviețuire: hrană, locuință, securitate etc. Toate aceste nevoi elementare ale omului însă, într-o normalitate a organizării sociale și umane, prin însuși dreptul fundamental al omului la viață, se presupun a fi automat asigurate. Altfel, se reduce fericirea la o stare de simplă normalitate, iar, paradoxal, starea de anormalitate ia astfel locul normalității: oameni disperați datorită sărăciei severe care-și acceptă pasiv soarta/viața, familii ale căror copii nu pot merge

la școală; copii care muncesc pentru a se întreține pe ei sau/și familia lor etc. Toate aceste situații într-o lume normală ar trebui eliminate. Mai mult, tranziția a fost foarte dură pentru unele grupuri, categorii sociale. Anormalitatea condițiilor precare de marginalizare s-a transformat în stil/mod de viață curent, la nivel de „neputință învățată”. Mai grav, aceste modele de viață se regăsesc în comportamente dominate de norme ale „culturii sărăciei”. Acestea se transmit apoi la generațiile viitoare de copii, accentuând marginalizarea și excluziunea socială. Ar fi însă grav să ne obișnuim să gândim așa. De ce? Perioadele de criză s-au caracterizat printr-un deficit structural acut în organizarea și funcționarea instituțiilor. Corelat, apare și un deficit de „bună guvernare”. Reacția de corecție din partea comunității, în acord cu o scară de valori acreditată de principii ale unei societăți democratice-moderne, trebuie să fie imediată. În acest context, apare promițător că în noul program de guvernare (2016–2020) se accentuează revenirea la normalitate, prin accentul explicit pus pe creșterea calității vieții românilor și orientarea spre o justiție socială în acord cu standarde europene de creștere a calității vieții.

În dorința de a ajunge la fericire, nu putem utiliza însă rețete/modele prefabricate și soluții impuse din afară. Impunerea sau absolutizarea oricărui model de viață, presupunând că acesta ne poate duce spre satisfacție/fericire, va avea o orientare directivă/dirijistă pentru comportamentul uman. Fericirea, ca trăire intens subiectivă, respinge orice tentativă de manipulare a comportamentului. Orice imixtiune în opțiunile personale de viață este interzisă aici. Îndemnul care poate asigura fericirea pornește de la înțelepciunea socratică antică: „cunoaște-te pe tine însuți” la care se adaugă „să fii tu însuți în toate împrejurările vieții”. Cu precizarea ca alegerile personale să se înscrie într-un cadru valoric-normativ al organizării sociale. De aceea, vorbind de soluții pentru atingerea fericirii, aş recurge mai degrabă la o morală a acțiunii responsabile în alegerea unui stil de viață potrivit. Acesta trebuie să elimine efectele negative/distructive ale acțiunilor noastre asupra celorlalți sau a mediului înconjurător, indiferent că sunt intenționate sau neintenționate, directe sau indirecte. Morala kantiană, prin imperativul său categoric, ne formulează o cerință esențială dură de desfășurare a acțiunilor prin raportare la viața celorlalți. Ea se bazează pe o responsabilitate interioară a acțiunilor în desfășurare, dar se aplică și efectelor lor produse în timp. Imperativul categoric kantian ne impune: „Acționează în așa fel ca maxima voinței tale să devină o lege universală”. În acest context, o morală

machiavelică, cu justificări de tipul „Scopul scuza mijloacele”, este exclusă. Ea rămâne un atribut al unei organizări sociale de tip primitiv. Este bine cunoscut că nu poți fi fericit când prin efectele acțiunii tale, dorite sau nedorite, directe sau indirecte, așteptate sau neașteptate, produci suferință, nefericire celorlalți. După cum, nu poți fi fericit, chiar în condiții de maximă opulență, când ești înconjurat de o masă mare de oameni nefericiți. Fericirea presupune astfel, și o morală a acțiunii împreună fundată pe o etică a responsabilității colective. Fericirea este susținută de un climat pozitiv, prietenos al relațiilor interpersonale bazat pe „un model valoric cultural de viață” (o cultură a relațiilor interpersonale, Zamfir E. 1976). Fericirea are nevoie de o democrație reală, autentică, consolidată, versus una zgomotoasă și extrem de fragilă (Zamfir E. 1997; 2013). De aceea, atât perspectiva filozofică cât și cea a științelor socioumane a privit fericirea ca fiind strâns legată de nevoia unui spațiu propriu al libertății de gândire și de acțiune, de prezența unei „culturi a libertății” versus unei „culturi a tăcerii”.

Calitatea vieții, prin întreaga sa problematică, aduce și o viziune modernă, pragmatică în „căutarea” fericirii. Aceasta se bazează pe acțiuni eficiente de perfecționare continuă atât a universului exterior omului cât și a celui interior (Zamfir E. 1989).

### **CALITATEA VIEȚII ÎN POLITICILE PUBLICE ȘI ETICA ACȚIUNII SOCIALE**

Calitatea vieții apare ca un obiectiv central al programelor politice, al strategiilor de dezvoltare de țară și al proiectelor europene. După anii '70, prin orientarea sa practică, calitatea vieții s-a extins rapid din sfera cercetării și analizei teoretice în cea a acțiunii sociale de schimbare și perfecționare a condițiilor de viață.

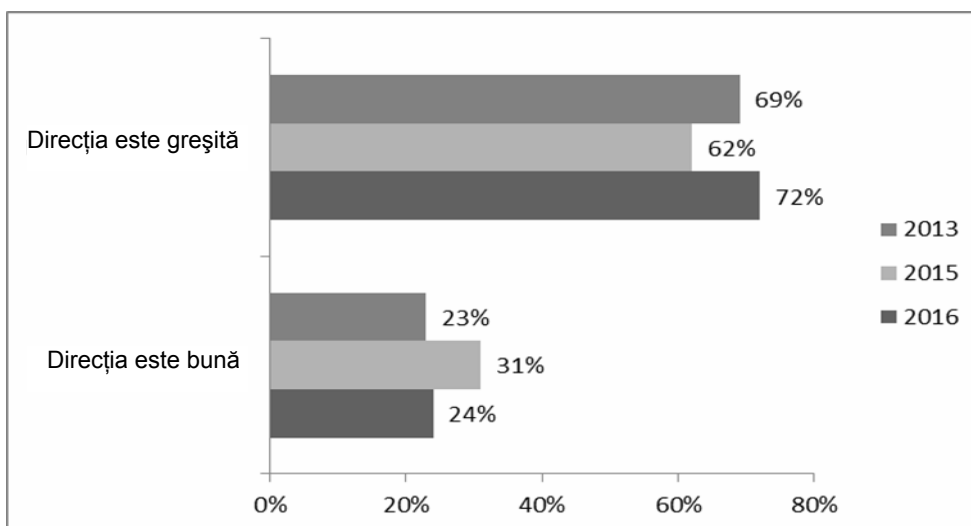
Calitatea vieții a devenit o direcție practică de acțiune a colectivității, conectată difuz la toate activitățile domeniilor sociale prin programe specifice de dezvoltare/proiecte de țară. Asumarea calității vieții ca direcție ultimă de acțiune și dezvoltare socială este un proces în plină desfășurare. În timp, capacitatea de a identifica direcții, obiective, ținte concrete specifice calității vieții a fost dezvoltată în cadrul unor strategii de dezvoltare și scenarii de

evoluție care să contureze un posibil viitor model de țară. Acesta, ca stare dezirabilă trebuie să ducă la o bunăstare economică și o calitate ridicată a vieții. Atingerea acestui scop implică cu necesitate fixarea clară a unor direcții de acțiune, obiective/ținte, borne/indicatori de progres. Direcția de acțiune, ca stare dezirabilă a societății, include voința colectivității de a acționa pentru realizarea ei. Din această perspectivă, calitatea vieții apare ca o proiectare deschisă a acțiunii colective și individuale în găsirea de oportunități, resurse pentru fundamentarea unor măsuri eficiente și soluții pragmatice.

Din păcate, în ultimii ani, în România, încrederea românilor în direcția de dezvoltare a țării este una foarte scăzută. Starea morală a populației s-a degradat rapid. Asistăm la o demoralizare accentuată și un pesimism în creștere rapidă, chiar și la generația tânără.

Încă din 2011 datele din sondaje au arătat că o majoritate importantă a populației (în jur de 70%, conform Eurobarometrului) consideră că direcția în care merg lucrurile în România este greșită, excepție făcând anul electoral 2014 unde proporția celor care apreciau că țara se îndreaptă într-o direcție greșită a scăzut sub 50%. Ultimii ani, comparând 2013, 2015 și 2016, demonstrează îngrijorarea populației față de direcția în care se îndreaptă România (Graficul 3).

Grafic 3. Percepția asupra modului în care merg lucrurile în România



Sursa: IRES 2013, 2015, 2016.

Notă: diferențele până la 100% reprezintă nonrăspunsuri.

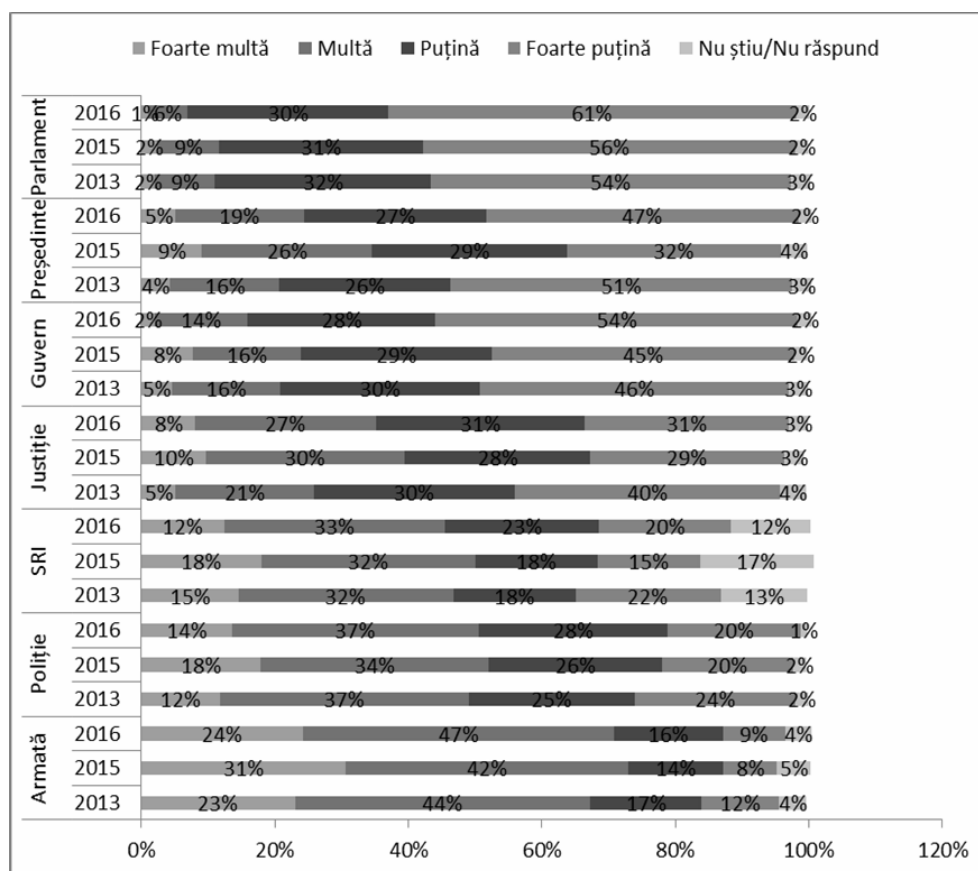
De ce această percepție negativă constantă a românilor față de direcția viitoare de dezvoltare a României? Care este cauza și sursa insatisfacției față de calea aleasă de România ca model de țară? Răspunsurile românilor la întrebări centrate pe încrederea lor față de instituțiile publice cu rol decisiv în fixarea strategiilor de țară (Președinție, Guvern, Parlament, Justiție, SRI, poliție, armată) pot fi lămuritoare aici. Ele corelează pozitiv cu percepția negativă a românilor față de direcția de dezvoltare aleasă de România. În topul încrederii, cu nivelul cel mai înalt al încrederii (foarte multă și multă) se situează armata: 71%), urmată de poliție: (51%), SRI (45%), Justiție (35%), de președinte (24%). Semnificativ aici, pe ultimele locuri, cu încrederea cea mai scăzută a românilor, se plasează Guvernul (Cioloș) și Parlamentul. Astfel, în Guvern, for decizional al schimbării, doar 16% au încredere. Lipsa de încredere a românilor în Guvern corelează pozitiv cu întrebarea anterioară privind sensul de dezvoltare a României. Adesea, aprecierea românilor că țara se orientează într-o direcție greșită este pusă pe seama erorilor strategice și deciziilor iresponsabile ale Guvernului. La rândul lui, Parlamentul, ca for legislativ, este aspru judecat de români. Ținând cont de lentoarea și incoerența schimbărilor legislative, caracterul dezarticulat al procesului democratic de reformă, Parlamentul, la capitolul încrederea românilor, se plasează pe ultimul loc, cu procentul cel mai scăzut de doar 7%. În ultimii ani asistăm și la un proces sistematic de decredibilizare a Parlamentului. E drept, criticile dure adresate parlamentului au fost de regulă de ordin politic. Graficul nr. 4 este semnificativ în acest sens.

Deși în prezent nu dispunem de indicatori obiectivi/instituționali de performanță referitori la calitatea/eficiența funcționării sistemului guvernamental, evaluările globale făcute de români, comparativ cu cele din țările din UE, indică un grad foarte scăzut de încredere în instituțiile publice, în special în cele politice.

În ultimii trei ani, dezamăgirea populației în instituții cheie, cu rol decisiv în alegerea strategiilor de țară, este în creștere. Starea generală subiectivă de insatisfacție a populației vizavi de modelul de dezvoltare de țară ales, trebuie privită și într-un context mai general al sfidării culturii democrației în structurile instituțiilor publice. Lipsa de transparență a deciziilor politice și a celor instituționale, lipsa de responsabile a decidenților pentru acțiunile lor, dezarticularea procesului decizional, incompetența și dezinteresul

pentru banii publici, creșterea corupției la vârf, comunicare necivilizată în dialogul public etc. sunt doar câteva din argumente care pot justifica insatisfacția românilor față de clasa politică. Un control scăzut asupra funcționării sistemului public a dus treptat la pierderea interesului pentru o cultură a democrației la nivel instituțional. S-au accentuat aici practici abuzive, de tip autoritar, subiectiv.

Grafic 4. Dinamica încrederii în instituții



Sursa: IRES 2013, 2015, 2016.

În realitate, erorile strategice ale tranziției sunt responsabile de o degradare rapidă, îngrijorătoare a țesăturii sociale și umane. Relațiile interpersonale și de cooperare au pierdut din consistența și semnificația lor umană tradițională. S-a accentuat în timp înstrăinarea și depărtarea prudentă de ceilalți oameni.

Lipsa unei viziuni coerente, integrate a politicilor publice pe perioada tranziției, concurența politică neloială a partidelor pentru accesul la putere, au avut desigur, impact negativ în alegerea unui viitor proiect de țară. Toate acestea au generat efecte imprevizibile în comportamentul individual dar și în cel colectiv. Pesimismul a devenit în timp demobilizant, factor de frânare a acțiunilor sociale de tip comunitar.

Cercetările academice și instituțiile statistice au făcut foarte mult pentru dezvoltarea de indicatori de stare și de evaluare a funcționării societății. Aceștia trebuiau însă conectați la normele morale ale deontologiei profesionale, iar apoi, larg difuzați în conștiința publică și în comportamentul individual.

Încă din 1946, politicianul român Mihail Manoilescu atragea atenția asupra unor cerințe morale ferme în practica politică. El preciza că „idealismul, bunăvoința, bunele intenții stau la temeliile eticii politice” (Morar 2011, 179). Din păcate, în România, pe toată perioada tranziției, au lipsit din politicile publice preocupări explicite pentru reglementări morale (norme, principii, valori) cerute de acțiuni sociale responsabile. Așa cum bine remarcă cunoscutul etician Vasile Morar, „în spațiul public românesc există o neîncredere în morală, în morală ca morală, adică, în fond, o neîncredere în temeiul moral al valorilor democratice originare. Or, libertatea, viața, demnitatea, fericirea, dreptatea, bunăstarea, presupun obligatoriu valorile morale pozitive, cele numite „virtuți” într-o tradiție de gândire, sau numite „reguli imparțiale de corectitudine morală”, într-o altă tradiție etică (Morar 2011, 15). Etica acțiunii sociale a fost o temă absentă în spațiul politicilor publice și al dezbaterilor politice postdecembriste. În fapt, un management performant de gestionare și control al riscurilor sociale, în condițiile unui mediu greu controlabil, presupune obligatoriu o morală a acțiunii colective și/sau individuale.

Responsabilitatea socială în contextul unui management modern nu constă într-o simplă etică secvențială: ce se întâmplă aici și acum. Și nici nu apare doar ca un simplu deziderat. Dimpotrivă, ea evidențiază implicațiile viitoare ale acțiunilor sociale asupra noilor generații dintr-o perspectivă mai generală, în procesul larg al globalizării. Prin aceasta, responsabilitatea socială devine parte componentă a deciziilor raționale, dar și parte a procesului permanent de evaluare și monitorizare a proiectelor de dezvoltare socială. Probleme sociale grave prin consecințele lor în timp (valuri de migranți,

înmulțirea actelor teroriste, conflicte și tensiuni în creștere de natură socială, politică, economică, etnică, religioasă, distrugerea unor modele culturale tradiționale de viață, corupție în expansiune, criminalitate și delincvență, în special cea juvenilă), sunt doar câteva din noile atenționări pentru decidenții politici și actorii sociali. La acestea se adaugă și problemele cumulate pe parcursul tranziției care solicită răspunsuri punctuale urgente: sărăcie extinsă, excluziune socială, marginalizare, economie inefficientă, subocupare, inechitate, incompetență administrativă etc. Ralf Dahrendorf sublinia în 1995, în Prefața traducerii în limba română a cărții „Conflictul social modern. Eseu despre politica libertății” necesitatea răspunderii sociale a decidenților politici în procesul schimbărilor sociale: „În lumea reală, oamenii și grupurile luptă pentru putere și bunăstare. O astfel de luptă constituie sursa schimbării. Dacă însă am inventa instituții de canalizare a luptei, am putea controla chiar procesele de schimbare. **Aceasta cu atât mai mult cu cât schimbarea incontrollabilă – revoluția – distruge mai mult decât realizează**” (Dahrendorf 1995, 5; s. n.). Pornind de la premiza că societățile moderne deschise se confruntă cu schimbări care pot lua și forma conflictelor, decidenții au răspunderea modului în care acestea sunt gestionate la nivel instituțional. Cunoașterea și soluționarea la timp a conflictului prin mediere și negociere presupune: un cadru modern administrativ-instituțional pentru instituționalizarea lui, competență și profesionalism a celor care gestionează direct conflictul, mijloace de ținere sub control a formelor violente, căi flexibile de dialog, mediere și negociere, necesitatea restabilirii echilibrului pierdut cu avantaje pentru ambele părți intrate în conflict. Nu în ultimul rând, o răspundere majoră pentru om și viața lui (Zamfir E. 2003).

De aceea, politicile sociale publice trebuie să-și fixeze obiective clare privind controlul și gestionarea conflictelor. Chiar dacă multe din conflictele societăților moderne nu pot fi soluționate prin eliminarea cauzelor care le-au generat, ele pot fi ținute sub control prin instituționalizarea conflictului sau prin reducerea efectelor lor distructive. Giddens atrăgea atenția că „Tiparele inegalității azi sunt diferite de cele de acum două sau trei decenii, un fenomen care are importante consecințe politice. În societățile contemporane există mai multă fluiditate dezordonată decât se credea odată. Schimbările din cursul vieții sunt mai puțin predictibile decât erau odată, din motive bune, cât și rele. **Inovațiile politicilor trebuie să răspundă acestor evoluții**” (s. n.) (Giddens 2007, 97).

Un indicator modern pentru evaluarea calității societății este și cel dat de percepția unor tensiuni și conflicte deschise între grupuri. În fapt, monitorizarea și soluționarea la timp a tensiunilor sociale și conflictelor deschise de stradă reprezintă un instrument al unei bune organizări instituționale, al unui management performant în păstrarea echilibrului social, indicator al satisfacției cu viața. Astfel, sondajul recent Eurofund din 2016, amintit mai sus, prezintă date comparative pentru țările europene privind percepția tensiunilor, conflictelor pe trei ani: 2007, 2011 și 2016. Nu întâmplător au fost aleși cei trei ani: 2007, an premergător declanșării crizei economice-sociale; 2011 an al crizei și austerității; 2016, an de cumulări pregătitoare pentru evoluție, dezvoltare viitoare. În România, pe fundalul unui deficit de politici sociale active, de suport specializat pentru grupuri vulnerabile, au apărut în ultimii ani nemulțumiri ale grupurilor sociale, tensiuni sau chiar conflicte deschise între categorii profesionale, între bogați și săraci, organizații și instituții de stat. Ele au fost percepute diferit de români, în funcție de contextul concret socioeconomic, politic și cultural al vremii. Astfel, percepțiile unor mari tensiuni datorate inegalităților economice au fost înregistrate în anul de criză și austeritate 2011, pregătit de anul 2007 și apoi continuate în 2016. Oricum, și aceste percepții ale stărilor conflictuale, tensionate în România, s-au plasat și de această dată ca nemulțumiri deschise ale unor cetățeni față de unele propuneri guvernamentale „grăbite” în lipsa unor dezbateri largi și a unui dialog constructiv cu actorii sociali implicați în procesul de schimbare.

Cum va arăta societatea viitorului și mediul înconjurător? Cât de prietenoasă va fi planeta noastră în timp? Care vor fi efectele mondializării asupra condiției și identității omului? Acestea sunt doar câteva din multiplele întrebări la care calitatea vieții poate și trebuie să răspundă doar prin apel la morală.

În contextul actual al globalizării, lărgirea conștiinței morale printr-o responsabilitate asumată a acțiunii sociale devine tot mai mult o necesitate, dar și o garanție a unui proces de dezvoltare durabil.

În scenariile propuse pentru un model de dezvoltare viitoare a țărilor lumii, Clubul de la Roma, încă din anii '70 (Rapoartele Clubului: *Limitele creșterii*, *Omenirea la răscruce*, *Să ieșim din epoca risipei*, *Spre o nouă ordine internațională*) atrăgea atenția asupra semnificației cheie a responsabilității sociale, ca nucleu al echilibrului în dezvoltarea durabilă. Se propunea o

dezvoltare socială și politică echilibrată, responsabilă vizavi de riscurile directe sau indirecte ale creșterii economice necontrolate. Se cerea o creștere economică organică, pe măsura omului, versus uneia aberante, de tip canceros. Sociologi, cercetători, analiști au accentuat atunci că responsabilitatea socială a omului în relația cu mediul lui înconjurător (societate, natură, mediul geografic) este una care condiționează calitatea viitoare a vieții. Nu este întâmplător că economistul J. Tinbergen, prin îndemnul subliniat de titlul raportului său „Spre o nouă ordine internațională” (*Restructurarea ordinii internaționale: raport către Clubul de la Roma*), a primit Premiul Nobel pentru economie.

Stabilirea clară a unei ordini de priorități morale în dezvoltarea socială viitoare nu reprezintă doar o morală a bunelor intenții sau simple vorbe frumoase. Concret, aceasta solicită cerințe etice precise ale desfășurării acțiunii sociale, controlată însă prin efectele ei în timp. În acest context, calitatea vieții trebuie să recurgă la valori morale și politice fundamentale. Calitatea vieții devine astfel „pe de o parte, un stimulent în asumarea unei responsabilități sociale și/sau individuale, iar pe de altă parte o măsură a progresului social în creșterea economică actuală. Lărgirea conștiinței morale în controlul și fixarea obiectivelor sau țințelor de creștere a calității vieții devine o cerință obligatorie pentru un echilibru al spațiului natural, social și cultural în procesul dezvoltării. Acest proces poate fi înregistrat și măsurat empiric prin serioase studii de impact, tot mai numeroase în ultimul timp. Studiile de impact pot surprinde efectele implicite și/sau perverse ale noilor tehnologii și costurile lor economice indirecte asupra condiției umane și a mediului ecologic, efectele lansării unor produse noi în competiția de piață, efectele noilor achiziții informatice moderne etc.” (Zamfir E. 1997, 293).

În România postdecembristă, programele sociale de dezvoltare, în special cele legate de restabilirea echilibrului social și a justiției sociale, au ignorat implicațiile morale ale acțiunilor decidenților politici și sociali. Judecățile morale nu au însoțit evaluarea proceselor de reformă. Din nefericire, criza morală profundă, acutizată pe perioada tranziției, a fost un factor causal agravant în declanșarea și menținerea fenomenului de criză în toate celelalte domenii: economie, politică, educație, cultură, administrație publică, sănătate etc.

Rezultatele nereușite ale unor schimbări sociale de până acum au evidențiat și un mecanism defectuos în stabilirea priorităților sociale prezente

în strategiile de țară. Au fost sistematic subestimate efectele negative ale dezvoltării economice–științifice–tehnice asupra condiției umane și a satisfacției generale a omului cu propria lui viață. Au lipsit analize de impact care puteau evita riscuri de proporție ale unor decizii politice iraționale, de tip populist sau pentru avantaje personale. În epistemologie, o normă fundamentală a deontologiei interzice orice tip de experimente pe om sau colectivități, de dragul cunoașterii. Aș adăuga eu aici, și al „schimbărilor sociale de dragul schimbărilor”. Științele socioumane, ca instrumente de construcție a vieții omului și a spațiului lui social de viață, ne pun la dispoziție adevărate „inginerii sociale și umane”, care ne feresc de efectele metodei costisitoare de tipul „încercare și eroare”. Ele implică tehnici riguroase de analiză, diagnoză și prognoză a vieții în conformitate cu teorii științifice consolidate, proprii domeniului social și uman. Doar cunoașterea acestor mecanisme științifice în procesul reformelor și construcției sociale poate asigura responsabilitatea acțiunilor sociale. În această ipostază, acțiunea socială sub cupola responsabilității apare ca o precondiție a dezvoltării sociale. Anthony Giddens, în lucrarea „Europa în epoca globală”, remarcă faptul că Strategia Lisabona, cu accent „pe justiția socială și protecția în țările membre UE, urmărește modernizarea modelului social european prin îmbunătățirea capacității colective de a acționa și de a oferi tuturor noi șanse”... prin intenția declarată de a promova „munca decentă ca obiectiv global și la toate nivelurile”, de a crește adaptabilitatea muncitorilor și de a „aplica măsuri de incluziune pe piața muncii...” (Giddens 2007, 96). Continuând această idee, aș menționa că în Marea Britanie și Irlanda de Nord, dar și în multe alte țări europene dezvoltate, principalul obiectiv al Programelor de incluziune socială este centrat pe găsirea/imaginarea unor soluții de a sprijini motivația muncii și formarea unor deprinderi, norme culturale de muncă pentru cei asistați prin servicii integrate de asistență socială (centrate punctual pe profilul nevoilor). În România, însă, buna intenție de a atrage și păstra persoane pe piața muncii s-a împiedicat de existența unor forme păguboase din politicile ocupaționale. Concedieri nejustificate/ineficiente în cadrul sistemului bugetar, concentrarea în prea mare măsură doar pe procesul de formare al șomerilor și foarte puțin pe monitorizarea eficienței finale a acestui proces. Astfel, integrarea celor formați prin programe de incluziune pe piața forței de muncă a rămas doar parțial soluționată.

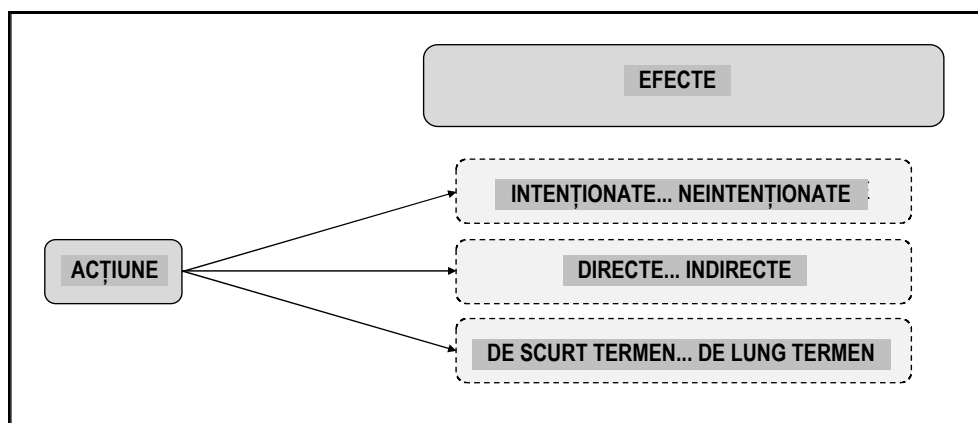
Căutarea unui loc de muncă a fost una problematică fără șanse de rezolvare. De aceea, poate, programele guvernamentale de măsuri privind suportul social pentru familie și copil în perioadele de criză și a condițiilor de austeritate au fost supuse unor critici severe din partea sociologilor, mediului academic de cercetare, a analiștilor politici. Ele s-au confruntat cu atacuri publice extrem de dure, datorită șanselor slabe de fezabilitate și sustenabilitate. Există o impresie aproape generalizată în rândul specialiștilor, că programele de asistență pentru familie suferă atât de o neclaritate a direcției, dar și de o confuzie evidentă a strategiei de reformă în sistemul asistenței sociale. Deseori, fondate pe ambiții excesiv nejustificate de a aduce economii pe seama celor săraci, cu risc major de excluziune socială, guvernării au redus drastic finanțarea serviciilor specializate de asistență, concomitent cu diminuarea funcțiilor sociale ale statului. Acest fapt a fost total inexplicabil în contextul social al României, în condițiile în care țările europene ne oferă numeroase exemple de politici active de menținere sau chiar extindere a funcțiilor sociale ale statului, mai ales în perioade de criză și austeritate (Zamfir E. 2012a).

În ultimii ani s-au acumulat însă tot mai multe dezamăgiri, și de aici multe semne de întrebare în legătură cu eficiența socială și umană a creșterii economice și tehnologice. Mai precis, s-a conturat cu multă insistență întrebarea: putem considera că *eficiența economică* implică nemijlocit și o *eficiență socială și umană*? Se regăsește automat creșterea și eficiența economică într-o „societate mai bună”? În realitate, ideea conform căreia creșterea economică în sine, orientată de propria logică internă, ar fi calea cea mai bună a creșterii umane, s-a dovedit a fi un mit, o simplă iluzie. Neglijarea impactului negativ al unei „dezvoltări economice în sine”, necontrolate prin efectele distructive în timp asupra omului și mediului înconjurător de viață a dus la costuri și sacrificii umane mari, risipă de fonduri financiare și efecte păguboase asupra calității vieții. Acțiuni iresponsabile în utilizarea resurselor naturale, sociale și financiare în dezvoltarea economică și a tehnologiilor moderne au generat costuri economice indirecte foarte mari, cu efecte dramatice dezastruoase asupra omului și condiției umane. Efectele se văd și azi prin consecințele devastatoare asupra unor comunități afectate de catastrofe naturale (inundații, secete, cutremure), dar și de o în Justiție socială evidentă, nejustificată pentru o țară europeană. Necesitatea eliminării sau

reducerii riscurilor unei creșteri economice și tehnologice necontrolate rămâne o problemă de mare actualitate pentru derularea programelor sociale de dezvoltare durabilă.

Pentru creșterea calității vieții, pornind de la imperativul categoric Kantian, se impune poate lărgirea sferei de responsabilitate morală în politicile publice. Adaptat la calitatea vieții, noul imperativ moral ar putea fi enunțat astfel: „Acționează în așa fel încât să ai răspunderea acțiunilor desfășurate, atât pentru alegerea modalităților de intervenție, a mijloacelor folosite cât și pentru consecințele lor viitoare”. În acest caz, autoritatea legii morale se extinde atât asupra instrumentelor/modalităților concrete alese în procesul schimbărilor sociale, dar și a efectelor lor în timp.

Schema 3. Tipuri de efecte



Sursa: Zamfir 1997, 292.

Obligativ, legea morală trebuie să guverneze nu numai spațiul prezent al desfășurării acțiunilor sociale, dar și cel al mijloacelor concrete, instrumentelor alese pentru implementare. Din această perspectivă nu se pot justifica urmările grave ale schimbărilor sociale costisitoare din perioada tranziției prin scuze neîntemeiate precum: răspuns la urgențe, context nefavorabil, presiuni interne sau externe, necunoașterea efectelor în timp etc. Toate acestea sunt de genul „scopul scuză mijloacele”. De aceea, iresponsabilitatea decidenților politici din perioada tranziției pentru costurile mari sociale și umane nejustificate ale pretinselor reforme sociale, nu poate fi ștersă. Sunt acțiuni ale căror efecte morale nu se prescriu în timp. În fapt, valorile și

normele morale trebuie să însoțească toate etapele derulării proceselor de schimbare/reformă. Evaluarea continuă și monitorizarea efectelor lor în timp sunt obligatorii și necesare pentru asigurarea creșterii calității vieții. În prezent, nu se mai poate vorbi de o dezvoltare armonioasă și un echilibru social fără o viziune macrosocială, globală asupra obiectivelor generale de atins și a căilor prin care acestea pot fi realizate. Viziunea globală însă se realizează și se corectează permanent prin inițiativa/contribuția părților: indivizi, grupuri, instituții, comunități care își asumă creativ și responsabil funcția lor specifică în proces. De aceea, orice bună strategie de tip integrativ își va asuma și o cale democratică de dezvoltare a societății, a comunităților.

Din păcate, strategiile de reformă socială postdescembriste au ignorat total și necesitatea unui sistem explicit de valori morale în construcția noului model social democratic. Calitatea mediului social, politic și uman, prin raportare la valori, principii, reguli și norme democratice de viață, nu s-a regăsit ca obiectiv distinct în politicile publice sau în rapoarte/documente oficiale de dezvoltare de țară. Morala a rămas o temă periferică pentru interesul actorilor sociali. Studiile de etică, modelele culturale de viață și comportamentul moral au apărut ca apanaj al cercetării academice. Difuzarea și influența lor în spațiul public a fost unul marginal. Acestea nu s-au regăsit deloc sau au fost mult reduse și în programele curriculare școlare și universitare.

În schimb, reușita unui proiect strategic de dezvoltare de țară nu poate face abstracție de normele moralei ca parte integrantă a democrației și civilizației moderne. Din păcate, și preocuparea pentru construcția unei culturi a democrației a fost absentă din programele și strategiile de țară, ca obiectiv distinct cu termene fixe de realizat. Poate, la început, s-a crezut că aceasta apare ca un dat automat, supraadăugat noului model postcomunist de țară. În fapt, configurația actuală a stării socioeconomice și politice românești evidențiază goluri mari în acoperirea necesităților reale ale populației și, cu atât mai mult, în sfera așteptărilor, opțiunilor și proiectelor ei de viață. Aceasta se datorează și faptului că fixarea obiectivelor de dezvoltare, alegerea cadrului de referință, clarificarea țăntelor și a mijloacelor de realizare a obiectivelor reprezintă doar o intenție sau un act unilateral de voință politică numai a guvernanților, a decidenților politici, așa cum deseori s-a întâmplat. Într-un regim democrat, alegerea unui proiect de țară presupune o opțiune fermă pentru o etică a acțiunii colective. Actorii sociali, participanți la

acțiunile sociale trebuie să fie implicați/consultați atât în procese de decizie cât și în cele de evaluare și monitorizare a programelor inițiate. Societatea modernă, caracterizată prin orientarea sa pragmatică centrată pe profit, are un deficit sever în sfera mecanismelor de creare și funcționare a unei culturi a solidarității sociale și a învățării „cum să construim împreună”. Responsabilitatea în fața acțiunii sociale nu este una limitată, de tip individual – prezenteistă. Ea se extinde prin efecte și asupra generațiilor viitoare. Se pare că istoria dezvoltării sociale ne-a oferit suficiente cazuri/exemple de situații în care a trata urmările unui dezastru este mult mai costisitor financiar și uman decât a-l preveni la timp. O simplă analiză comparativă a României pe justiție socială, în raport cu țările membre UE, poate fi semnificativă în acest sens. În fața unor probleme sociale grave, care s-au multiplicat rapid după perioade lungi de criză și austeritate, România, contrar tendințelor europene, a redus masiv cheltuielile de protecție socială ca procent din PIB. În timp ce după 2011, media europeană a cheltuielilor de protecție socială ca % din PIB a crescut de la 28,3% la 28,7%, România, paradoxal, a redus anual aceste cheltuieli, de la 16,4% în 2011 până la 14,8% în 2014. Această reducere a poziționat România chiar sub Bulgaria și Slovacia (18,5%), fiind cu puțin peste Estonia (14, 5%) și Lituania (14,7%). Luând în calcul dinamica pe 4 ani (2011–2014), datele Eurostat din decembrie 2016, arată că România se află pe ultimul loc în Europa în privința cheltuielilor cu protecția socială. Aceste cheltuieli pe cap de locuitor, adaptate la paritatea puterii de cumpărare, situează România cu 70% sub media UE. Situația României este chiar mai proastă decât a Bulgariei, Letoniei (cu un interval de 65%–70% sub media UE). Diferențele dintre România și țările UE cresc și mai mult, situația înrăutățindu-se, dacă se ia în calcul redistribuirea cheltuielilor pe segmente/categorii defavorizate de protecție socială (pensionari, șomeri, copii din familii sărace). La șomeri ne situăm pe ultimul loc în UE în privința recuperării lor pe piața muncii; la copii, deși suntem țara cu cel mai ridicat grad de sărăcie la copii, se alocă doar 8,3%. Cu mult mai puțin decât Bulgaria, Ungaria, Estonia, care alocă peste 10% și au și politici active pentru reducerea sărăciei la copii.

Îngrijorător este faptul că indicatorii de justiție socială plasează România pe ultimele locuri în rândul țărilor UE (vezi Schraad-Tischler și Schiller 2016). Patru indicatori cheie: numărul de copii și tineri sub vârsta de 18 ani

cu risc de sărăcie sau excluziune socială, influența cadrului socioeconomic asupra succesului/performancei educaționale, proporția părăsirii timpurii a școlii de către copii și rata NEETs, situează România în UE pe locul ultim, 28 din 28. Categoria copiilor și a tinerilor rămân și în 2016 ca total dezavantajate/defavorizate social. Aceste categorii au cele mai mici șanse și oportunități de a ieși din starea de risc major de sărăcie și excluziune socială.

În contextul integrării europene, România a resimțit poate cel mai acut povara problemelor sociale grave care au rămas fără răspuns în sfera politicilor sociale. În fapt, Europa socială, la nivel de suport specializat pentru grupurile vulnerabile, mai puțin vizibilă în sfera indicatorilor sociali, a înregistrat viteze diferite pentru țările membre în dezvoltarea unui sistem profesionist de servicii de asistență. Dincolo de problemele sociale grave, ca rezultat al riscurilor moderne, comune unei bune părți a țărilor UE, răspunsurile la nivel de servicii personalizate în asistență aduc soluții proprii, specifice situațiilor concrete, existente din fiecare țară. Datorită diversității formelor de protecție și asistență socială, datorită diferențierii suportului specializat la nivel de țară, comparabilitatea formelor de asistență socială a țărilor membre UE devine una anevoioasă și chiar inoperantă. În sfera serviciilor sociale de asistență, singura țință comună precisă/clară în UE pentru toate țările membre este cea legată de respectarea standardelor de calitate pentru gama larg diversificată a acestora pe tipuri de nevoi. La aceasta se adaugă și un buget corespunzător alocat stadiului de dezvoltare a sistemului din fiecare țară. Astfel, pe baza indicatorilor de evaluare a justiției sociale, conform raportului “Social Justice in the EU. Index Report 2016. Social inclusion Monitor Europe” (Bertelsman Stiftung 2016), performanța generală a României în 2016, cu un punctaj de 3,91 se situează pe poziția 27 în UE, urmată de Grecia cu un punctaj de 3,66.

Se observă că România se situează pe ultimile 5 locuri ale țărilor membre UE și în privința stării de sănătate, locul 27; prevenirea sărăciei, locul 27; coeziunea socială și nondiscriminarea tot pe ultimele locuri, 26; accesul pe piața muncii, locul 26; educație echitabilă, locul 22; justiție intergenerațională, locul 17.

Îngrijorător este faptul că România se află pe penultima poziție în UE în privința prevenirii sărăciei și a riscurilor de sănătate. La categoria tinerilor și copiilor, punctajul României de 2,77 în cazul acestui sub-index, o plasează

pe ultima poziție din UE. Conform standardelor europene pentru protecția socială și asistența socială a grupurilor vulnerabile, România, se află pe ultimele locuri în UE. De aici, necesitatea unui pachet de reforme urgente, cu măsuri active, pentru multe categorii sociale defavorizate. Măsuri de prevenție și reducere a sărăciei apar ca prioritare și pentru procesul de incluziune socială în România.

*Tabelul 1*  
Indexul justiției sociale în anul 2016 și valorile indicilor pe dimensiuni

|    |                   | Indexul<br>justiției<br>sociale 2016 | Educație<br>echitabilă | Acces pe<br>piața forței<br>de muncă | Prevenirea<br>sărăciei | Justiție<br>intergene-<br>rațională | Sănătate | Coeziune socială<br>și nediscriminare |
|----|-------------------|--------------------------------------|------------------------|--------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|----------|---------------------------------------|
| 1  | Suedia            | 7,5                                  | 7,7                    | 7,2                                  | 7,2                    | 7,9                                 | 8,0      | 7,9                                   |
| 2  | Finlanda          | 7,2                                  | 7,8                    | 6,8                                  | 7,0                    | 7,2                                 | 7,1      | 7,4                                   |
| 3  | Danemarca         | 7,2                                  | 7,3                    | 7,5                                  | 6,8                    | 7,2                                 | 7,4      | 7,2                                   |
| 4  | Republica<br>Cehă | 6,9                                  | 6,7                    | 6,5                                  | 7,6                    | 5,7                                 | 7,7      | 5,8                                   |
| 5  | Olanda            | 6,8                                  | 6,2                    | 7,0                                  | 7,0                    | 5,2                                 | 7,7      | 7,7                                   |
| 6  | Austria           | 6,7                                  | 6,4                    | 7,2                                  | 6,6                    | 6,0                                 | 7,1      | 6,5                                   |
| 7  | Germania          | 6,7                                  | 6,8                    | 7,4                                  | 6,2                    | 5,5                                 | 7,0      | 7,1                                   |
| 8  | Luxemburg         | 6,6                                  | 6,1                    | 6,4                                  | 6,6                    | 5,5                                 | 8,0      | 7,4                                   |
| 9  | Slovenia          | 6,5                                  | 7,0                    | 6,1                                  | 6,4                    | 6,2                                 | 6,6      | 6,8                                   |
| 10 | Franța            | 6,3                                  | 5,9                    | 6,0                                  | 6,8                    | 5,6                                 | 7,1      | 5,9                                   |
| 11 | Belgia            | 6,2                                  | 6,3                    | 6,0                                  | 6,0                    | 5,1                                 | 7,6      | 6,5                                   |
| 12 | Regatul Unit      | 6,2                                  | 6,1                    | 7,2                                  | 5,4                    | 5,4                                 | 7,0      | 6,5                                   |
| 13 | Estonia           | 6,2                                  | 7,3                    | 7,0                                  | 5,2                    | 6,4                                 | 5,1      | 5,9                                   |
| 14 | Polonia           | 5,8                                  | 7,2                    | 5,7                                  | 5,4                    | 5,5                                 | 4,4      | 6,1                                   |
|    | Media UE          | 5,8                                  | 6,2                    | 6,0                                  | 5,2                    | 5,4                                 | 6,2      | 5,9                                   |
| 15 | Lituania          | 5,7                                  | 7,5                    | 6,0                                  | 4,0                    | 6,3                                 | 5,8      | 5,7                                   |
| 16 | Malta             | 5,6                                  | 6,3                    | 6,5                                  | 5,7                    | 4,4                                 | 7,5      | 5,1                                   |
| 17 | Slovacia          | 5,6                                  | 5,4                    | 4,8                                  | 6,6                    | 5,2                                 | 5,2      | 5,1                                   |
| 18 | Irlanda           | 5,4                                  | 5,7                    | 6,1                                  | 4,4                    | 5,1                                 | 6,2      | 6,0                                   |
| 19 | Croația           | 5,1                                  | 7,2                    | 4,6                                  | 4,1                    | 4,8                                 | 6,0      | 4,1                                   |
| 20 | Cipru             | 5,0                                  | 6,8                    | 4,8                                  | 4,1                    | 4,0                                 | 6,0      | 5,1                                   |
| 21 | Letonia           | 5,0                                  | 5,5                    | 6,0                                  | 3,6                    | 6,2                                 | 3,3      | 5,1                                   |
| 22 | Portugalia        | 5,0                                  | 4,5                    | 5,2                                  | 4,7                    | 4,8                                 | 5,7      | 6,0                                   |
| 23 | Ungaria           | 5,0                                  | 5,6                    | 5,8                                  | 4,3                    | 4,6                                 | 5,2      | 4,4                                   |
| 24 | Italia            | 4,8                                  | 5,5                    | 4,8                                  | 4,2                    | 3,8                                 | 5,8      | 5,2                                   |
| 25 | Spania            | 4,8                                  | 5,0                    | 3,8                                  | 4,2                    | 4,8                                 | 7,1      | 5,7                                   |
| 26 | Bulgaria          | 4,0                                  | 5,9                    | 5,5                                  | 1,2                    | 5,3                                 | 4,8      | 4,1                                   |
| 27 | România           | 3,9                                  | 4,7                    | 5,1                                  | 2,1                    | 5,2                                 | 3,8      | 4,2                                   |
| 28 | Grecia            | 3,7                                  | 5,2                    | 3,3                                  | 2,5                    | 3,6                                 | 4,1      | 4,4                                   |

*Sursă:* Schraad-Tischler și Schiller 2016.

Una dintre provocările politice majore ale guvernului României, subliniază autorii raportului amintit pe justiție socială, este cea a prevenirii sărăciei. În

anul 2015, un procent considerat alarmant de 37,3% dintre români se regăseau în categoria celor cu risc de sărăcie ori de excludere socială, penultima rată foarte ridicată în cadrul celor 28 de state membre ale UE. Deși această rată s-a îmbunătățit comparativ cu anul 2007 (47%), ea continuă să rămână, totuși, cu 13 puncte procentuale mai mare decât media UE. În plus, 22,7% din populația totală suferă de privațiuni materiale severe (penultima rată foarte ridicată a eșantionului), iar o proporție de 25,4% suferea de sărăcia veniturilor (respectiv, beneficia de mai puțin de 60% din venitul median, după realizarea transferurilor sociale). Printre cei supuși riscurilor, copiii se află în cea mai dificilă situație, 46,8% din tinerii și copiii cu vârsta de sub 18 ani, aflându-se în situații de risc de sărăcie ori de excludere socială, respectiv cea mai mare rată a acestora din întreaga UE. La rândul lor, vârstnicii (65 de ani și peste) se regăsesc în situații mult mai dificile decât cele ale persoanelor de vârste comparabile din UE: 33,3% se află în risc de sărăcie, ori de excludere socială. În timp ce guvernul a obținut progrese semnificative în reducerea privațiunilor materiale severe pentru vârstnici – de la 39% în 2008 la 21,5% în 2016 – procentul continuă să fie cel de-al doilea cel mai mare din cadrul țărilor UE, fiind depășit doar de Bulgaria. (Schraad-Tischler și Schiller, 2016)

Cel mai îngrijorător este faptul că România se află pe penultima poziție nu numai în privința prevenirii sărăciei, dar și a stării precare de sănătate. Țara se numără printre cei mai slabi cinci performeri din UE, pentru patru din cele șase dimensiuni alese de raport. Iar, referitor la categoria tinerilor și copiilor, punctajul României în cazul acestui sub-index, respectiv de 2,77 o plasează pe ultima poziție din UE (Schraad-Tischler și Schiller, 2016). Cerințele standardelor fixate de UE pentru protecția și asistența socială a grupurilor vulnerabile, ca o precondiție pentru incluziune socială, subliniază decalaje mari ale României în raport cu țările UE și chiar cu cele est europene. Cerința unei finanțări decente pentru asistența socială devine un imperativ moral, un obiectiv urgent pentru respectarea justiției sociale.

Câteva exemple din domeniul social, cu semnificație majoră pentru calitatea vieții, ale căror politici sociale sectoriale nu au răspuns la timp pe măsură problemelor urgente puse de tranziție.

Sistemul de învățământ s-a confruntat în România cu numeroase schimbări fără consistență în creșterea calității, unele total nejustificate prin finalitatea

lor socială păguboasă: „Schimbări de dragul schimbării”, adesea „schimbarea schimbării”. Educația, prin sistemul de învățământ, s-a aflat într-o permanentă așa zis „stare de reformă” care a dus la instabilitate cronică și ineficiență. Lipsa evaluărilor periodice și a monitorizării impactului în timp a acestor schimbări asupra generațiilor de elevi, au fost percepute adesea de români ca un experiment pe copii și tineri, de tipul „încercare și eroare”. A se vedea efectele negative, indirecte/implicite ale reformei Bologna în România. Fără stabilitate și lipsit de eficiență, fără repere valorice clare, sistemul învățământului românesc din perioada tranziției nu a fost constant orientat de decizii raționale și acțiuni responsabile la nivel social. Subfinanțarea cronică a sistemului a fost mereu o evidență. România alocă cel mai mic procent din PIB pentru educație, comparativ cu țările UE în ultimii 5 ani. Numărul exagerat de mare de miniștri ai învățământului, schimbați rapid în cei peste 26 de ani, a imprimat sistemului de educație un caracter fluctuant în timp, confuz, incoerent și haotic. Fiecare ministru a căutat să-și lege numele de o așa-zisă reformă, multe din ele, în final, eșuate. Și de aceea poate, sistemul românesc de învățământ postdecembrist nu și-a găsit propria sa identitate valorică, în ciuda unor bune și serioase tradiții culturale.

La fel, sistemul de sănătate a fost și încă este într-o continuă criză, o „suferință” majoră. Cum se exprima un sociolog „sistemul de sănătate este grav bolnav”. Și aici, în tranziție, cei 19 miniștri ai sănătății nu au găsit soluții pentru „însănătoșirea sistemului”. Insatisfacția populației față de calitatea serviciilor de sănătate a fost una în creștere rapidă. Datele aduse de Raportul european pe justiție socială, sunt relevante aici.

Asistența socială, și ea cronic subfinanțată, nu a putut să țină pasul cu degradarea rapidă a condițiilor de viață pentru persoane și grupuri vulnerabile, cu risc de marginalizare. La începutul anilor '90, serviciile de asistență socială, desființate în regimul comunist, apăreau doar ca deziderat al unei reforme sociale viitoare. Sistemul de asistență socială păstra încă semnele trecutului comunist: iluzia că statul poate și trebuie să rezolve singur problemele celor în dificultate pe o cale funcționarească, strict administrativ-birocrațică. Primeau în acest context ajutoarele financiare în bani, slab focalizate pe profilul nevoilor. Suportul serviciilor de asistență socială a fost total insuficient pentru reducerea riscului de sărăcie și excluziune socială. Serviciile de asistență socială, mai ales cele comunitare, marginalizate în politicile publice, cronic

subfinanțate, nu au putut acționa nici în planul recuperării celor în nevoie, nici pentru prevenția unor riscuri de viitor pentru persoane și grupuri vulnerabile. Asistența socială a fost una de răspuns la urgențe și nu una activă de prevenție și recuperare a celor marginalizați social.

Din păcate, în pofida costurilor mari financiare investite în construcția noului sistem social post comunist, dar și a sacrificiilor umane făcute pe perioade lungi de criză, politicile sociale publice în tranziție, nu au reușit să identifice corect nici sursele cauzalităților multiple generatoare de excluziune socială și marginalizare și nici să ofere la timp soluții pragmatice viabile grupurilor în dificultate. Pe fundalul birocrăției, a unui management neperformant și a unei scăzute responsabilități sociale și politice, problemele sociale noi identificate pe parcursul tranziției, în special în perioadele mari de criză, au fost mereu amânate. Cronicizarea lor a avut un impact direct asupra insatisfacției cu viața a populației.

Procesul de democratizare a sistemului social, la toate nivelurile lui, a fost și el unul lent, golit de conținutul unei participări competente și responsabile la deciziile colective de reformă și schimbări sociale. Pe parcursul tranziției, nu s-au înregistrat în politicile sociale sectoriale schimbări majore cu impact social pozitiv vizibil asupra calității vieții, așa cum ne-am imaginat în anii '90.

## CONCLUZIE

În fapt, calitatea vieții, ca strategie de maximizare a stării de satisfacție, a fost și trebuie asociată în mod esențial cu o politică a acțiunii bazată pe intervenții active, responsabile.

Perfecționarea mediului social prin acțiuni colective este o țintă permanentă pentru creșterea calității vieții. Ea ar trebui să se regăsească în viitorul proiect de țară. Aceasta trebuie să răspundă la întrebări majore:

- ce tip de dezvoltare viitoare se prefigurează (ce model alegem);
- în ce direcție dorim să acționăm ( cum se aleg reperele și țintele);
- care este în final semnificația pentru om a schimbărilor sociale.

### Bibliografie

- Bălțătescu, Sergiu. 2014. *Fericirea în contextul social al tranziției postcomuniste din România*. Cluj Napoca: Eikon.
- Bauman, Zigmund. 2001. *Comunitatea. Căutarea siguranței într-o lume nesigură*. Filipeștii de Târg: Antet.
- Crosby, Philip B. 1979. *Quality is Free: the art of making quality certain*. New York: Mc.Graw-Hill.
- Constanza, Robert, Brendan Fisher, Saleem Ali, Caroline Beer, Lynne Bond, Roelof Boumans, Nicholas L. Danigelis, Jennifer Dickinson, Carolyn Elliott, Joshua Farley, Diane Elliott Gayer, Linda MacDonald Glenn, Thomas R. Hudspeth, Dennis F. Mahoney, Laurence McCahill, Barbara McIntosh, Brian Reed, Abu Turab Rizvi, Donna M. Rizzo, Thomas Simpatico and Robert Snapp 2008. "An integrative Approach to Quality of life Measurement, Research, and Policy". In *S.A.P.I.E.N.S.*, I(1): 17–21. <https://sapiens.revues.org/169>
- Dahrendorf, Ralf. 1996. *Conflictul social modern. Eseu despre politica libertății*. Tradusă de Radu Neculau. București: Editura Humanitas; Editura Universității A.I. Cuza.
- Diener, Ed. 1994. "Assessing Subjective Well-Being: Progress and Opportunities." In *Social Indicators Research*. 31 (2): 157–103.
- Gabor, Dennis și Umberto Colombo. 1983. *Să ieșim din epoca risipei: raport către Clubul de la Roma*. Tradusă de Nicolae Frigioiu. București: Editura Politică.
- Giddens, Anthony. 2007. *Europa în epoca globală*. Tradusă de Corina Hădăreanu. București: Editura Ziua.
- Mărginean, Ioan și Ana Bălașa, coord. 2005. *Calitatea vieții în România*. București: Expert.
- Land, K.C. and S. Spilerman, eds. 1975. *Social Indicator Models*. New York: Russell Sage Foundation.
- Mărginean, Ioan și Iuliana Precupețu, coord. 2008. *Calitatea vieții și dezvoltarea durabilă: politici de întărire a coeziunii sociale*. București: Expert.
- Meadows, Donnela H., Dennis L. Meadows, Jorgen Randers, eds. 1972. *The Limits to Growth: a report for the Club of Rome's project on the predicament of mankind*. London: A Potomac Associates Books.
- Mesarovic, Mihajlo D. și Eduard Pestel. 1975. *Omenirea la răspîntie: al doilea raport către Clubul de la Roma*. Traducere de Florin Ionescu. București: Editura Politică.
- Morar, Vasile. 2011. *Morala elementară: stări, praguri, virtuți*. București: Editura Paideia.
- Rebedeu, Ion și Cătălin Zamfir, coord. 1982. *Modul de viață și calitatea vieții*. București: Editura Politică.
- Schraad-Tischler, Daniel and Christof Schiller. 2016. *Social Justice in the EU – Index Report 2016: Social Inclusion Monitor Europe*. Gutersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Tinbergen, Jan. 1978. *Restructurarea ordinii internaționale: raport către Clubul de la Roma*. Tradusă de Radu Chiculescu și Virgil Goian. București: Editura Politică.
- Vlad, Ionel Valentin, coord. *Strategia de dezvoltare a României în următorii 20 de ani*. București: Editura Academiei. vol. 1, 2015, vol. 2, 2016, vol. 3, 2016, vol. 4, 2017.

- Voicu, Mălina. 2005. *Ce fel de bunăstare își doresc românii? Despre legitimitatea politicilor sociale în România*. Iași: Editura Expert Project.
- Zamfir, Cătălin, coord. 1984. *Indicatori și surse de variație a calității vieții*. București: Editura Academiei Republicii Socialiste România.
- Zamfir, Elena. 1989. *Incursiune în universul uman: noi ipostaze și dimensiuni ale fericirii*. București: Editura Albatros.
- Zamfir, Elena și Cătălin Zamfir, coord. 1995. *Politici sociale: România în context European*. București: Editura Alternative.
- Zamfir, Elena. 1997. *Psihologie socială: texte alese*. Iași: Editura Ankarom.
- Zamfir, Elena, coord. 2000. *Strategii antisărăcie și dezvoltare comunitară*. București: Expert.
- Zamfir, Elena. 2004. *Conflictul și modalități de soluționare ale acestuia*. București: Cartea Universitară.
- Zamfir, Elena. 2012. „Legea asistenței sociale și riscurile dependenței populației de sistemul de ajutor social”. *Sociologie românească* 1: 115–130.
- Zamfir, Elena. 2012. „Asistența socială față în față cu societatea riscurilor din perspectiva politicilor sociale europene”. *Calitatea Vieții* 2: 123–160.
- Zamfir, Elena and Filomena Maggino, eds. 2013. *The European Culture for Human Rights. The Right to Happiness*. Newcastle: The Cambridge Scholars Publishing.
- Zamfir, Elena, Simona Stănescu și Daniel Arpinte, coord. 2015. *Asistența socială în România după 25 de ani: răspuns la problemele tranziției: texte selectate*. București: Eikon; Cluj-Napoca: Școala Ardeleană.

**Rapoarte:**

- Zamfir, Cătălin, coord. 2017. *Raport Social al ICCV 2017. Starea Socială a României. Calitatea vieții: situația actuală și perspective pentru 2038*. București: ICCV Academia Română.
- United Nations Development Programme (UNDP). 1990. *Human development index (HDI)*
- IRES. 2013, 2015, 2016. *Raport de cercetare sondaj de opinie*.
- Eurostat, 2015, *Quality of Life. Facts and Views*
- <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/6856423/KS-05-14-073-EN-N/742ace45-4085-4dac-9e2e-9ed7e9501f23>

**Surse internet:**

- Calitatea vieții – definiții, după Wikipedia, Dicționarul Dex online
- Juran, Joseph. M. 1986. ”The Quality trilogy. A Universal Approach to Managing for Quality”. [www.stern.nyu.edu/~djuran/trilogy1.doc](http://www.stern.nyu.edu/~djuran/trilogy1.doc)
- Eurofound, 2016 <https://www.eurofound.europa.eu/eqls2016>



**PARTEA ÎNTÂI**  
**DIMENSIUNI ALE**  
**CALITĂȚII VIETII**



# **ANALIZA SISTEMULUI DE EDUCAȚIE DIN ROMÂNIA DIN PERSPECTIVA OBIECTIVELOR PE TERMEN MEDIU ȘI LUNG<sup>1</sup>**

GABRIELA NEAGU

## **INTRODUCERE**

Educația reprezintă unul dintre sectoarele cele mai importante ale unei societăți, motiv pentru care se află în permanență în centrul atenției. Astfel, este explicabil faptul că în ultimii 25 de ani au fost propuse numeroase strategii care vizează întreg sistemul sau doar componente ale acestuia (*Strategia privind reducerea părăsirii timpurii a școlii în România, Strategia națională pentru învățământul terțiar 2015–2020* etc.). De asemenea, România și-a asumat și multe dintre obiectivele stabilite prin strategiile de la nivel UE (*Strategia Europa 2020, Strategia Uniunii Europene privind tineretul*).

Existența unor documente de strategie, de politici reprezintă un element pozitiv care poate sprijini sistemul de învățământ cu condiția ca ceea ce se stabilește la nivel teoretic, consultativ, să se regăsească și la nivelul concret, real, al sistemului de învățământ. În cazul sistemului nostru de învățământ, problemele par să devină cu atât mai numeroase și mai dificil de soluționat cu cât numărul strategiilor, planurilor de acțiune devine mai mare. O variantă de lucru ar fi aceea ca autoritățile, societatea civilă, specialiștii din domeniu, populația în ansamblu să stabilească și să se concentreze pe un număr redus de obiective, dar prioritare, cu impact asupra unor categorii largi de populație și să urmărească transpunerea lor în practică pentru o

---

<sup>1</sup> Părți din acest capitol au fost publicate în articolul „Sistemul de învățământ din România – obiective asumate, obiective realizate”, Gabriela Neagu (2016), Anuarul „Petre Andrei”, Editura Lumen, Iași, 2016.

perioadă lungă de timp. Consecvența în atingerea unor obiective prioritare pentru sistemul de învățământ are efecte pozitive și asupra obiectivelor secundare. De asemenea, identificarea și stabilirea unor obiective prioritare facilitează distribuirea corectă și eficientă de resurse necesare atingerii lor și face mai simplă evaluarea și monitorizarea sistemului.

Pentru a decide care sunt obiectivele prioritare ale unui sistem, oricare ar fi acesta, se impune o evaluare a situației prezente a sistemului în cauză. Formularea obiectivelor, însoțite de prezentarea unor direcții de acțiune reprezintă următoarele etape în procesul de elaborare a unei strategii.

În capitolul de față ne vom concentra, în prima parte, pe evaluarea situației actuale a sistemului de învățământ din România prin raportare la obiectivele asumate în documentele de politică educațională, pentru ca, în a doua parte, să propunem un set de ținte/obiective prioritare și modul (resursele necesare) prin care acestea pot fi atinse.

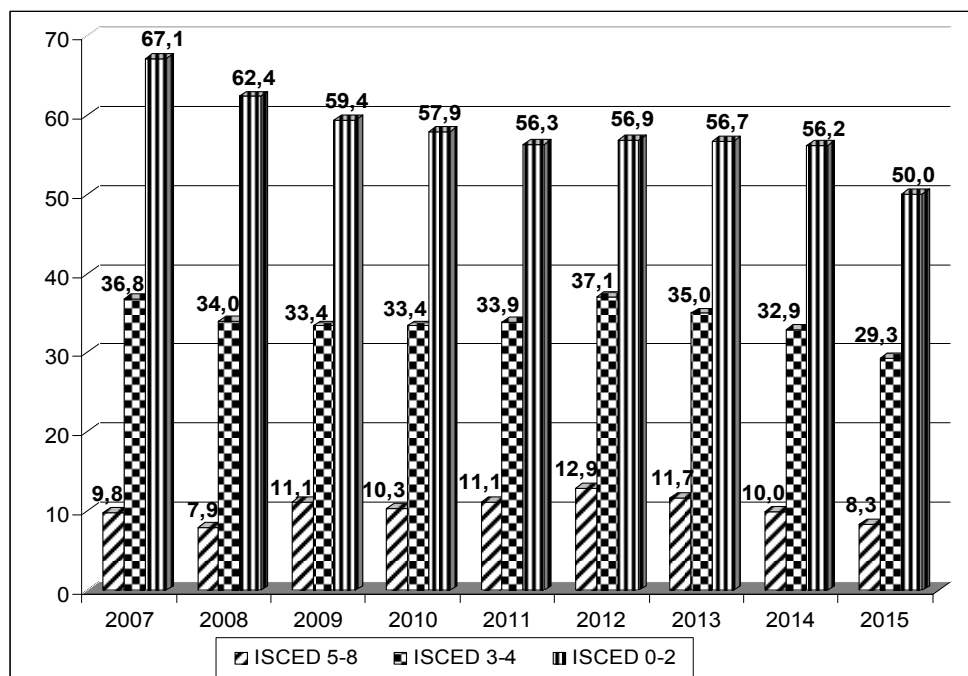
## CONTEXTUL SOCIOECONOMIC

Educația reprezintă una dintre componentele esențiale ale dezvoltării socioeconomice a societății. O analiză a efectelor lipsei de educație (sau a nivelului redus de educație) asupra populației evidențiază următoarele:

- riscul de sărăcie și excluziune socială este mai mare în rândul populației cu nivel redus de educație. Indiferent de anul la care ne raportăm (Grafic 1), rata de sărăcie și excluziune socială afectează mai mult de jumătate din populația adultă cu nivel redus de educație comparativ cu populația care are un nivel înalt de educație.

- un nivel redus de educație în cazul părinților înseamnă și reducerea șanselor de progres pentru copii. Datele Eurostat (Tabelul 1) reflectă cel puțin două aspecte: pe de o parte, cu cât nivelul de educație al părinților este mai scăzut, cu atât ponderea copiilor aflați în risc de sărăcie și excluziune socială este mai mare. Pe de altă parte, cu cât vârsta copiilor este mai mică, cu atât riscul de a fi expuși sărăciei și excluziunii sociale este mai mare în cazul celor ai căror părinți au un nivel redus de educație.

Grafic 1. Rata sărăciei și excluziunii sociale pe niveluri de educație



Sursa: Eurostat 2016.

Tabelul 1

Copii în risc de sărăcie și excluziune socială în funcție de nivelul de educație al părinților (populația 0–17 ani) (%)

| 2015      | ISCED 0–2 | ISCED 3–4 | ISCED 5–8 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| < 6 ani   | 87,9      | 48,3      | 2,4       |
| 6–11 ani  | 88,2      | 49,1      | 5,6       |
| 12–17 ani | 86,5      | 43,8      | 6,6       |

Sursa: Eurostat 2016.

## STAREA SISTEMULUI DE EDUCAȚIE DIN ROMÂNIA

Pentru stabilirea unor strategii, obiective pe termen mediu și lung, este necesară o analiză a situației actuale a sistemului de învățământ românesc.

### SITUAȚIA INEGALITĂȚILOR ECONOMICE, SOCIALE, CULTURALE ETC. ÎNTRE MEMBRII SOCIETĂȚII ÎN FAȚA EDUCAȚIEI

Deși mediul sociofamiliar, cultural, economic, „nu este o forță autonomă care propulsează indivizii acolo unde vor ei să ajungă” (Heran 1996, apud Meuret și Morlaix 2006, 49), există foarte multe aspecte care țin de apartenența la un mediu de proveniență sau altul și care ajută sau împiedică un individ să parcurgă traseul educațional dorit.

Astfel, inegalitățile socioeconomice sunt în primul rând cauza excluderii totale sau premature din sistem a unui număr important dintre copiii de vârstă școlară din România. Potrivit unui studiu UNICEF, 44 000 de copii de vârstă învățământului primar și peste 48 000 de copii de vârstă învățământului gimnazial nu sunt cuprinși în sistem și nu au frecventat niciodată școala (Stănculescu și alții 2012). Șansele de recuperare a acestor copii prin programe educaționale alternative (programul „A doua șansă”, de exemplu) sunt extrem de reduse. De regulă, cauzele care i-au exclus pe acești copii din sistemul de învățământ (sărăcia, dificultățile părinților de a înțelege importanța educației pentru dezvoltarea personală etc.) sunt cele care îi vor împiedica să revină la vârste mai mari în sistem; cauzele și efectele se transmit intergenerațional.

Acestor copii li se alătură cei care abandonează școala într-un moment sau altul al parcursului educațional.

*Tabelul 2*  
Rata abandonului școlar în România (%)

|                                | 2009/2010 | 2010/2011 | 2011/2012 | 2012/2013 | 2013/2014 |
|--------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Nivel primar și gimnazial      | 1,6       | 1,8       | 1,8       | 1,4       | 1,5       |
| Nivel liceal și profesional    | 2,9       | 4,2       | 4,2       | 2,9       | 2,9       |
| Nivel postliceal și de maiștri | 5,5       | 6,3       | 6,1       | 8,9       | 7,9       |

*Sursa:* Anuar Statistic România, 2015.

În România, rata abandonului școlar are tendința de a crește pe măsură ce nivelul de educație este mai înalt (Tabelul 2). Într-un studiu realizat de cercetătorii de la ISE se apreciază faptul că, „ratele cele mai ridicate ale abandonului se înregistrează la clasele de început de cicluri de școlaritate”

(Apostu și alții 2015, 33) ceea ce întărește ideea că abandonul școlar în România este în principal legat de mediul socioeconomic, familial, cultural de proveniență al elevului. Creșterea ratei de cuprindere a populației de vârstă școlară (3–23 de ani) în sistem este una dintre condițiile necesare pentru a reduce impactul inegalităților socioeconomice asupra traseului educațional și socioprofesional al populației tinere din România, însă nu și suficientă.

*Tabelul 3*  
Rata brută de cuprindere în învățământul preuniversitar (%)

| Nivel de educație   |          | 2009/2010 | 2010/2011 | 2011/2012 | 2012/2013 | 2013/2014 |
|---------------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Primar și gimnazial | Total    | 98,3      | 97,5      | 94,2      | 90,6      | 90,7      |
|                     | Urban    | 106,4     | 105,8     | 102,8     | 97,0      | 97,4      |
|                     | Rural    | 91,2      | 90,3      | 86,6      | 84,6      | 84,2      |
|                     | Feminin  | 97,5      | 96,7      | 93,1      | 89,3      | 89,9      |
|                     | Masculin | 99,0      | 98,3      | 95,2      | 91,9      | 91,4      |
| Liceal              | Total    | 85,0      | 90,8      | 94,6      | 92,7      | 88,2      |
|                     | Urban    | 100,3     | 105,6     | 105,7     | 106,2     | 100,6     |
|                     | Rural    | 68,7      | 76,5      | 84,0      | 80,8      | 77,0      |
|                     | Feminin  | 87,2      | 91,4      | 94,3      | 93,1      | 89,7      |
|                     | Masculin | 82,9      | 90,6      | 95,0      | 92,4      | 86,7      |
| Profesional         | Total    | 15,8      | 7,8       | 1,8       | 3,0       | 4,0       |
|                     | Urban    | 11,4      | 7,6       | 2,1       | 5,4       | 2,7       |
|                     | Rural    | 17,3      | 8,1       | 1,5       | 0,9       | 5,3       |
|                     | Feminin  | 11,9      | 5,7       | 1,3       | 1,5       | 1,9       |
|                     | Masculin | 19,5      | 9,7       | 2,2       | 4,5       | 5,5       |

Sursa: Apostu și alții 2015, 25.

Analiza acestor date (Tabelul 3) evidențiază faptul că rata brută de cuprindere pentru toate nivelurile preuniversitare este mai redusă în cazul elevilor din mediul rural, fetele sunt într-o mai mare măsură prezente la nivelul preuniversitar comparativ cu băieții. De asemenea, dacă analizăm ruta educațională a absolvenților de gimnaziu, observăm că tinerii din rural, indiferent de gen, se regăsesc într-o proporție mai ridicată în învățământul profesional comparativ cu tinerii din urban, iar acest lucru se perpetuează de la un an școlar la altul (Tabelul 4). Cauze externe sistemului de învățământ (mediul socioeconomic, familial, cultural de proveniență al elevului), dar și cauze care țin de sistem (repetenție, corigențe, teste/evaluări) se reflectă și în rata specifică de cuprindere: la nivelul învățământului primar s-au înregistrat 10% copiii de 11 ani și 5,4% copiii de 12 ani, la nivelul gimnazial 11% dintre copiii de 15 ani și 8% dintre copiii de 16 ani. La nivelul învățământului liceal

și profesional valoarea ratei specifice de cuprindere este și mai mare, mai ales ca urmare a cauzelor care țin de sistem: modificări în ceea ce privește învățământul profesional, obținerea diplomei de bacalaureat este condiționată de parcurgerea învățământului liceal, posibilitatea frecventării în sistem seral sau fără frecvență a nivelului secundar superior etc. (Apostu și alții 2015).

O altă problemă a sistemului nostru de învățământ generată de accentuarea inegalităților dintre diferite categorii de populației o reprezintă cei care aleg să părăsească prematur școala.

*Tabelul 4*

Tineri care au părăsit prematur sistemul de învățământ

|                | 2007        | 2008        | 2009        | 2010        | 2011        | 2012        | 2013        | 2014           | 2015        | 2016           |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------------|-------------|----------------|
| UE 27          | 15,0        | 14,8        | 14,3        | 14,0        | 13,5        | 12,8        | 12,0        | 11,3(b)        | 11,0        | 10,9(p)        |
| Belgia         | 12,1        | 12,0        | 11,1        | 11,9        | 12,3        | 12,0        | 11,0        | 9,8(b)         | 10,8        | 9,2(p)         |
| Bulgaria       | 14,9        | 14,8        | 14,7        | 13,9        | 11,8        | 12,5        | 12,5        | 12,9(b)        | 13,4        | 13,4(p)        |
| Cehia          | 5,2         | 5,6         | 5,4         | 4,9         | 4,9         | 5,5         | 5,4         | 5,5(b)         | 6,2         | 6,7(p)         |
| Danemarca      | 12,9(b)     | 12,5        | 11,3        | 11,0        | 9,6         | 9,1         | 8,0         | 7,8(b)         | 7,8         | 7,6(p)         |
| Germania       | 12,5        | 11,8        | 11,1        | 11,9        | 11,7        | 10,6        | 9,9         | 9,5(b)         | 10,1        | 10,3(p)        |
| Estonia        | 14,4        | 14,0        | 13,5        | 11,0        | 10,6        | 10,3        | 9,7         | 11,4(b)        | 11,2        | 9,7(p)         |
| Irlanda        | 11,6        | 11,3        | 11,7        | 11,5        | 10,8        | 9,7         | 8,4         | 6,9(b)         | 6,9         | 6,5(p)         |
| Grecia         | 14,6        | 14,8        | 14,5        | 13,7        | 13,1        | 11,4        | 10,1        | 9,0(b)         | 7,9         | 6,5(p)         |
| Spania         | 30,8        | 31,7        | 30,9        | 28,2        | 26,3        | 24,7        | 23,6        | 21,9(b)        | 20,0        | 19,4(p)        |
| Franța         | 12,6        | 11,5        | 12,2        | 12,5        | 11,9        | 11,5        | 9,7(b)      | 9,0(b)         | 9,2         | 8,9(p)         |
| Croația        | 3,9         | 3,7         | 3,9         | 3,7         | 4,1         | 4,2         | 3,7         | 2,7(b)         | 2,8         | 2,8(p)         |
| Italia         | 19,7        | 19,7        | 19,2        | 18,8        | 18,2        | 17,6        | 17,0        | 15,0(b)        | 14,7        | 14,1(p)        |
| Cipru          | 12,5        | 13,7        | 11,7        | 12,7        | 11,3        | 11,4        | 9,1         | 6,8(b)         | 5,2         | 6,7(p)         |
| Lituania       | 15,6        | 15,5        | 14,3        | 12,9        | 11,6(b)     | 10,6        | 9,8         | 8,5(b)         | 9,9         | 10,7(p)        |
| Letonia        | 7,8         | 7,5         | 8,7         | 7,9         | 7,4         | 6,5         | 6,3         | 5,9(b)         | 5,5         | 5,0(p)         |
| Luxemburg      | 12,5        | 13,4        | 7,7(b)      | 7,1         | 6,2         | 8,1         | 6,1         | 6,1(b)         | 9,3         | 6,5(p)         |
| Ungaria        | 11,4        | 11,7        | 11,2        | 10,5        | 11,2        | 11,5        | 11,8        | 11,4(b)        | 11,6        | 12,5(p)        |
| Malta          | 30,2        | 27,2        | 27,1        | 23,8        | 22,7        | 21,1        | 20,8        | 20,3(b)        | 19,8        | 19,8(p)        |
| Olanda         | 11,7        | 11,4        | 10,9        | 10,0(b)     | 9,1         | 8,8         | 9,2         | 8,7(b)         | 8,2         | 8,2(p)         |
| Austria        | 10,7        | 10,1        | 8,7         | 8,3         | 8,3         | 7,6         | 7,3         | 7,0(b)         | 7,3         | 7,0(p)         |
| Polonia        | 5,0         | 5,0         | 5,3         | 5,4         | 5,3         | 5,7         | 5,6         | 5,4(b)         | 5,3         | 5,2(p)         |
| Portugalia     | 36,9        | 35,4        | 31,2        | 28,7        | 23,2        | 20,8        | 19,2        | 17,4(b)        | 13,7        | 13,6(p)        |
| <b>România</b> | <b>17,3</b> | <b>15,9</b> | <b>16,6</b> | <b>18,4</b> | <b>17,5</b> | <b>17,4</b> | <b>17,3</b> | <b>18,1(b)</b> | <b>19,1</b> | <b>18,5(p)</b> |
| Slovenia       | 4,1         | 5,1         | 5,3         | 5,0         | 4,2         | 4,4         | 3,9         | 4,4(b)         | 5,0         | 4,7            |
| Slovacia       | 6,5         | 6,0         | 4,9         | 4,7         | 5,1         | 5,3         | 6,4         | 6,7(b)         | 6,9         | 6,8(p)         |
| Finlanda       | 9,1         | 9,8         | 9,9         | 10,3(d)     | 9,8         | 8,9         | 9,3         | 9,5(b)         | 9,2         | 8,7(p)         |
| Suedia         | 8,0         | 7,9         | 7,0         | 6,5         | 6,6         | 7,5         | 7,1         | 6,7(b)         | 7,0         | 7,5(p)         |
| Marea Britanie | 16,6(b)     | 17,0        | 15,7        | 14,9        | 15,0        | 13,6        | 12,4        | 11,8(b)        | 10,8        | 11,2(p)        |
| Norvegia       | 18,4        | 17,0        | 17,6        | 17,4        | 16,6        | 14,8        | 13,7        | 11,7(b)        | 10,2        | 10,7(p)        |

Sursa: Eurostat 2016 (b – ruptură serie date; p – date provizorii).

Din 2007, ponderea tinerilor care părăsesc prematur sistemul de învățământ se situează peste media UE și departe de obiectivul stabilit la nivel european. O comparație între ținta de sub 10% și realitatea de 18,5% ne conduce la concluzia că în următoarele decenii România trebuie să reducă aproape la jumătate numărul tinerilor care părăsesc prematur sistemul. Un obiectiv dificil de atins în condițiile în care rata părăsirii premature a sistemului de învățământ a fost fie în creștere, fie a stagnat la valori peste media UE (Tabelul 4).

Tabelul 5

Tineri care nu sunt cuprinși într-o formă de educație și nu au o ocupație (%)

|           | 2015 |                | 2015        |
|-----------|------|----------------|-------------|
| UE 27     | 16,1 | Letonia        | 8,4(b)      |
| Belgia    | 15,5 | Luxemburg      | 16,9(b)     |
| Bulgaria  | 23,0 | Ungaria        | 13,1        |
| Cehia     | 14,9 | Malta          | 8,1         |
| Danemarca | 8,4  | Olanda         | 9,9         |
| Germania  | 10,2 | Austria        | 5,8         |
| Estonia   | 13,3 | Polonia        | 15,8        |
| Irlanda   | 17,6 | Portugalia     | 13,5        |
| Grecia    | 27,1 | <b>România</b> | <b>21,1</b> |
| Spania    | 20,9 | Slovenia       | 12,5        |
| Franta    | 15,8 | Slovacia       | 19,9        |
| Croația   | 21,2 | Finlanda       | 13,1        |
| Italia    | 26,9 | Suedia         | 7,4         |
| Cipru     | 14,7 | Marea Britanie | 13,3        |
| Lituania  | 12,6 | Norvegia       | 8,1         |

Sursa: Eurostat, 2015 (b – ruptură serie date).

Potrivit datelor Eurostat la nivelul anului 2015, România se numără printre țările UE în care se înregistrează cele mai mari rate ale tinerilor care nu sunt cuprinși în nici o formă de educație sau formare și nu au nici o ocupație: 21,1% dintre tinerii români erau în această situație (Tabelul 5). Mai grav este faptul că această categorie de tineri devine foarte greu de recuperat în viitor prin cursuri de formare, programe educaționale de tip „a doua șansă” sau programe de formare continuă.

Prin analiza relației dintre inegalitățile socioeconomice și accesul și succesul în educație unii cercetători au ajuns la concluzia că „scăderea inegalităților școlare care se observă într-un număr mic de state – Suedia, Olanda – se explică mai degrabă prin scăderea inegalităților sociale sau

printr-o mai mare securitate socială furnizată celor mai săraci din aceste țări, decât prin reformele educaționale” (Shavit și Blossfeld 1999, apud Hutmacher și Bottani 2005, 20). Altfel spus, oricâte reforme s-ar produce la nivelul sistemului de învățământ, în lipsa unui suport consistent pentru populația defavorizată, acesta din urmă nu va reuși să valorifice măsurile de politică educațională.

Totuși, în multe situații și sistemul de învățământ este responsabil dacă nu de producerea inegalităților socioeconomice dintre diferite categorii de populație, atunci de întărirea și perpetuarea lor în interiorul școlii.

În România, mediul rural se caracterizează printr-o infrastructură educațională precară: în multe comunități rurale lipsesc școlile care să asigure învățământul de bază, iar cele care mai funcționează sunt în marea lor majoritate slab dotate din punct de vedere tehnic și material și nu sunt de interes pentru personalul didactic înalt calificat. Această situație este confirmată de cel mai recent raport ARACIP în care se apreciază că rețeaua școlară este neuniform distribuită: la o populație școlară de gimnaziu din mediu rural, în pondere de 48% din totalul elevilor de gimnaziu, sunt organizate numai 18,5% dintre licee iar numărul școlilor profesionale este și mai redus (Novak și alții 2015). Dacă din punct de vedere financiar sistemul de învățământ a redus cheltuielile prin desființarea unor școli, din punct de vedere al formării resursei umane efectele tind să fie mai degrabă negative: creșterea distanței dintre domiciliu și școală a dus la accentuarea abandonului școlar mai ales în rândul populației defavorizate și a celei din mediul rural. Nu doar numărul de instituții de învățământ este mai redus în mediul rural comparativ cu mediul urban, ci și calitatea educației diferă de la un mediu rezidențial la altul și chiar de la o școală la alta. Cercetătorii au ajuns la concluzia că în fiecare sistem de învățământ există „școli favorizate” și „școli dificile” – situarea într-o categorie sau alta depinde de caracteristicile publicului școlar, de dotarea tehnico-materială, de capacitatea managerială a directorului de școală etc. – iar aceasta duce la apariția a două categorii de cadre didactice „cadre didactice favorizate” și „cadre didactice defavorizate” (Maroy 2005, 16). De regulă, cadrele didactice au tendința de a părăsi o instituție de învățământ căreia i s-a pus eticheta de „școală defavorizată”, atât din cauza condițiilor mai dificile în care trebuie să-și desfășoare activitatea, cât și din teama de a nu fi etichetat asemeni școlii. Din acest motiv, rareori școlile care funcționează

în comunități sărace, în mediul rural, cu o rată ridicată a minorităților etnice etc, reușesc să-și păstreze, fie și pe durata unui singur an școlar, aceeași componență a corpului profesoral. Calitatea educației și condițiile de învățare se reflectă cel mai bine în rezultatele școlare ale elevilor măsurate cu ocazia evaluărilor naționale și internaționale. Problematika evaluării în sistemul de învățământ din România ridică o serie de probleme care au legătură cu echitatea și egalitatea de șanse de acces la educație.

În majoritatea cazurilor, evaluarea în educație este un proces necesar pentru că în baza rezultatelor obținute pot fi luate măsuri care să ducă la îmbunătățirea calității educației, pot fi construite planuri individualizate de învățare pentru acele categorii de elevi care fac față cu dificultate procesului educativ. În România, începând cu anul școlar 2013/2014 au fost introduse evaluări la nivelul învățământului primar și gimnazial al căror scop a fost tocmai îmbunătățirea calității actului de predare-învățare. La nivelul sistemului nostru de învățământ există însă și evaluări al căror scop îl reprezintă diferențierea elevilor pe clase, filiere, profiluri etc. Într-un sistem în care calitatea – în cazul de față calitatea educației – nu este aceeași pentru toți, examenele/testele de selecție nu încurajează competiția și nu susțin principiul „cel mai bun să câștige”, ci favorizează inegalitatea (în special inegalitatea de carieră școlară).

Sistemul de învățământ din România este organizat pe niveluri și filiere de învățământ la fel ca multe alte sisteme din UE, însă trecerea de la un nivel la altul, chiar și pe parcursul duratei obligatorii de școlarizare, se realizează pe baza unor teste/examene. Inegalitățile de parcurs educațional care se manifestă la nivelul sistemului nostru de învățământ sunt rezultatul *punctelor de bifurcație* despre care vorbea Raymond Boudon în lucrările sale (Boudon 1973). Cu cât aceste *puncte de bifurcație* se manifestă mai de timpuriu – în sistemul de învățământ din România, aceste puncte de bifurcație, apar la vârste mici (14–15 ani dar și mai devreme, 10–11 ani la trecerea de la nivelul primar la cel gimnazial) când tânărul nu are încă suficientă maturitate intelectuală și nici independență financiară pentru a decide ce anume va face în viață – cu atât inegalitățile în fața educației au tendința de a se accentua.

La nivelul UE se constată că ponderea inegalităților de carieră educațională este mai mare în țările în care, deși durata obligatorie a fost prelungită,

trecerea de la un nivel la altul de educație se face pe bază de criterii de performanță educațională, iar nivelurile postobligatorii de școlarizare sunt puternic diferențiate – cazul Germaniei, Franței, Luxemburgului, Belgiei (PISA 2009; Duru-Bellat 2003). În țările în care examenele de selecție de la nivelul învățământului, cel puțin pe durata nivelului de bază și al celui secundar superior, au fost eliminate, nivelul inegalităților în educație a scăzut considerabil așa cum este cazul în Danemarca, Finlanda, Suedia etc. (PISA 2009; Duru-Bellat 2003).

Condițiile de învățare diferite din instituțiile de învățământ din România – mult mai bune în școlile din urban comparativ cu cele din rural, asociate cu diferențele dintre elevi din punct de vedere al particularităților socioeconomice, culturale, familiale etc. – conduc la rezultate diferite la examenul de capacitate: elevii din urban obțin rezultate mai bune și, în consecință, au șanse mai mari de a se regăsi în clasa a IX-a în instituții de învățământ secundar mai bine cotate din punct de vedere al condițiilor de învățare, al profilului, al specializării asigurate de acestea, comparativ cu elevii din rural. De altfel, mulți elevi din rural optează de la bun început pentru învățământul profesional, fapt care reflectă și un nivel foarte scăzut de așteptări din partea cadrelor didactice și/sau a părinților în ceea ce privește capacitatea, aptitudinile elevilor din mediul rural de a face față cerințelor învățământului liceal. Orientarea școlară a elevilor după criterii care nu au legătură cu nivelul de pregătire școlară sau cu aspirațiile lor educaționale este de natură să accentueze inegalitățile în fața educației, iar la nivelul învățământului secundar să ducă la formarea unor „clase și instituții de învățământ de nivel”: organizarea colectivelor de elevi în școli și apoi în clase în funcție de nivelul lor de pregătire.

*Tabelul 6*

Rezultatele la evaluarea națională 2016 (simulare), pe medii de rezidență

|                        | <b>Rural</b> | <b>Urban</b> | <b>Nonreședință<br/>de județ</b> | <b>Reședință<br/>de județ</b> |
|------------------------|--------------|--------------|----------------------------------|-------------------------------|
| Media generală         | 4,08         | 5,46         | 4,33                             | 5,80                          |
| Media la limba română  | 4,58         | 6,19         | 5,13                             | 6,49                          |
| Media la limba maternă | 6,15         | 6,80         | 6,29                             | 7,01                          |
| Media la matematică    | 3,22         | 4,67         | 3,47                             | 5,06                          |

Sursa: ISE 2016.

Chiar dacă datele sunt rezultatul unei simulări a examenului de capacitate, ele reflectă diferențele dintre elevi în funcție de mediul de rezidență: cu cât mediul de rezidență al elevului este mai îndepărtat de reședința de județ, cu atât rezultatele sale sunt mai modeste (Tabelul 6).

### CORRESPONDENȚA DINTRE CEEA CE FORMEAZĂ ȘCOALA ȘI NEVOILE SOCIALE ȘI INDIVIDUALE

Eficiența unui sistem de învățământ este dată într-o foarte mare măsură de valorificarea socioprofesională a nivelului de educație atins de către populație și atestat de diplomele școlare. De altfel, unul dintre indicatorii prin care este măsurată eficiența unui sistem de învățământ este cel referitor la rata de ocupare a populației în funcție de nivelul de educație atins.

*Tabelul 7*

Rata de ocupare a populației în România în funcție de nivelul de educație atins (%)

|          | 2013  |          |       |        | 2014  |          |       |        |
|----------|-------|----------|-------|--------|-------|----------|-------|--------|
|          | Total | superior | mediu | scăzut | Total | superior | mediu | scăzut |
| Total    | 60,1  | 82,6     | 63,7  | 42,2   | 61    | 82,5     | 65    | 44,4   |
| Masculin | 67,6  | 85       | 71,4  | 50     | 68,7  | 84,8     | 72,8  | 52,9   |
| Feminin  | 52,6  | 80,5     | 54,9  | 35,8   | 53,3  | 80,3     | 56,1  | 36,9   |
| Urban    | 58,9  | 82,8     | 60,2  | 22,8   | 60,5  | 82,9     | 62,2  | 28,4   |
| Rural    | 61,8  | 81,6     | 69,5  | 51,6   | 61,7  | 79,8     | 69,5  | 52,4   |

*Sursa:* Anuarul Statistic al României 2015.

Pe ansamblu, în România un nivel înalt de educație asigură o rată de ocupare ridicată atât femeilor cât și bărbaților, atât celor din mediul urban, cât și celor din rural (Tabelul 7). Datele publicate în Anuarul Statistic evidențiază și alte aspecte de interes privind eficiența și eficacitatea sistemului de învățământ. Astfel, observăm că pe niveluri de educație și medii de rezidență, rata de ocupare a populației cu nivel scăzut de educație este mai ridicată în rural decât în urban. Acest aspect relevă, în fapt, o ofertă de muncă slab calificată specifică mediului rural și nicidecum un grad ridicat al eficienței sistemului de învățământ. O analiză a situației ocupării în România a scos în evidență faptul că cele mai multe persoane din mediul rural sunt ocupate în agricultura de subzistență, au ocupații temporare sau cu program parțial de muncă, obțin venituri mai reduse și au un risc de sărăcie mai ridicat (Preoteasa 2013; Mihalache 2014).

Datele din Anuarul Statistic reflectă însă o situație cumulată atât în ceea ce privește perioada în care populația și-a finalizat studiile, cât și în ceea ce privește vârsta acesteia. Pentru o analiză mult mai specifică, ne vom referi la populația de tineri (15–29 de ani) și vom include date și de la nivelul UE.

Tabelul 8

Rata de ocupare a tinerilor (15–29 de ani) în funcție de nivelul de educație atins (%)

|                                           | Nivel minim<br>de educație<br>(ISCED 0–2) | Nivel mediu<br>de educație<br>(ISCED 3–4) | Nivel înalt<br>de educație<br>(ISCED 5–6) |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| UE 28                                     | 25,8                                      | 53,5                                      | 71,3                                      |
| România                                   | 24,9                                      | 46,4                                      | 66,9                                      |
| Belgia                                    | 16,8                                      | 46,8                                      | 68,8                                      |
| Bulgaria                                  | 9,5                                       | 44,4                                      | 70,7                                      |
| Cehia                                     | 7,7                                       | 56,1                                      | 68,8                                      |
| Danemarca                                 | 46,1                                      | 70,4                                      | 77,7                                      |
| Germania                                  | 45,9                                      | 70,5                                      | 84,3                                      |
| Estonia                                   | 20,4                                      | 55,7                                      | 75,7                                      |
| Irlanda                                   | 12,8                                      | 48,6                                      | 75,2                                      |
| Grecia                                    | 13,4                                      | 24,8                                      | 50,9                                      |
| Spania                                    | 26,2                                      | 30,5                                      | 56,2                                      |
| Franța                                    | 18,3(b)                                   | 48,1(b)                                   | 71,3(b)                                   |
| Corația                                   | 3,3(u)                                    | 35,6                                      | 59,5                                      |
| Italia                                    | 16,9                                      | 37,3                                      | 44,0                                      |
| Cipru                                     | 16,3                                      | 45,0                                      | 65,5                                      |
| Lituania                                  | 18,3                                      | 54,1                                      | 80,4                                      |
| Letonia                                   | 8,0                                       | 46,2                                      | 83,8                                      |
| Luxemburg                                 | 20,4                                      | 50,5                                      | 68,5                                      |
| Ungaria                                   | 9,7                                       | 47,1                                      | 73,5                                      |
| Malta                                     | 47,5                                      | 57,8                                      | 85,3                                      |
| Olanda                                    | 54,2(b)                                   | 74,4(b)                                   | 85,5(b)                                   |
| Austria                                   | 38,8(b)                                   | 75,5(b)                                   | 81,1(b)                                   |
| Polonia                                   | 8,5                                       | 51,5                                      | 71,9                                      |
| Portugalia                                | 29,6                                      | 42,7                                      | 58,6                                      |
| România                                   | 24,9                                      | 46,4                                      | 66,9                                      |
| Slovenia                                  | 13,7                                      | 50,0                                      | 70,0                                      |
| Slovacia                                  | 4,8                                       | 50,3                                      | 57,6                                      |
| Finlanda                                  | 25,0                                      | 65,5                                      | 82,6                                      |
| Suedia                                    | 23,4                                      | 68,7                                      | 74,7                                      |
| Marea Britanie                            | 40,8                                      | 60,5                                      | 81,3                                      |
| Islanda                                   | 67,8                                      | 75,7                                      | 87,9                                      |
| Norvegia                                  | 48,8                                      | 72,7                                      | 81,3                                      |
| Elveția                                   | 55,0                                      | 74,6                                      | 84,1                                      |
| Fosta Republică Iugoslavă a<br>Macedoniei | 10,1                                      | 32,3                                      | 46,6                                      |
| Turcia                                    | 35,3                                      | 43,3                                      | 65,3                                      |

Sursa: Eurostat 2016 (b – ruptură serie date, u – date cu grad scăzut de încredere; : date nedisponibile).

Datele Eurostat confirmă faptul că tinerii care au subapreciat beneficiile educației și au supraestimat costurile pe care le presupune aceasta nu au luat cea mai bună decizie: în toate statele UE28, atât în cele cu nivel ridicat de dezvoltare socioeconomic, cât și în cele aflate în curs de dezvoltare, așa cum este cazul României, populația cu nivel înalt de educație înregistrează cea mai mare rată a ocupării (Tabelul 8). Atingerea unui nivel cât mai înalt de educație se dovedește a fi o condiție necesară pentru a obține un loc de muncă și pentru integrarea socioprofesională a unei persoane, însă nu și suficientă. Acest lucru este relevat de rezultatele a numeroase cercetări în care respondenții, în special cei tineri, susțin că ceea ce și-au însușit în școală nu s-a dovedit util la locul de muncă sau în viață.

Tabelul 9

Percepția tinerilor asupra răspunsului școlii la nevoile lor și ale societății și economiei (%)\*

|                                 | 2012           |                        |                | 2014           |                        |                | 2016           |                        |                |
|---------------------------------|----------------|------------------------|----------------|----------------|------------------------|----------------|----------------|------------------------|----------------|
|                                 | în mare măsură | într-o oarecare măsură | în mică măsură | în mare măsură | într-o oarecare măsură | în mică măsură | în mare măsură | într-o oarecare măsură | în mică măsură |
| Răspunde nevoilor pieței muncii | 18             | 49                     | 31             | 20             | 48                     | 30             | 25             | 52                     | 21             |
| Formează o cultură generală     | 28             | 51                     | 19             | 36             | 46                     | 16             | 38             | 51                     | 10             |
| Pregătește tinerii pentru viață | 20             | 44                     | 33             | 25             | 40                     | 34             | 27             | 46                     | 27             |

Sursa: Barometrul de opinie – Tineret 2014–2016 (\* În ce măsură considerați că școala...; diferențele până la 100% reprezintă non-răspunsurile).

Tinerii din România sunt de părere că școala îi ajută în principal să-și formeze o cultură generală, dar care se dovedește insuficientă pentru a-i ajuta să se integreze social și profesional (Tabelul 9). Situația nu este una specifică doar sistemului de învățământ din România, motiv pentru care, la nivel internațional, s-a decis adaptarea programelor de învățământ, a conținuturilor acestora, astfel încât la finalizarea nivelului obligatoriu de școlarizare absolvenții să stăpânească un set de competențe cheie.

În ceea ce privește tipul exact de competențe pe care trebuie să și le însușească elevul și să fie capabil să le utilizeze în diverse contexte, la nivelul UE au fost identificate opt tipuri de competențe numite și competențe-

cheie: comunicarea în limba maternă; comunicarea în limbi străine; competențe matematice și competențe de bază la știință și tehnologie; competențe digitale; a învăța să înveți; competențe sociale și civice; spiritul de inițiativă și antreprenoriat; conștientizare și exprimare culturală<sup>2</sup>. Dintre acestea, doar trei – competențe în limba maternă, competențe matematice și competențele de bază la științe – sunt considerate a fi competențele de bază, iar obiectivul la care au aderat toate statele membre UE este acela ca toți elevii să atingă cel puțin un nivel minim de competențe de bază. Pentru a măsura gradul de atingere a acestui obiectiv este utilizată metodologia propusă prin PISA. În procesul de prelucrare și interpretare a rezultatelor, este utilizată o scală de evaluare împărțită în 7 niveluri, fiecăruia corespunzându-i un anumit set de competențe, cunoștințe la care elevul este solicitat să facă față. Toți cei care se situează la nivelul 2 sau sub acest nivel sunt considerați elevi care nu dispun de nivelul minim de competențe care să le permită integrarea socioprofesională.

Tabelul 10

Ponderea elevilor situați sub pragul minim de competențe.  
Situția actuală și ținte asumate (%)

|                | RO   |      |      | Media UE25 |      |      | Ținte<br>(UE și RO) | Ținte RO |
|----------------|------|------|------|------------|------|------|---------------------|----------|
|                | 2006 | 2009 | 2012 | 2006       | 2009 | 2012 | 2020                | 2035     |
| Citire/lectură | 53,5 | 40,4 | 37,3 | 23,1       | 19,6 | 17,8 | 15                  | 15       |
| Matematică     | 52,7 | 47,0 | 40,8 | 24         | 22,3 | 22,1 | 15                  | 15       |
| Știință        | 46,9 | 41,4 | 37,3 | 20,3       | 17,8 | 16,6 | 15                  | 15       |

Sursa: PISA 2012, Eurostat, ISE.

În România, la toate cele trei domenii investigate de PISA, ponderea elevilor care au mari dificultăți în a scrie sau citi este foarte ridicată (Tabelul 10). Evaluările PISA trebuie utilizate în continuare pentru a măsura progresul elevilor români. Atingerea țintelor stabilite pentru 2035 necesită schimbări importante atât la nivelul conținutului învățământului cât și la nivelul de organizare a sistemului.

<sup>2</sup> Recomandarea 2006/962/EC a Parlamentului European și a Consiliului din 18 decembrie 2006 privind competențele cheie pentru învățarea pe tot parcursul vieții, OJ L 394, 30.12.2006.

### ÎNCREDEREA POPULAȚIEI ÎN ȘCOALĂ CA PRINCIPAL MOTOR DE ASCENSIUNE ȘI DEZVOLTARE SOCIALĂ, PROFESIONALĂ ȘI PERSONALĂ

În acțiunile pe care le întreprind, în strategiile și atitudinile pe care le adoptă, oamenii se ghidează și în funcție de percepția pe care și-o formează asupra unui sistem sau altul al societății. Referindu-ne strict la sistemul de învățământ, o percepție pozitivă asupra învățământului conduce la acțiuni favorabile educației, la includerea școlii în strategiile, în proiectele indivizilor pe termen mediu și lung. Dimpotrivă, o percepție negativă, mărește distanța dintre individ și sistem, accentuează tendința de a supraaprecia costurile și riscurile cu educația și de a diminua din beneficiile pe care acesta le aduce.

Dacă în prima parte a anilor '90 sistemul de învățământ se regăsea printre sisteme sociale în care populația avea cel mai mare nivel de încredere, în prezent situația este mult diferită. Încrederea în educație se datora faptului că populația identifica la nivelul acestui sistem „cel puțin câteva elemente pozitive, mai ales că atâtea alte domenii ale vieții sunt clar negative” (Mărginean 2006, 34). Adâncirea inegalităților socioeconomice dintre diferite categorii de populație din România, asociate cu probleme interne ale sistemului de învățământ (infrastructura educațională, calitatea educației, scăderea valorii sociale a diplomelor școlare) au dus la deteriorarea percepției populației asupra școlii.

*Tabelul 11*  
Percepția tinerilor asupra accesibilității învățământului (%)

| <b>Accesul la formele de învățământ dorite</b> | <b>2012</b> | <b>2014</b> | <b>2016</b> |
|------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Nu reprezintă deloc o problemă                 | 6           | 8           | 14          |
| Nu prea este o problemă                        | 27          | 35          | 40          |
| Reprezintă o problemă                          | 35          | 37          | 33          |
| Reprezintă o problemă foarte serioasă          | 29          | 19          | 11          |
| Nu știe/nu răspunde                            | 3           | 1           | 2           |

*Sursa:* Barometru de opinie publică – Tineret 2012; Barometru de opinie publică – Tineret 2014; Barometru de opinie publică – Tineret 2016.

Datele cercetării realizate de către MTS (Tabelul 11) arată că, pentru mai mult de jumătate dintre tinerii din România, accesul la formele de învățământ dorite reprezintă o problemă, în timp ce doar 10% dintre ei

susțin că accesul la formele de învățământ dorite nu este o problemă. Principala cauză a inegalităților de acces la educație o reprezintă cheltuielile prea mari cu școlarizarea – peste 50% dintre tineri au indicat această cauză.

Tabelul 12

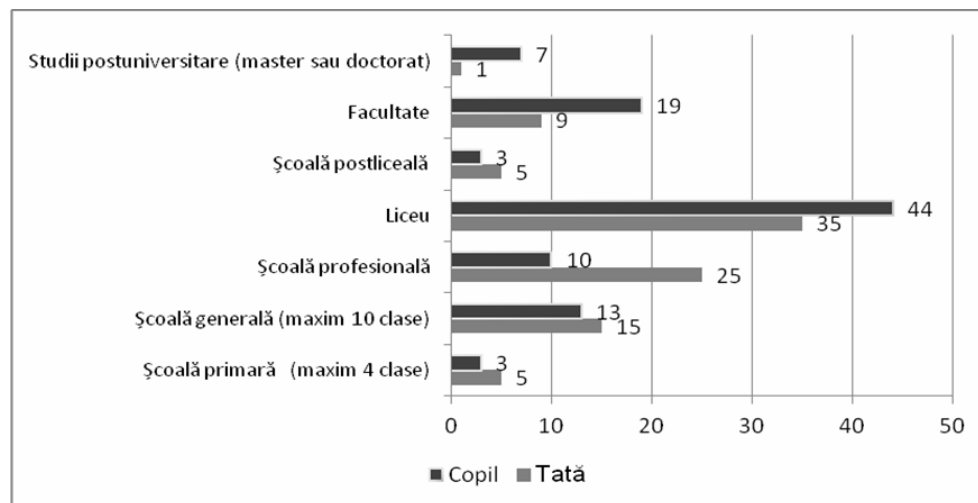
Percepții asupra educației și sistemului de învățământ (%)

|             | Învățământul românesc este centrat prea mult pe informație și prea puțin pe formarea de competențe | Absolvenții de facultate sunt slab pregătiți | Tinerii nu sunt pregătiți pentru a face față pe piața muncii |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Acord       | 78                                                                                                 | 71                                           | 77                                                           |
| Dezacord    | 19                                                                                                 | 21                                           | 17                                                           |
| Nu răspunde | 4                                                                                                  | 8                                            | 6                                                            |

Sursa: IRES 2010.

Percepția populației asupra educației în general și asupra sistemului de învățământ în particular este una negativă din moment ce nu răspunde nevoilor acestora: formarea de competențe, asigurarea unui nivel de pregătire care să faciliteze integrarea socială și profesională (Tabelul 12). Mai mult, rezultatele unor cercetări desfășurate în ultimii ani în România, conduc la concluzia că „din instanță de emancipare și progres (mobilitate-cunoaștere), educația devine, prin excelență, instanță de control simbolic și reproducție socială”. (Dandurand și alții 1987, 14).

Grafic 2. Mobilitatea educațională în România (%)



Sursa: Raport *Tineri în România, griji, aspirații, atitudini și stil de viață* 2014 (n = 665, volum subeșantion format din tineri care au părăsit sistemul de învățământ).

Observăm că în prezent, majoritatea tinerilor români reușesc cel mult să atingă nivelul de educație al părinților, cazurile în care avem de-a face cu o mobilitate ascendentă fiind din ce în ce mai rare (Graficul 2). Dacă în societățile dezvoltate, datorită nivelului ridicat de educație al populației adulte, o parte importantă a acestora își propune ca urmașii/succesorii să atingă cel puțin nivelul de educație al părinților, în România situația este total diferită: copiii abia reușesc să atingă nivelul de educație al părinților, nu pentru că aceștia ar avea un nivel foarte înalt de educație, ci pentru că accesul și succesul în educație au devenit dificile pentru generațiile actuale și pentru că tânăra generație nu mai percepe școala ca o sursă de succes social și profesional.

### RESURSELE FINANCIARE ALE SISTEMULUI DE ÎNVĂȚĂMÂNT

Foarte multe dintre problemele cu care se confruntă sistemul de învățământ din România sunt generate de insuficiența resurselor financiare, dar și de modul în care sunt gestionate acestea. Pentru a caracteriza situația financiară a sistemului de învățământ din România, termenul de criză a fost utilizat frecvent în ultimii 26 de ani. Dificultățile economice cu care se confruntă societatea românească încă din anii '80 au condus la presiuni puternice și de durată asupra bugetului național, astfel încât finanțarea sistemelor de învățământ nu a mai reprezentat o prioritate iar ponderea cheltuielilor cu educația prin raportare la PIB s-a menținut la valori scăzute (Anexa).

După cum se observă din datele privind finanțarea de la bugetul public de stat (Anexa), România nu a alocat educației mai mult de 4% din PIB, resurse care s-au dovedit întotdeauna insuficiente în raport cu nevoile și obiectivele sistemului și ale populației. În ceea ce privește educația, volumul de resurse alocat este foarte important, însă, cel puțin la fel de important, este și modul în care sunt gestionate resursele. La nivelul majorității statelor UE, cheltuielile cu nivelul de bază al educației au scăzut, cele cu nivelul secundar s-au menținut la aceleași valori ca în anii anteriori lui 2013, în timp ce cheltuielile cu nivelul superior au crescut. Totuși, în câteva țări europene – Estonia, Italia, Polonia, România – cheltuielile cu educația au fost reduse la toate nivelurile de învățământ (Education and Training Monitor 2015).

Nici în ceea ce privește cheltuielile cu educația de la bugetul gospodăriilor situația nu este foarte bună.

*Tabelul 13*

Distribuția cheltuielilor cu consumul la nivelul populației din România (%)

|                                                         | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Produse agroalimentare și băuturi nealcoolice           | 40,9 | 40,9 | 41,0 | 41,7 | 41,9 | 41,4 | 40,0 |
| Îmbrăcăminte și încălțăminte                            | 6,7  | 6,0  | 5,4  | 5,0  | 5,0  | 5,2  | 5,3  |
| Locuință, apă, electricitate, gaze și alți combustibili | 15,6 | 15,8 | 16,6 | 16,3 | 16,7 | 16,7 | 17,2 |
| Sănătate                                                | 4,1  | 4,5  | 4,5  | 4,7  | 4,3  | 4,5  | 4,6  |
| Recreere și cultură                                     | 4,5  | 4,4  | 4,0  | 4,1  | 3,8  | 4,1  | 4,5  |
| Educație                                                | 0,8  | 0,9  | 0,7  | 0,6  | 0,6  | 0,5  | 0,5  |

*Sursa:* INS 2015.

După cum observăm, majoritatea românilor alocă cea mai mare parte a veniturilor – aproximativ 60% din bugetul gospodăriei – pe hrană și utilități. La polul opus, se află cheltuielile cu educația, care dețin cea mai scăzută pondere în totalul cheltuielilor cu consumul de la nivelul bugetului gospodăriilor din România – sub 1% (Tabelul 13). Cantitatea de resurse alocată educației reflectă foarte clar faptul că aceasta nu este văzută ca o investiție pe termen mediu și lung, ci mai degrabă ca un bun de consum, necesar, dar nu indispensabil. Mai mult, comportamentul adoptat de populație s-a manifestat pe perioade lungi de timp – și până în 2007, cheltuielile cu educația în bugetul gospodăriilor erau cele mai scăzute – ceea ce înseamnă că nu este exclusiv rezultatul crizei economice începută în 2007, ci efectul unei stări generalizate și prelungite de sărăcie la nivelul societății românești.

Studiile întreprinse până în prezent au demonstrat existența unei relații directe nu doar între nivelul de educație al populației și nivelul de dezvoltare al unei țări, ci și între nivelul de investiție în educație și performanțele educaționale ale populației, performanțe educaționale care le anticipează pe cele de natură socioeconomică. Astfel, una dintre concluziile evaluărilor rezultatelor obținute de către elevi atât la testele internaționale, cât și la cele naționale este aceea că acestea sunt influențate de susținerea financiară a educației atât de la nivelul bugetului public, cât și a celui individual, de la bugetul gospodăriilor. Astfel, analiza comparativă a rezultatelor elevilor la

testele PISA indică faptul că pe o scală care combină rezultatele la citire/lectură, matematică și științe, țările care au un venit național mai ridicat sau un PIB mai bun tind să performeze mai bine decât țările mai sărace (PISA 2012). De asemenea, în analiza rezultatelor prin evaluarea PISA se iau în calcul și cheltuielile medii per elev de la debutul educației primare și până la vârsta de 15 ani și se compară cu performanța medie a elevilor în cazul celor trei domenii investigate. Acest tip de corelație a evidențiat o relație pozitivă și între cheltuielile per elev și performanța medie a țării pentru cele trei domenii: cu cât cheltuielile per elev în cadrul instituțiilor educaționale cresc, cu atât crește și performanța medie a țării respective, cheltuielile per elev explicând mai mult de jumătate din variația dintre țări a performanței medii (PISA 2012).

O creștere a investițiilor în educație ar avea efecte pozitive pe termen lung, atât în ceea ce privește societatea în ansamblu, cât și în ceea ce privește situația fiecărui individ în parte. Aceasta pentru că:

a) România dispune de o populație încă tânără, astfel că, investițiile în educație – chiar și cele de nivel superior – sunt recuperabile prin durata mai mare a perioadei active a populației educate. În general, rata de ocupare atât în UE28, cât și în România are tendința de a crește pe măsură ce nivelul de educație este mai ridicat;

b) prognozele privind evoluția sectoarelor economiei României arată o restrângere a sectorului agricol și o dezvoltare a celor din industrie și servicii fapt care înseamnă nu doar o cerere de forță de muncă înalt calificată, ci și șanse ridicate de ocupare a unui loc de muncă de către absolvenți. În ultimul deceniu, rata de ocupare în rândul populației cu nivel scăzut de educație tinde să fie mai mică și la nivel UE și în România;

c) în România, în multe domenii de activitate se resimte o lipsă acută de personal calificat ceea ce înseamnă o reducere semnificativă a perioadei de tranziție de la școală la piața muncii, obținerea unui loc de muncă și a veniturilor;

d) pentru cele mai multe domenii ale calității vieții populației (sănătate, relații personale, venituri, loc de muncă etc.) populația cu nivel înalt de educație manifestă un grad mai ridicat de satisfacție.

## PROPUNERI DE MĂSURI

Pentru a identifica un set de măsuri posibile ce pot fi aplicate la nivelul sistemului nostru de învățământ și care să ducă la îmbunătățirea situației acestuia trebuie realizată o sinteză a obiectivelor stabilite anterior, gradul de atingere a acestora, precum și țintele asumate de România în diverse documente de strategie la nivel UE.

*Tabelul 14*  
Situția indicatorilor

|      | Indicatori                                   | Situația<br>trecută 2008 | Situația actuală<br>(2014–2015) | Obiective<br>2020 |
|------|----------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|-------------------|
| UE27 | rata tinerilor care părăsesc prematur școala | 14,7                     | 11,2                            | <10,0             |
|      | rata absolvenților cu studii superioare      | 31,1                     | 37,9                            | ≥40,0             |
|      | participarea la educație timpurie            | 91,9                     | 93,9                            | 95                |
|      | educația pentru adulți                       | 9,2                      | 10,7                            | 15                |
|      | finanțarea educației                         | 5                        | 5,25                            | –                 |
| RO   | rata tinerilor care părăsesc prematur școala | 17,3                     | 17,3                            | 11,3              |
|      | rata absolvenților cu studii superioare      | 16                       | 22,8                            | 26,7              |
|      | participarea la educație timpurie            | 88,5                     | 87,4                            | 90*               |
|      | educația pentru adulți                       | 1,5                      | 2,0                             | 12                |
|      | finanțarea educației                         | 2,4                      | 3,2                             | 6*                |

Sursa: Eurostat, OCDE, Euridyce, Education and Training Monitor (\* propuneri/estimări).

În urma analizei datelor putem face următoarele observații:

- estimările pozitive pentru rata absolvenților cu studii superioare și pentru participarea la educația timpurie au avut la bază evoluția pozitivă înregistrată din 2008 și faptul că diferențele între ceea ce s-a realizat deja și ceea ce s-a propus nu sunt foarte mari și respectă ritmul de creștere de până acum;

- pentru indicatorul rata de părăsire prematură a școlii atingerea obiectivului stabilit pentru 2020 este posibil cu condiția aplicării unor măsuri: prelungirea duratei obligatorii de școlarizare cu cel puțin un an, acțiuni centrate pe mai multe planuri – programe educaționale de suport desfășurate în școală și programe de sprijin pentru familiile defavorizate. Cele mai ridicate rate de abandon școlar sunt înregistrate la finalul învățământului obligatoriu și în rândul populației din mediul rural, fapt care leagă părăsirea timpurie a școlii de modul de organizare a învățământului (durata învățământului obligatoriu) și de condițiile socioeconomice;

- am păstrat aceeași valoare pentru indicatorul *educația pentru adulți* pentru că evoluția de până în prezent nu justifică schimbarea sa;
- finanțarea cu 6% a educației este o problemă de voință politică și de priorități.

Atingerea țintelor stabilite pentru 2020 necesită și schimbări importante la nivelul conținutului învățământului, dar și la nivel de organizare a sistemului. Pentru ca elevii să beneficieze de formare prin noile educații la nivelul sistemului de învățământ este necesar să se adopte schimbări la nivelul conținutului învățământului care să vizeze:

- introducerea de noi discipline prin care să se predea noile educații în paralel cu diminuarea ponderii altor discipline;
- preluarea prin conținutul disciplinelor existente a conținutului noilor discipline (prin educație civică să se facă și educație pentru democrație, educație pentru pace, educație inter și multiculturală, biologia sau/și chimia să preia elemente din conținutul educației ecologice) etc.
- introducerea de ore cu caracter interdisciplinar în locul curriculumului la decizia școlii.

Schimbarea poziției sistemului de învățământ românesc în clasamentul privind nivelul minim de cunoștințe al elevilor se poate realiza printr-o schimbare la nivelul desfășurării procesului de învățare-predare-evaluare:

- deplasarea accentului de pe transmiterea de informații pe formarea la elevi a deprinderii de „a învăța să înveți”;
- educația centrată pe predare trebuie să devină educația centrată pe învățare;
- învățarea trebuie să fie una bazată pe gândirea critică și revolvarea de probleme;
- cunoștințele teoretice trebuie completate cu cele practice prin care să fie valorificată și apreciată experiența elevilor;
- respectarea normelor, regulilor trebuie însoțită și de respectarea individualității elevului.

De asemenea, o altă soluție ar fi promovarea unei **educații incluzive** la nivelul întregului sistem de învățământ. Educația incluzivă este o abordare și un proces continuu de dezvoltare a politicilor și practicilor educaționale, orientate spre asigurarea oportunităților și șanselor egale pentru persoanele

excluse/marginalizate de a beneficia de drepturile fundamentale ale omului la dezvoltare și educație în condițiile diversității umane. Promovarea și susținerea educației de tip incluziv au ca efect:

- conștientizarea faptului că toți copiii trebuie să aibă șanse egale de a frecventa aceeași școală și de a învăța împreună, indiferent de particularitățile lor psihointelectuale, socioeconomice, etnice, religioase etc.
- sistemul de învățământ ar deveni mai deschis, mai flexibil și adaptat nevoile tuturor participanților la educație;
- integrarea educațională, socială, profesională a tuturor copiilor în comunitate, pornind de la valorile pe care le poate oferi comunitatea în ansamblu dar și familia și școala.

## CONCLUZII

România dispune de o populație încă tânără, astfel că investițiile în educație – chiar și cele de nivel superior – sunt recuperabile prin durata mai mare a perioadei active a populației educate. Datele demonstrează că rata de ocupare, atât în UE28, cât și în România, are tendința de a crește pe măsură ce nivelul de educație este mai ridicat.

Prognozele privind evoluția sectoarelor economiei României arată o restrângere a sectorului agricol și o dezvoltare a celor din industrie și servicii, fapt care înseamnă nu doar o cerere de forță de muncă înalt calificată, ci și șanse ridicate de ocupare a unui loc de muncă de către absolvenți. În ultimul deceniu rata de ocupare în rândul populației cu nivel scăzut de educație tinde să fie mai mică și la nivel UE și în România.

În România, în multe domenii de activitate se resimte o lipsă acută de personal calificat ceea ce înseamnă o reducere semnificativă a perioadei de tranziție de la școală la piața muncii, obținerea unui loc de muncă și a veniturilor.

Pentru cele mai multe domenii ale calității vieții populației (sănătate, relații personale, venituri, loc de muncă etc.) populația cu nivel înalt de educație manifestă un grad mai ridicat de satisfacție.

### Bibliografie

- Apostu, Otilia, Magdalena Balica, Ciprian Fartușnic, Bogdan Florian, Irina Horga, Cornelia Novak and Lucian Voinea. 2015. *Analiza sistemului de învățământ preuniversitar din România din perspectiva unor indicatori statistici. Politici educaționale bazate pe date*. București: Editura Universitară.
- Apostu, Otilia, Magdalena Balica, Ciprian Fartușnic, Florian Bogdan, Irina Horga and Lucian Voinea. 2012. *Copiii care nu merg la școală, O analiză a participării la educație în învățământul primar și gimnazial*. București: Editura Universitară.
- Boudon, Raymond. 1973. *L'inégalités de chances. La mobilité sociale dans la sociétés industrielles*. Paris: Hachette.
- Duru-Bellat, Marie. 2003. *Inégalités sociale à l'école et politiques éducatives*. Paris: UNESCO. <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001362/136282f.pdf>
- European Commission. 2015. *Education and Training Monitor*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. [http://ec.europa.eu/education/news/2015/1014-education-training-monitor-november-12\\_en.htm](http://ec.europa.eu/education/news/2015/1014-education-training-monitor-november-12_en.htm).
- Eurostat. 2015. <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
- Eurostat. 2016. <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
- Hutmacher, Walo, and Norberto Bottani. 2005. *L'équité des systèmes éducatifs européens: un ensemble d'indicateurs (2e édition)*. GERESE. [http://www.aspe.ulg.ac.be/equite/fichier/pdf/2005PDF\\_FRANCAIS.pdf](http://www.aspe.ulg.ac.be/equite/fichier/pdf/2005PDF_FRANCAIS.pdf)
- INS. 2015. Anuarul statistic al României. București: Institutul Național de Statistică al României.
- INS. 2015. *România în cifre 2015*. București: Institutul Național de Statistică al României. [http://www.insse.ro/cms/files/publicatii/Romania\\_in\\_cifre\\_2015final.pdf](http://www.insse.ro/cms/files/publicatii/Romania_in_cifre_2015final.pdf)
- IRES. 2010. *Percepția publică a școlii românești*. București: Institutul Român pentru Evaluare și Strategie. <http://www.ires.com.ro/articol/101/perceptia-publica-a-scolii-romanești>
- IRES. 2012. *Barometrul de Opinie Publică – Tineret 2012*. Cercetare realizată la cererea Autorității Naționale pentru Sport și Tineret. București: Institutul Român pentru Evaluare și Strategie. [http://www.ccsmures.ro/wp-content/uploads/2012/12/IRES\\_ANST\\_Barometru-tineret\\_Raport-grafic-si-interpretari.pdf](http://www.ccsmures.ro/wp-content/uploads/2012/12/IRES_ANST_Barometru-tineret_Raport-grafic-si-interpretari.pdf)
- ISE. 2016. *Simularea evaluării naționale la clasa a VIII-A -2016. Analiza rezultatelor elevilor*. București: Institutul de Științe ale Educației. [https://edu.ro/sites/default/files/\\_fișiere/studii%20si%20analize/2016/ISE/Raport\\_rezultate\\_simulare\\_2016\\_final\\_azi.pdf](https://edu.ro/sites/default/files/_fișiere/studii%20si%20analize/2016/ISE/Raport_rezultate_simulare_2016_final_azi.pdf)
- Mărginean, Ioan. 2004. *Studii de sociologie, calitatea vieții și politici sociale*. Pitești: Editura Universității din Pitești.
- Maroy, Christian. 2005. "Les évolutions du travail enseignant en France et en Europe: facteurs de changement, incidences et résistances dans l'enseignement secondaire." In *Cahier de Recherche du GIRSEF* 42 Juillet. <https://hal.archives-ouvertes.fr/halshs-00603481/document>

- Meuret, Denis, and Sophie Morlaix. 2006. "L'influence de l'origine sociale sur les performances scolaires: par où passe-t-elle?" *Revue française sociologie* 47(1): 49–79. DOI: 10.3917/rfs.471.0049.
- Mihalache, Flavius. 2014. "Caracteristici ale subocupării populației rurale." *Revista Calitatea Vieții* XXV (3): 209–226. <http://www.revistacalitateavietii.ro/2014/CV-3-2014/01.pdf>
- Ministerul Tineretului și Sportului. 2014. *Barometrul de Opinie Publică Tineret 2014*. <http://mts.ro/wp-content/uploads/2014/11/RAPORT-BAROMETRU-TINERET-AVANGARDE-SEPTEMBRIE.pdf>
- Ministerul Tineretului și Sportului. 2016. *Barometrul de Opinie Publică Tineret 2016*. <http://mts.ro/wp-content/uploads/2016/12/1.-Barometru-de-opinie-publica-tineret-2016.pdf>
- Novak, Cornelia, Dana-Carmen Stroie, Zoica Vlăduț, Flaminu-Ionuț Nicula, and Olivia Jidveian. 2015. *Raportul național privind starea calității în unitățile de învățământ preuniversitar public din mediul rural*. ARACIP. București: Editura Tracus Arte. [https://www.edu.ro/sites/default/files/\\_fișiere/studii%20si%20analize/2016/aracip/RAPORTUL%20NATIONAL%20septembrie%202015.pdf](https://www.edu.ro/sites/default/files/_fișiere/studii%20si%20analize/2016/aracip/RAPORTUL%20NATIONAL%20septembrie%202015.pdf)
- OCDE. 2014. *Résultats du PISA 2012: Savoirs et savoir-faire des élèves: Performance des élèves en mathématiques, en compréhension de l'écrit et en sciences (Volume I)*. PISA, Éditions OCDE. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208827-fr>
- Preoteasa, Ana-Maria. 2013. „Ocuparea atipică între conjunctură și flexibilitate.” In *Profiluri teritoriale ale calității vieții* coordonator Ioan Mărginean, 139–147. București: Editura Academiei Române.
- Sandu, Daniel, Cătălin Augustin Stoica și Radu Umbreș. 2014. *Tineri în România, griji, aspirații, atitudini, stil de viață*. București: Fundația Friedrich-Ebert-Stiung România. [http://www.fes.ro/media/2014\\_news/Raport-FES-Tineri\\_in\\_Romania.pdf](http://www.fes.ro/media/2014_news/Raport-FES-Tineri_in_Romania.pdf)
- Stănculescu, Manuela (coord.), Monica Marin and Alina Popp. 2012. *Copil în România. O analiză multidimensională. Raport realizat pentru UNICEF*. București: UNICEF. <http://www.unicef.ro/wp-content/uploads/Copil-in-Romania-O-diagnoza-multidimensionala-2012.pdf>

**ANEXA**  
**CHELTUIELI CU EDUCAȚIA ÎN UE ȘI ROMÂNIA**

|                | <b>%PIB</b> |             |             |             | <b>%<br/>cheltuieli<br/>publice</b> |             |             |             |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
|                | <b>2010</b> | <b>2011</b> | <b>2012</b> | <b>2013</b> | <b>2010</b>                         | <b>2011</b> | <b>2012</b> | <b>2013</b> |
| <b>UE</b>      | <b>5,3</b>  | <b>5,1</b>  | <b>5,0</b>  | <b>5,0</b>  | <b>10,6</b>                         | <b>10,5</b> | <b>10,3</b> | <b>10,3</b> |
| Belgia         | 6,1         | 6,3         | 6,3         | 6,4         | 11,7                                | 11,7        | 11,5        | 11,8        |
| Bulgaria       | 3,7         | 3,5         | 3,4         | 3,8         | 10,0                                | 10,0        | 9,7         | 9,8         |
| Cehia          | 5,1         | 5,1         | 5,0         | 5,2         | 11,8                                | 12,1        | 11,5        | 12,3        |
| Danemarca      | 7,2         | 6,9         | 7,1         | 7,0         | 12,6                                | 12,1        | 12,0        | 12,3        |
| Germania       | 4,4         | 4,3         | 4,3         | 4,3         | 9,3                                 | 9,7         | 9,6         | 9,7         |
| Estonia        | 6,6         | 6,3         | 6,3         | 6,0         | 16,4                                | 16,6        | 15,9        | 15,4        |
| Irlanda        | 4,9         | 4,7         | 4,4         | 4,1         | 17,5                                | 10,1        | 10,4        | 10,2        |
| Grecia         | 4,0         | 4,4         | 4,4         | 4,5         | 7,6                                 | 8,2         | 8,2         | 7,6         |
| Spania         | 4,5         | 4,4         | 4,1         | 4,0         | 9,8                                 | 9,6         | 8,7         | 9,1         |
| Franța         | 5,6         | 5,5         | 5,5         | 5,5         | 10,0                                | 9,8         | 9,7         | 9,6         |
| Croația        | 5,0         | 5,0         | 5,0         | 5,3         | 10,6                                | 10,5        | 10,7        | 11,2        |
| Italia         | 4,4         | 4,1         | 4,1         | 4,1         | 8,8                                 | 8,3         | 8,0         | 8,0         |
| Cipru          | 6,8         | 6,6         | 6,1         | 6,5         | 16,0                                | 15,4        | 14,5        | 15,7        |
| Letonia        | 6,2         | 5,9         | 5,7         | 5,7         | 14,1                                | 15,2        | 15,5        | 15,7        |
| Lituania       | 6,4         | 6,1         | 5,8         | 5,6         | 15,2                                | 14,3        | 16,1        | 15,7        |
| Luxembourg     | 5,2         | 5,1         | 5,4         | 5,6         | 11,8                                | 11,8        | 12,2        | 12,7        |
| Ungaria        | 5,6         | 5,1         | 4,7         | 4,7         | 11,2                                | 10,3        | 9,7         | 9,5         |
| Malta          | 5,6         | 5,7         | 5,8         | 5,9         | 13,7                                | 13,9        | 13,7        | 13,9        |
| Olanda         | 5,7         | 5,6         | 5,6         | 5,5         | 11,8                                | 11,8        | 11,8        | 11,8        |
| Austria        | 5,1         | 5,0         | 5,0         | 5,0         | 9,7                                 | 9,8         | 9,7         | 9,8         |
| Polonia        | 5,6         | 5,5         | 5,4         | 5,3         | 12,1                                | 12,5        | 12,6        | 12,5        |
| Portugalia     | 7,7         | 7,3         | 6,5         | 6,8         | 14,9                                | 14,5        | 13,4        | 13,5        |
| <b>România</b> | <b>3,3</b>  | <b>4,1</b>  | <b>3,0</b>  | <b>2,8</b>  | <b>8,4</b>                          | <b>10,5</b> | <b>8,3</b>  | <b>8,1</b>  |
| Slovenia       | 6,6         | 6,6         | 6,4         | 6,5         | 13,5                                | 13,2        | 13,3        | (10,9)      |
| Slovacia       | 4,9         | 4,6         | 4,4         | 5,0         | 11,7                                | 11,3        | 11,1        | 12,2        |
| Finlanda       | 6,6         | 6,5         | 6,4         | 6,5         | 12,0                                | 11,9        | 11,5        | 11,2        |
| Suedia         | 6,5         | 6,5         | 6,5         | 6,6         | 12,5                                | 11,9        | 11,5        | 11,2        |
| UK             | 6,6         | 6,0         | 5,8         | 5,5         | 13,5                                | 12,9        | 12,3        | 12,0        |

Sursa: Education and Training Monitor 2015.

# **STAREA DE SĂNĂTATE A POPULAȚIEI ÎN ROMÂNIA. PENTRU O ABORDARE SOCIALĂ ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII<sup>1</sup>**

IULIANA PRECUPETU  
COSMINA-ELENA POP

## **INTRODUCERE**

Starea de sănătate a populației în România descrie un profil problematic, marcat de inegalități, care plasează țara noastră într-o situație nefavorabilă în context european. Este însă greu de apreciat cât de problematic este acest profil. Pe de o parte, unii indicatori arată o situație clar negativă a stării de sănătate, plasând România pe unul din primele locuri în Uniunea Europeană (mortalitatea datorată bolilor evitabile, mortalitatea infantilă). Pe de altă parte, se poate aprecia că, în timp, s-au înregistrat unele progrese importante (creșterea speranței de viață, scăderea incidenței bolilor infecțioase). Demersul de înțelegere a stării de sănătate pornind de la indicatorii de rezultat existenți este unul extrem de limitat, deoarece se concentrează pe output și orientează explicația către factori parțiali și medicali, pierzând astfel din vedere factorii structurali majori care determină starea de sănătate a populației. Abordarea predominantă actuală este medicală și tehnologică, în timp ce înțelegerea sănătății ca fenomen social, care necesită intervenție intersectorială, rămâne în România în plan secund. Totodată, indicatorii existenți din domeniul sănătății sunt în mică măsură integrați, rezultatul fiind acela că la momentul actual informația este fragmentată, nepermițând o imagine de ansamblu. În consecință, intervenția este și ea limitată și fragmentată, nefiind orientată de o explicație comprehensivă (pe cât posibil).

---

<sup>1</sup> Acest capitol a apărut într-o variantă prescurtată: Precupețu, Iuliana, Cosmina-Elena Pop, 2017. „Pentru o abordare socială în domeniul sănătății. Factorii structurali ai determinării stării de sănătate”, *Calitatea Vieții* XVIII (3): 219–242.

În România, în ultimii ani, strategiile în domeniul sănătății au fost introduse ca urmare a acordurilor cu UE și au preluat principiile și orientarea strategiilor europene. Deși aceste strategii europene sunt bazate pe cercetarea riguroasă a factorilor determinanți ai stării de sănătate în diferitele țări, în România există foarte puține studii dedicate atât înțelegerii factorilor sociali structurali și individuali ai stării de sănătate, cât și explicării modului în care sistemul de sănătate funcționează și influențează sănătatea populației. Politicile bazate pe rezultate de cercetare sunt încă puțin dezvoltate.

Acest capitol argumentează necesitatea introducerii și utilizării în domeniul sănătății a unui cadru de analiză și de intervenție bazat pe factorii determinanți ai stării de sănătate. O propunere a unui astfel de cadru nu reprezintă o noutate. Strategia UE 2020 în domeniul sănătății a fost precedată de o trecere în revistă riguroasă a determinantilor sociali ai sănătății (Marmot și alții 2012; WHO 2014) pe baza cadrului propus de către Organizația Mondială a Sănătății (WHO 2010). Utilitatea acestui cadru constă în oportunitatea de a cartografia factorii determinanți ai stării de sănătate în România, de a identifica studiile/datele care pot contribui la conturarea unei imagini cât mai complete asupra stării de sănătate și determinantilor ei, de a orienta politicile bazate pe dovezi de cercetare. Un demers care pornește de la teorie și încearcă să explice indicatorii de output în funcție de perspectivele existente în știință poate contribui la identificarea mecanismelor prin care problemele de sănătate pot fi ținute.

Acest capitol este structurat în câteva subcapitole: 1. în primul rând, vom argumenta, pe baza teoriei, rolul factorilor sociali în determinarea stării de sănătate; 2. în al doilea rând, vom descrie starea de sănătate în România, evidențiind principalii indicatori de rezultat și evoluția acestora în timp; 3. în final, vom prezenta în detaliu cadrul de analiză și intervenție în domeniul sănătății adaptat după WHO (2010, 2014) urmând argumentele acestuia și exemplificând cazul României acolo unde este posibil.

## **ROLUL FACTORILOR SOCIALI ÎN DETERMINAREA STĂRII DE SĂNĂTATE**

Starea de sănătate este determinată social de o serie de factori și mecanisme care acționează la nivel individual, comunitar, societal și chiar global, pe parcursul întregului ciclu de viață al persoanei.

### CAUZALITATE SOCIALĂ ÎN DETERMINAREA SĂNĂTĂȚII ȘI A BOLII

Condițiile sociale influențează sănătatea populației prin mecanisme multiple. Dincolo de factorii biologici, starea de sănătate este determinată de o multitudine de factori sociali de natură materială, psihosocială și comportamentală.

Starea de sănătate depinde, în primul rând, de factori de natură *materială* cum sunt venitul, condițiile de locuire, de muncă, de mediu etc. În timp ce condițiile materiale problematice constituie „cauze fundamentale” ale deteriorării stării de sănătate (Phelan și alții 2010), acumularea avantajelor de natură materială este de natură să protejeze starea de sănătate atât în mod direct prin circumstanțele bune de viață și accesul la servicii de calitate, cât și indirect, prin resurse cum sunt cunoștințele, puterea și relațiile sociale.

La factorii de natură materială ai determinării sănătății, se adaugă o serie de factori *psihosociali* care includ elementele de stres pe parcursul vieții, cum sunt evenimentele negative, condițiile stresante de viață sau lipsa suportului social și care declanșează boala sau contribuie la boli somatice. Studii devenite clasice au demonstrat influența negativă a stresului din mediul social asupra funcției neuroendocrine care determină creșterea vulnerabilității organismului în fața bolii (Cassel 1976). Mai recent, alte studii (Geronimus și alții 2015) au demonstrat relația între condițiile sociale și mecanismele biologice, arătând cum stresul cauzat de sărăcia extremă determină modificări la nivel celular, rezultând în procese de îmbătrânire prematură și mortalitate ridicată.

Pe lângă influența directă asupra sănătății, deprivarea materială, în măsura în care indică nesatisfacerea nevoilor de bază ale indivizilor, exercită și o influență mediată asupra acesteia, prin procesele de comparație socială (Blázquez și alții 2014). Astfel, s-a demonstrat că starea de sănătate a populației este influențată de factorii psihosociali generați de inegalitatea de venit în diferitele societăți (Marmot 2004; Wilkinson și Pickett 2006, 2009). Aceasta deoarece inegalitatea înaltă este corozivă la nivel social și generează pe baza proceselor de comparație socială sentimente de inutilitate, rușine, lipsă de putere, stres cronic, toate acestea afectând negativ starea de sănătate. Mai ales pentru cei de la baza distribuției veniturilor, stresul și sentimentele de excluziune socială pot reprezenta riscuri pentru sănătate. În general, precaritatea

condițiilor de viață este asociată cu nesiguranță și stres legate de posibilitatea asigurării nevoilor de bază, de menținerea pe piața forței de muncă și de păstrarea relațiilor sociale.

Factorii *comportamentali*, cum sunt fumatul, consumul de alcool, precum și tipul de dietă și activitate fizică, au, de asemenea, o influență importantă în starea de sănătate. Aceste comportamente sunt distribuite în mod diferit în straturile sociale, iar pattern-ul lor variază în diversele societăți. În țările dezvoltate, fumatul este prevalent în grupurile cu statut socioeconomic scăzut pe când în țările din sudul Europei, este prevalent în grupurile cu un status înalt și printre femei (Hiscock și alții 2012). Obezitatea și consumul excesiv de alcool au o prevalență înaltă în grupurile cu un status scăzut (Olson și alții 2007; Van Oers și alții 1998), iar exercițiul fizic este mai degrabă prevalent printre persoanele cu un status socioeconomic înalt (Eime și alții 2015). Studiile sugerează că adoptarea comportamentelor de risc pentru sănătate poate fi rezultatul deprinderii și stresului din mediul social (Mackenbach 2002) fumatul, consumul excesiv de alcool, dieta bogată în carbohidrați, sedentarismul apărând ca răspuns la condițiile dificile de viață.

### DETERMINARE SOCIALĂ ÎN CICLUL VIEȚII

Sănătatea adultului este un rezultat parțial al experiențelor individuale biologice și sociale în viața timpurie (inclusiv intrauterină), pe parcursul copilăriei și adolescenței. Circumstanțele negative prezente în copilărie (sau la un alt moment în ciclul vieții) pot contribui la o stare precară de sănătate pe durata vieții ulterioare. Această perspectivă permite înțelegerea „modului în care procesele temporale de-a lungul ciclului vieții unei cohorte sunt relaționate cu cohortele anterioare și viitoare și se manifestă în tendințe observabile în timp la nivelul populației” (WHO 2010, 18).

O cale posibilă prin care condițiile negative pot influența starea de sănătate este expunerea individului în perioadele critice de creștere la factori de risc și care poate avea efecte persistente pe parcursul vieții asupra sănătății, „programând-o” biologic. O altă cale posibilă este acumularea riscurilor de-a lungul ciclului vieții (de exemplu expunerea la poluare, nutriție deficitară, stres etc.). Aceste riscuri vor influența traiectoriile sociale ale indivizilor prin limitarea accesului la educație, șanse reduse de participare pe piața forței de muncă și de participare la viața socială etc.

Studiile au arătat că boli cum sunt cele cardiovasculare sau cancerul de stomac sunt asociate cu statusul socioeconomic al părinților și, deci, cu condițiile din copilărie în mai mare măsură decât cu poziția socioeconomică la maturitate (Davey Smith și alții, 1998). Condițiile materiale precare în copilărie, caracterizate prin aglomerare a locuirii, igienă deficitară, conduc la creșterea riscului de infecții<sup>2</sup> astfel încât la maturitate starea de sănătate poartă amprenta circumstanțelor copilăriei. În mod asemănător, mortalitatea și morbiditatea datorate bolilor respiratorii ale adulților sunt asociate cu condițiile de locuire și infecțiile din perioada copilăriei. Alte boli și condiții medicale, cum sunt diabetul, hipertensiunea, greutatea mică la naștere, sunt determinate social prin condițiile experimentate în viața timpurie la care se adaugă factorii de risc de pe parcursul vieții adulte, determinând rate ale mortalității și morbidității modelate social (Davey Smith și Gordon 2000). De exemplu, greutatea mică la naștere a copiilor este asociată cu nutriția mamei și interacționează cu obezitatea în viața adultă (prevalentă în mediile sărace), producând, astfel, riscuri crescute de boală (Black și alții 2013).

### MECANISME DE SELECȚIE SOCIALĂ

Starea de sănătate poate avea un efect asupra poziției sociale, influențând mobilitatea socială, fie intergenerațional, fie intragenerațional. Oamenii cu o sănătate nefavorabilă pot ocupa o poziție socială mai joasă comparativ fie cu părinții (mobilitate intergenerațională), fie cu ei înșiși în trecut (mobilitate intragenerațională).

Problemele de sănătate apărute în copilărie influențează traseul educațional și, pe termen lung, cariera profesională și veniturile în viața adultă, influențând astfel negativ ascensiunea către poziții sociale mai înalte. Studiile au demonstrat că în special bolile cronice din copilărie sunt asociate cu o participare scăzută pe piața forței de muncă la vârste adulte (Haas și alții 2011), în timp ce o sănătate nefavorabilă și stările emoționale negative la vârste tinere sunt predictorii ai șomajului chiar printre aceia ocupați cu contracte permanente de muncă (Wagenaar și alții 2012). Persoanele cu o stare de sănătate problematică pot fi selectate într-un status socioeconomic

---

<sup>2</sup> *Helicobacter pylori*, de exemplu, a fost demonstrat ca un factor de risc în cancerul de stomac (Conteduca și alții, 2013).

mai scăzut sau pot rămâne în mediul socioeconomic în care s-au născut cu șanse reduse de mobilitate verticală din cauza oportunităților reduse de educație, ocupare și, în consecință, din cauza veniturilor diminuate și imposibilității unui standard de viață care îi poate proteja în fața diferitelor riscuri.

Selecția acționează și intragenerațional, pe parcursul vieții unui individ: apariția unei probleme importante de sănătate la vârsta adultă poate influența traseul social al acestuia. Traectoriile sociale descendente sunt marcate de un complex de factori: starea proastă de sănătate, bunăstare scăzută la locul de muncă și abilități reduse, acestea conducând către ocupare temporară sau chiar șomaj (Wagenaar și alții 2012). Acțiunea acestor mecanisme este mult diminuată în statele cu politici generoase care pot proteja individul în situații de risc. Astfel, Heggebø (2015) a demonstrat că selecția apare în Danemarca, dar nu și în Suedia și Norvegia atunci când indivizii sunt nevoiți să părăsească piața forței de muncă<sup>3</sup>. Acest model este explicat atât prin caracteristicile pieței forței de muncă în cele trei țări, dar și prin protecția mai slabă oferită de modelul danez bazat pe flexicuritate.

Pentru categoriile cu un status socioeconomic scăzut, care trăiesc în precaritate, există rezultate de cercetare care sugerează existența selecției și în România. Astfel, pentru categoria care trăiește în bunăstare precară (deasupra pragului sărăciei, dar cu venituri scăzute și în deprivare materială) există tendința unei scăderi a statutului socioeconomic atunci când în gospodărie apare o problemă importantă de sănătate. Mecanismele principale sunt cele demonstrate în literatură: pierderea locului de muncă, venituri reduse și scăderea standardului de viață pentru întreaga gospodărie, cu o înrăutățire a calității vieții în general. Efectele apar la nivelul întregii gospodării, iar în ciclul vieții problemele de sănătate contribuie la acumularea dezavantajelor multiple pentru toți membrii gospodăriei (Precupețu și Pop 2016, ISA).

## STAREA DE SĂNĂTATE A POPULAȚIEI

În România, starea de sănătate a populației este problematică și, deși unele tendințe înregistrate în ultimele decade sunt pozitive, țara noastră continuă să se situeze într-o situație nefavorabilă în context european.

---

<sup>3</sup> Cu excepția vârstelor tinere.

În general, bolile care afectează populația se află sub influența unor riscuri pentru sănătate ce variază în funcție de gradul de dezvoltare a societății (WHO 2009). În societățile în curs de dezvoltare riscurile sunt, în general, relaționate cu sărăcia (nutriția deficitară, igienă și curățenie precare, relații sexuale neprotejate, calitate slabă a apei potabile, fum în locuințe din cauza utilizării combustibililor fosili) și determină o prevalență mare a bolilor infecțioase. În țările dezvoltate, riscurile tradiționale au fost înlocuite cu riscuri moderne: lipsa activității fizice, obezitatea, factori care țin de dietă, consumul de alcool și tutun. Această tranziție este vizibilă în societățile dezvoltate în prevalența mare a bolilor netransmisibile, cum sunt cele cardiovasculare și neoplasmale.

La momentul actual, România se confruntă cu dubla provocare reprezentată de prezența atât a riscurilor tradiționale, cât și a celor moderne. Pe de o parte, principalele cauze de deces sunt reprezentate de bolile cardiovasculare, cancere și boli digestive, ceea ce apropie țara noastră de profilul țărilor dezvoltate, însă fără a fi parcurs complet tranziția epidemiologică a acestora. Pe de altă parte, România se remarcă printr-o incidență înaltă a tuberculozei și o mortalitate ridicată datorată acesteia, o prevalență relativ înaltă a sifilisului, apariția periodică a unor focare de boli transmisibile, cum sunt rujeola, rujeola, scarlatina, precum și o rată înaltă a mortalității datorate unor cauze situate în perioada perinatală, toate acestea reprezentând elemente ale unui tablou mai degrabă tradițional al bolilor.

Acest profil epidemiologic mixt, dominat de dubla povară a riscurilor moderne și tradiționale, constituie o provocare pentru strategiile în domeniul sănătății care trebuie să țină seama în mod comprehensiv o varietate de factori determinanți de origini diverse.

Este dificil de apreciat dacă starea de sănătate a populației s-a îmbunătățit în ultimele decenii. Pe de o parte, au fost înregistrate o serie de tendințe pozitive: o creștere a speranței de viață, o scădere a ratelor de mortalitate, reducerea mortalității infantile și a celei materne. În același timp, există indicatori cu parcurs sinuos, de tipul incidenței tuberculozei care a crescut spectaculos după 1990 și apoi a scăzut până la niveluri apropiate de cele din 1990. Recent, se înregistrează tendințe clar negative, cum sunt scăderea ratei de vaccinare și creșterea incidenței HIV. Aceste evoluții au fost însoțite în perioada postcomunistă de o adâncire a inegalităților în starea

de sănătate între femei și bărbați, între urban și rural, între regiuni de dezvoltare și județe, dar și între grupuri sociale. România continuă să se confrunte la momentul actual cu o serie de probleme fundamentale legate de starea de sănătate a populației.

E probabil că, în general, dezvoltarea economică, introducerea tehnologiei moderne, conectarea la abordările medicinei din vest au contribuit la tendințele pozitive înregistrate după 1990. Totuși, creșterea sărăciei, accentuarea diferențelor de dezvoltare teritorială, dezvoltarea inegală a serviciilor de sănătate la nivel teritorial și diferențierea accesului la servicii între rural și urban, adâncirea inegalităților de acces la educație, creșterea consumului de droguri constituie fenomene care contribuie la un tablou eterogen al stării de sănătate.

În cele ce urmează, vom descrie starea de sănătate în context european.

Speranța de viață la naștere, indicator relevant pentru starea de sănătate a populației și pentru nivelul de dezvoltare a țării, era în anul 2015 de 75 de ani, România fiind a patra țară din UE cu cel mai scăzut nivel și situându-se la mare distanță de țări cum sunt Spania (83 ani) și Italia (82,7 ani) și de media europeană de 80,6 ani (Eurostat 2017).

Speranța de viață a crescut față de 1990 cu aproximativ 5 ani, iar tendința a fost aceea de accentuare a inegalităților între femei și bărbați, între mediul urban și rural, între județe și între regiunile de dezvoltare ale țării. Astfel, în 2015, speranța de viață pentru femei era în medie cu 7 ani mai mare decât cea pentru bărbați, cu 2,8 ani mai mare în mediul urban față de rural, în timp ce diferențele pe regiuni atingeau 2,6 ani, iar inegalitățile între județe ajungeau până la 4,5 ani.

Rata mortalității este a doua cea mai mare din UE, fiind cu 50% mai ridicată față de media UE28 (Eurostat 2017). Principalele cauze de deces sunt reprezentate de bolile cardiovasculare, neoplasmele maligne și bolile digestive. Între statele UE28, România se situa, în 2014, pe primul loc ceea ce privește mortalitatea pe cauze specifice de deces pentru boli cum sunt: infarctul miocardic, tuberculoza, cancerul de col uterin, bolile cronice de ficat, accidente de transport, precum și pentru anumite condiții situate în perioada perinatală (Eurostat 2016). În timp, după 1990 rata mortalității a cunoscut o creștere până în anul 1996, după care a avut o tendință de scădere, cu fluctuații, menținându-se pe tot parcursul perioadei la niveluri mai înalte decât în 1990.

La nivel național, inegalitățile menționate anterior la speranța de viață la naștere se regăsesc și în cazul mortalității generale, în anul 2015 mortalitatea în cazul bărbaților fiind mai mare decât în cazul femeilor: 12,5‰ față de 11‰, iar în mediul rural rata mortalității fiind de 14,3‰, semnificativ mai mare față de urban (9,8‰) (Tempo, INS 2016). În același an, județele în care s-a înregistrat cel mai ridicat nivel al ratei mortalității au fost Teleorman (16,9‰), Giurgiu (15‰), Dolj (14,2‰), Călărași (14‰) și Olt (14‰). Cel mai scăzut nivel al acestui indicator, în anul 2015, a fost înregistrat în județele Iași, Brașov, Ilfov (9,9‰) și Sibiu (10‰).

Mortalitatea infantilă, indicator care reflectă atât efectul economic și al condițiilor sociale asupra sănătății mamelor și a nou-născuților, cât și eficacitatea sistemelor de sănătate, înregistra în 2015 o valoare de 7,6‰ reprezentând cea mai înaltă valoare din UE28, aflată la mare distanță față de media UE28 (3,6‰) (Eurostat 2017). Cele mai frecvente cauze de deces ale copiilor sub vârsta de un an sunt condițiile perinatale (34%), bolile respiratorii (29%) și patologiiile congenitale (cca. 25%), după cum au fost evidențiate în *Strategia Națională pentru Sănătate 2014–2020*. Rata mortalității infantile a scăzut constant față de începutul anilor 1990 (27‰). În mod asemănător, mortalitatea maternă plasează România pe primul loc între statele membre UE28, cu cea mai ridicată valoare, însă, în timp, această rată a înregistrat o scădere de la 127 de decese la 100 de mii de născuți vii în 1990 la 31 în 2015 (WHO 2016). Tendințele pozitive înregistrate de mortalitatea infantilă și maternă sunt atribuite creșterii economice și programelor naționale de sănătate (Vlădescu 2016).

În ceea ce privește rata mortalității infantile în România, datele evidențiază inegalități ridicate între cele două medii de rezidență (rural–urban), precum și între regiunile de dezvoltare și județe. În anul 2015, rata mortalității infantile era în mediul urban de 6,3‰, în mediul rural de 10‰, iar în cazul județelor, înregistra valori de aproape trei ori mai mari în Tulcea 15,2‰ față de București (4,9‰), în timp ce la nivel regional avea un nivel semnificativ mai ridicat în regiunea Sud-Vest Oltenia (9‰), comparativ cu București-Ilfov (5,2‰) (Tempo, INS 2016).

Mortalitatea evitabilă include atât decesele care puteau fi amânate, cât și decesele care puteau fi prevenite și reflectă atât calitatea și performanța sistemului de sănătate, cât și, într-un sens larg, politicile de sănătate. O

îmbunătățire a politicilor destinate sănătății ar trebui să conducă la o scădere a mortalității evitabile. România era în anul 2014 a doua țară din UE28 după Letonia cu cele mai multe decese care ar fi putut fi amânate (319,2 de decese la 100 de mii de locuitori), având o rată de aproape două ori mai mare decât media europeană, evidențiind astfel nivelul scăzut al calității îngrijirii medicale. Și în ceea ce privește decesele care ar fi putut fi prevenite, România ocupa locul patru între statele membre cu valori ridicate ale acestei rate cu un număr de 363 de decese la 100 de mii de locuitori (Eurostat 2017).

Morbiditatea, gradul de îmbolnăvire a populației, este surprinsă atât prin indicatori care se referă la incidență (cazuri noi de îmbolnăvire pe tipuri de afecțiuni), cât și prin cei care se referă la prevalență (cazurile existente pentru o afecțiune la un moment dat). Din păcate, datele privind prevalența diferitelor afecțiuni sunt slab disponibile din punct de vedere statistic, atât la nivel național, cât și la nivel internațional.

Dintre toate afecțiunile prezente în populație, bolile cronice au un impact major în ceea ce privește starea de sănătate a populației, dar și asupra bugetului pentru îngrijirea sănătății, în această categorie numărându-se: bolile cardiovasculare, cardiopatia ischemică, diabetul zaharat, bolile reumatice, bolile mentale și afecțiunile psihice, insuficiența renală, litiaza renală, ciroza, tumorile.

În perioada 1992–2015, incidența îmbolnăvirilor a fluctuat între 1,4 milioane și 1,6 milioane de cazuri noi în fiecare an. În ceea ce privește incidența bolilor infecțioase și parazitare, aceasta a crescut în perioada 1992–2004, apoi a cunoscut o scădere constantă până în 2015 (Tempo, INS 2016). Incidența tumorilor s-a dublat în aceeași perioadă, iar numărul cazurilor de îmbolnăviri cu boli endocrine, de nutriție și diabet a crescut de peste cinci ori (în 1992, se înregistrau sub 100 de mii de cazuri noi, iar în 2015 peste 500 de mii de cazuri noi de îmbolnăviri). Incidența îmbolnăvirilor aparatului circulator a crescut constant în perioada 1992–2015, în anul 2015 înregistrându-se peste 900 de mii de cazuri noi de îmbolnăvire, de aproximativ două ori mai mult decât în anul 1992. O creștere constantă s-a înregistrat și în afecțiunile cu origine în perioada perinatală, precum și în cazul malformațiilor congenitale, deformații și anomalii cromozomiale. Îmbunătățiri în morbiditatea pentru anumite boli au fost evidențiate pentru bolile sistemului

respirator (o creștere rapidă la începutul anilor 1990, apoi o scădere constantă din 2004), pentru bolile sistemului digestiv (o scădere semnificativă în perioada 1992–2015), pentru bolile legate de sarcină, naștere și lăuzie (o scădere semnificativă) și pentru bolile legate de leziuni traumatice, otrăviri și alte consecințe ale cauzelor externe (Tempo, INS 2016).

În general, pentru bolile infecțioase se poate aprecia că s-au înregistrat tendințe pozitive față de începutul anilor 1990. Incidența hepatitei virale a scăzut constant în perioada 1990–2015 (de la aproximativ 75 de mii de cazuri noi în 1990 la 5637 de cazuri în 2015) (Tempo, INS, 2016). În context european, România ocupă o poziție favorabilă, în anul 2014, România avea rata incidenței hepatitei de tip B de 1,3 (la 100 de mii de locuitori), sub media europeană (UE27) care a fost 4,3. Totuși, datele ar trebui privite cu anumite rezerve, în sensul că țara noastră nu are un sistem de prevenție și identificare (de screening) pentru îmbolnăvirea cu hepatita B sau C. Ratele de prevalență pentru hepatita B și C în cazul populației adulte din România sunt ridicate (ECDC 2016). Și în ceea ce privește incidența HIV/SIDA în România a fost de 4 (la 100 de persoane), fiind sub media UE28 (5,9) în anul 2014, însă tendința în ultima perioadă este de ușoară creștere (OECD 2016).

România continuă să se situeze pe primul loc în UE28 în ceea ce privește incidența tuberculozei și mortalitatea datorată acesteia. Dacă în perioada 1990–2002 incidența tuberculozei a cunoscut o creștere constantă, în perioada 2003–2015 scăderea a fost semnificativă.

Incidența a numeroase boli infecțioase și parazitare (dizenterie, tuse convulsivă, trichineloză, salmoneloză, leptospiroză) a scăzut constant după 1990. În cazul bolilor rubeolă, rujeolă, scarlatină, incidența lor fluctuează destul de mult în perioada 1990–2015, cu îmbunătățiri semnificative, dar și cu apariția periodică a unor focare.

Bolile cu transmitere sexuală (chlamidia, gonoreea) aveau o rată a incidenței, în anul 2014, sub valoarea 1 (la 100 de mii de locuitori), situând țara noastră între statele cu o incidență mică a acestor boli. Totuși, în ceea ce privește incidența sifilisului, rata a fost pentru România de 6,4 (la 100 de mii de locuitori), rate asemănătoare fiind înregistrate în Bulgaria (6,3), Danemarca (6,4), Slovacia (6,6), Letonia (6,7), Germania (7,1) (OECD 2016).

Sarcina la adolescente plasează România pe locul 2 în UE, după Bulgaria cu 38,9 de sarcini la 1 000 de adolescente între 15 și 19 ani la mare distanță

de țări cum sunt Danemarca (2,4‰) sau Slovenia (4,6‰), aceasta reprezentând o problemă importantă de educație în domeniul sănătății.

Speranța de viață sănătoasă reflectă vitalitatea și calitatea vieții populației. În România, speranța de viață sănătoasă la naștere a fost, în anul 2015, de 59,2 de ani, pentru femei fiind 59,4 ani, iar pentru bărbați 59 ani. Între statele europene, România se situează aproape de media UE28 (63,3 ani pentru femei, 62,6 ani pentru bărbați). Oamenii trăiesc cel mai puțin într-o stare bună de sănătate în Letonia (54,1 ani pentru femei și 51,8 ani pentru bărbați) și Estonia (56,2 ani pentru femei și 53,8 ani pentru bărbați). Cea mai ridicată speranță de viață sănătoasă, în anul 2015, a fost înregistrată în Malta (74,6 ani pentru femei, 72,6 ani pentru bărbați) și în Suedia (73,8 ani pentru femei și 74 ani pentru bărbați) (Eurostat 2017).

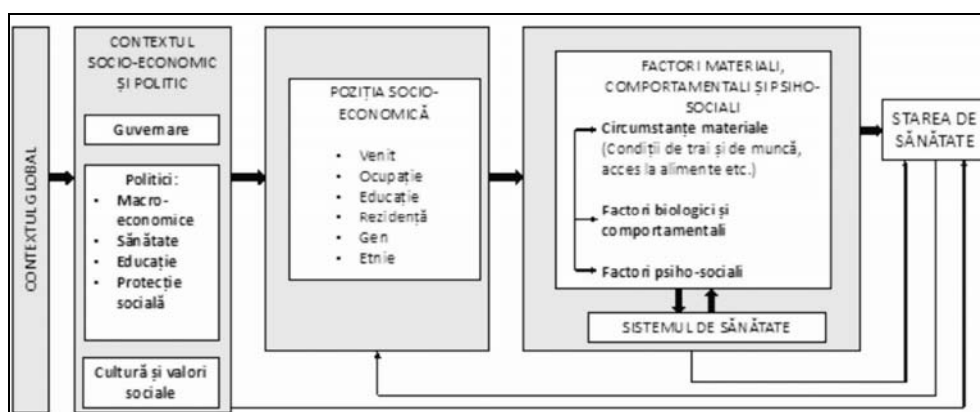
### **CADRU DE ANALIZĂ ȘI INTERVENȚIE ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII POPULAȚIEI**

În România nu există o cunoaștere adecvată a factorilor determinanți ai sănătății și a problemelor sistemului medical care să fie bazată pe studii riguroase. În știință, la nivel internațional, încă de la sfârșitul anilor '90 abordarea determinantilor sociali ai sănătății a devenit centrală în dezbaterile asupra sănătății și bolii și asupra direcțiilor posibile în politicile de sănătate. Abordarea a fost preluată de către Organizația Mondială a Sănătății, care a inițiat o serie de rapoarte conținând recomandări de politici care pornesc de la cauzalitatea socială a sănătății, cu accent pe distribuția sănătății și bolii în populație. Aceasta deoarece, deși cauzele biologice sunt cele care determină bolile, cauzele sociale sunt cele care explică distribuția bolii în populație, ajutându-ne să înțelegem de ce riscul de boală sau dizabilitate este mai ridicat pentru anumite grupuri sociale în comparație cu altele și de ce impactul bolii și dizabilității este mai important în viața celor vulnerabili decât în cea a persoanelor care dispun de resurse (Krumeich și Meershoek 2014).

În literatură există mai multe modele teoretice bazate pe determinanții sociali ai sănătății (Barton și Grant 2006; Huynen și alții 2005; Labonté și Torgerson 2005), însă cadrul propus de către Organizația Mondială a Sănătății (WHO 2010, 2014) are meritul de a fi construit atât pentru analiză cât și pentru a identifica zonele de intervenție pentru politici.

În această lucrare prezentăm și explicităm o formă adaptată a cadrului propus de Organizația Mondială a Sănătății, încercând să discutăm problemele legate de situația stării de sănătate a populației în România. Aceasta deoarece elaborarea politicilor care să conducă la îmbunătățirea stării de sănătate a populației nu se pot baza pe o abordare *one-size-fits-all*, ci ar trebui să țină seama de mecanismele concrete de determinare a sănătății și bolii în situații specifice, de contextele sociopolitice particulare, și să ia în considerare resursele disponibile, parteneriatele care sunt posibile, disponibilitatea pentru implementarea politicilor (WHO 2010).

Modelul propus de către Organizația Mondială a Sănătății utilizează două tipuri de factori determinanți ai sănătății: structurali (elementele de context și sistemul de stratificare socială) și intermediari (condițiile materiale, circumstanțele psihosociale, factorii comportamentali și biologici, la care se adaugă sistemul de sănătate). Termenii de *structural* și *intermediar* se referă la ordinea în care acești factori își exercită influența asupra sănătății. În acest articol utilizăm termenii de *structural* și *individual*, având ca referință nivelul la care se produce cauzalitatea (Figura 1). Astfel, factorii structurali sunt cei care țin de context, la care se adaugă sistemul de sănătate, aceștia fiind exteriori individului. Factorii individuali includ condițiile materiale, circumstanțele psiho-sociale, factorii comportamentali și biologici, precum și poziția socioeconomică, toate acestea definind persoana și fiind măsurate la nivel individual.



Sursa: adaptare a modelului Organizației Mondiale a Sănătății (WHO 2010, 2014).

Figura 1. Determinanți structurali și individuali ai sănătății și inegalităților în starea de sănătate.

## FACTORII STRUCTURALI AI DETERMINĂRII SĂNĂTĂȚII

### Contextul global

La nivel global există o serie de mecanisme care pot influența starea de sănătate: acordurile internaționale de comerț în care România este partener, organizarea marilor firme farmaceutice, companiile multinaționale, disponibilitatea pe piața globală a tehnologiei medicale și a medicamentelor și chiar fenomene globale de genul schimbărilor climatice. Criza economică recentă, de exemplu, a produs rezultate negative vizibile în starea de sănătate în diferite țări europene afectate (WHO 2014).

În cazul României, elemente cum sunt factorii economici și sociali globali, cadrele legislative internaționale, instituțiile globale în domeniul sănătății pot fi influențate, probabil, într-o foarte mică măsură de la nivel național. Este, însă, posibilă o mai bună coordonare și o mai bună relaționare cu strategiile și politicile europene de sănătate și cele din alte domenii, relații îmbunătățite cu instituțiile internaționale, o creștere a capacității de negociere cu companiile farmaceutice, o mai bună planificare a achizițiilor de medicamente și tehnologie medicală. Din acest punct de vedere, este nevoie de o creștere a capacității manageriale la nivelul instituțiilor centrale în domeniul sănătății. Ultimii ani au fost marcați de probleme (inclusiv de organizare) în asigurarea bunurilor medicale (medicamente, vaccinuri, tehnologie adecvată) care sunt achiziționate pe piața globală. Acțiunile la nivel național în relație cu contextul global afectează astfel direct și indirect starea de sănătate a populației din România.

### Contextul socioeconomic și politic

Contextele macro, prin instituțiile și procesele economice, sociale și politice care definesc tipul de societate structurează condițiile majore care definesc viața la nivel individual și, implicit, sănătatea oamenilor. Aceste condiții macro sunt reprezentate de tipul (procesul) de guvernare, piața forței de muncă, sistemul de educație, instituțiile politice, valorile și normele sociale și toate contribuie la stratificarea socială specifică unei societăți. Ele generează „ierarhiile de putere, prestigiu și acces la resurse” (WHO 2010, 5)

vizibile la nivel individual în statusul socioeconomic (prin intermediul educației, venitului, ocupației etc.). Astfel, condițiile macro și sistemul specific de stratificare socială creează mecanismele structurale care influențează starea de sănătate și distribuția acesteia în populație.

***Guvernarea în general și guvernarea pentru sănătate în particular.***

„Guvernele sunt responsabile de crearea condițiilor care permit indivizilor să atingă cea mai bună stare de sănătate pe care o pot avea” (WHO 2014, 8). Sistemul de guvernare cuprinde reguli, mecanisme de implementare, organizații și se referă la modul în care sunt dezvoltate politicile, în care sunt distribuite resursele, precum și la mecanismele de responsabilizare a guvernelor, iar dimensiunile guvernării includ participarea și răspunderea, stabilitatea politică și absența violenței/terrorismului, eficacitatea guvernării, calitatea reglementărilor, statul de drept și controlul corupției (Kaufmann și alții 2010). Deși scopul nostru nu este o discuție în detaliu a acestor dimensiuni în România, este important să subliniem faptul că acești factori de context sunt esențiali atât pentru modul de organizare a sistemului de sănătate, cât și pentru starea de sănătate a populației. De exemplu, corupția din sănătate este o manifestare la nivelul sistemului a modului în care guvernarea se realizează în România.

Sistemul de guvernare la diferite niveluri (național, regional și local) și în toate sectoarele (public, privat, ONG) este cel care poate adopta o abordare orientată către sănătate bazată pe determinanții sociali ai acesteia, care să își propună îmbunătățirea stării de sănătate a populației și reducerea inegalităților existente în starea de sănătate. *Guvernarea pentru sănătate și bunăstare* recomandată de către WHO se referă la politici, finanțare, decizii orientate către îmbunătățirea stării de sănătate la toate nivelele guvernării și societății, într-o abordare generală orientată de considerarea sănătății ca un „drept al oamenilor, un bun public, o componentă a bunăstării și o problemă de justiție socială” (WHO 2014, 124).

În mod obișnuit, buna guvernare și guvernarea pentru sănătate sunt extinse și către mediul privat și ONG, dincolo de ceea ce poate face guvernul la toate nivelele. În România însă, dezvoltarea insuficientă și dezechilibrată a societății civile, participarea politică și socială limitată a oamenilor, creșterea sectorului medical privat la care numai o mică parte din populație are acces, toate acestea contribuie la plasarea unui rol extrem de important la nivel guvernamental în abordarea sănătății și inegalităților în sănătate.

Multe responsabilități ale guvernării, cu implicații pentru sănătate (calitatea mediului, locuire, apă și curățenie, siguranța vecinătății), au fost descentralizate la nivel local, în timp ce sănătatea rămâne în cea mai mare parte organizată central, ceea ce face necesară, în concepția Organizației Mondiale a Sănătății, integrarea sănătății în politicile de la nivel regional și local.

O serie de condiții sunt necesare în acest domeniu pentru elaborarea unor strategii la nivel național care să țină seama de determinanții sociali ai sănătății: voință și implicare politică la nivel național și local, mecanisme de responsabilizare (accountability) transparente și bazate pe împuternicire, echitate în toate politicile, mecanisme de motivare și recompensare, disponibilitate instituțională, colaborare și acțiune din partea tuturor celor implicați, abordare bazată pe drepturi, implicarea comunităților cu accent pe capacități și resurse, parteneriate intersectoriale care să lucreze în interiorul sistemelor de management și performanță (WHO 2014).

Direcțiile de acțiune specifice propuse de către Organizația Mondială a Sănătății, cu relevanță în domeniul guvernării la nivel național, se referă la elementele care pot asigura succesul strategiilor de intervenție în sănătate: dezvoltarea parteneriatelor la toate nivelurile guvernamentale care să faciliteze modelele de lucru bazate pe cooperare, să facă posibilă stabilirea priorităților de comun acord între sectoare, să includă mecanisme de responsabilizare în sensul asigurării echității în sănătate. De asemenea, este necesar să se asigure coerența acțiunilor intersectorial și printre actorii implicați pentru a obține rezultate semnificative în îmbunătățirea stării de sănătate și ținerea inegalităților. În acest sens sunt importante investiția pe termen lung și sustenabilitatea acțiunilor. Este important ca diferitele nevoi, perspective și drepturi ale grupurilor vulnerabile să fie incluse în procesele de luare a deciziei prin mecanisme de participare și consultare.

În general, în România, reformele din sănătate de până acum nu s-au asigurat de sprijinul tuturor actorilor implicați și, de cele mai multe ori, nu au inclus grupurile vulnerabile. Asumarea politică a reformelor pe durata unui mandat, fără sprijinul celor implicați, a condus până acum la eșecul sau îndeplinirea parțială a acestora. Strategia 2020 în domeniul sănătății nu a fost implementată, în ciuda faptului că a fost riguros elaborată și a fost conectată cu strategiile europene.

***Politicile: macroeconomice, în sănătate, educație, de protecție socială.***

Politicile macroeconomice și structurile pieței pe care acestea se bazează, politicile în domeniul ocupării, locuirii, educației, sănătății (inclusiv apă și curățenie), sistemul de protecție socială produc efecte importante în starea de sănătate a populației.

Politicile publice sunt rezultatul sistemului politic, al modului în care puterea și ideologia se împletesc pentru a determina în cele din urmă starea de sănătate a oamenilor (Bambra și alții 2005). Organizarea sistemului de sănătate și accesul la bunuri și servicii medicale, politicile de ocupare (prietenoase pentru familie sau nu, bazate predominant pe măsuri active sau pasive), sistemul de educație și șansele de acces la educație, sistemul de protecție socială și măsura în care oferă plase de siguranță adecvate categoriilor vulnerabile, toate sunt rezultatul unor decizii de politici publice ce au efecte asupra sănătății oamenilor.

Aceste aspecte, care țin de context, determină în mare măsură sistemul de stratificare în societate, distribuția resurselor materiale, a puterii și prestigiului și, în ultimă instanță, distribuția sănătății și a bolii. Rezultatele de cercetare au arătat că variabile care țin de sistemul politic și de tipul de stat al bunăstării influențează starea de sănătate a populației. Astfel, în țările cu state ale bunăstării social-democrate cu sisteme publice de sănătate bine dezvoltate și politici sociale generoase, starea de sănătate este semnificativ mai bună (indicatori cum sunt mortalitatea infantilă și greutatea mică la naștere înregistrând valori scăzute), comparativ cu alte tipuri de state ale bunăstării (Chung și Muntaner 2006).

Evident, politicile de sănătate sunt o variabilă esențială de context, cu impact asupra stării de sănătate. În România este necesară o politică de sănătate gândită pe termen lung, cu accent pe echitate, care să încorporeze mecanisme de monitorizare și evaluare, care să prioritizeze direcțiile de dezvoltare și investițiile în resurse, o politică deschisă către participarea și feedback-ul tuturor actorilor importanți, inclusiv pacienții.

Reforme succesive ale politicilor începând din anii '90 nu și-au atins obiectivele și încă este nevoie de strategii și regularizare comprehensivă în multe aspecte ale îngrijirii sănătății, în timp ce stabilitatea financiară constituie încă o problemă majoră (Vlădescu și alții 2016). Mai mult decât atât, sănătatea a fost subfinanțată pe tot parcursul tranziției, iar această tendință continuă în

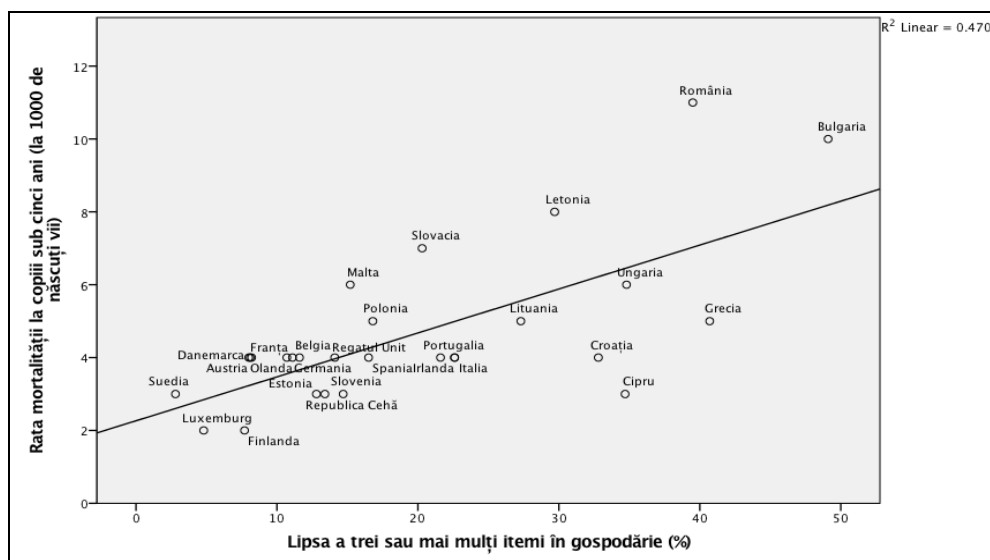
prezent, în ciuda nevoilor de creștere a cheltuielilor la nivelul mediu al UE. Aceasta ar trebui făcută concomitent cu o alocare echitabilă și o atenție sporită acordată colectării primelor obligatorii de asigurare socială de sănătate (Tomescu, în acest volum).

Cheltuielile cu sănătatea și starea de sănătate a populației sunt relaționate, iar rezultatele diverselor studii arată că o creștere a sumelor alocate pentru sănătate este semnificativ asociată cu o îmbunătățire a stării de sănătate vizibilă în nivelurile reduse ale mortalității infantile și într-o speranță de viață crescută (Nixon și Ullmann 2006; Crémieux și alții 1999).

În contextul politicilor, o stare de sănătate bună a populației poate fi atinsă prin educație, locuire, ocupare, politici de redistribuire, asistență socială, iar circumstanțele sociale ale categoriilor defavorizate ar trebui ținute cu precădere. Politicile de sănătate ar trebui corelate cu cele din alte domenii, educația și ocuparea fiind esențiale. Dată fiind determinarea multiplă a stării de sănătate, aceasta ar trebui abordată în mod comprehensiv.

De exemplu, este binecunoscut faptul că sărăcia și mortalitatea copilului sunt puternic relaționate (Singh și Kogan 2007) (Figura 2). O copilărie petrecută în sărăcie presupune de multe ori o dietă deficitară, probleme de dezvoltare fizică, psihică și emoțională, cognitivă și de limbaj, toate acestea reprezentând provocări pentru starea de sănătate pe durata întregii vieți. România are cea mai înaltă rată a sărăciei copilului din UE, iar o îmbunătățire a stării de sănătate a populației nu poate fi realizată fără măsuri care să țină seama de această problemă. Astfel, un sistem universal și de bună calitate de educație și îngrijire a copilului pentru primii ani de viață este considerat un element esențial care poate atenua atât inegalitățile în educație și cât și efectele sărăciei (WHO 2014). Asigurarea accesului la un astfel de sistem pentru toate categoriile și acordând atenție specială grupurilor vulnerabile ar trebui să constituie o prioritate în condițiile existenței în România a unor inegalități importante în accesul la educație (Neagu, în acest volum). Politicile de sănătate, educație și redistribuire ar trebui gândite trans-sectorial, ținând cont de particularitățile contextului social de azi al României. Extinderea rolului educațional al școlilor către responsabilități sociale s-a făcut deja prin programele de „școală după școală”, prin programul „cornul și laptele”, iar la momentul actual, programele care își propun o masă caldă în școli pot contribui atât la menținerea în școală a copiilor din medii defavorizate, cât și

la asigurarea unei nutriții adecvate copiilor în general. O concentrare pe servicii cu acces universal ar trebui să reprezinte alternativa la inițiativele actuale, parțiale și de termen scurt.



Sursa: Banca Mondială, 2016 (World Development Indicators, 2016) pentru rata mortalității copiilor sub cinci ani la 1 000 de născuți vii. Eurostat 2016 (EU-SILC) pentru deprivarea materială, lipsa a trei sau mai mulți itemi în gospodărie din 9 itemi posibili în procente.

Figura 2. Rata mortalității la copiii sub 5 ani (la 1000 de născuți vii) și deprivarea materială în anul 2015 în statele UE28.

Politicile de ocupare ar trebui, de asemenea, să încorporeze principii care să protejeze sănătatea oamenilor și să fie concepute în relație cu cele de sănătate, educaționale și de protecție socială, având în vedere o perspectivă a cursului vieții. Recomandările Organizației Mondiale a Sănătății (WHO 2014) includ politici de ocupare prietenoase pentru familie, cu contracte sigure ce permit ore flexibile, combinate cu servicii accesibile pentru copii ce pot contribui la echilibrul muncă – viață de familie și asigurarea unui început bun pentru copii și adolescenți. Asigurarea unei educații echitabile și sprijinul acordat tinerilor pentru dezvoltarea abilităților de muncă și viață și apoi la integrarea pe piața forței de muncă completează elementele cheie din perspectiva ciclului vieții.

La nivelul specific al politicilor de ocupare, dată fiind vulnerabilitatea rezultată din condițiile de muncă în România, este esențială o concentrare pe îmbunătățirea condițiilor de muncă prin reducerea riscurilor la care sunt expuși angajații. Aceasta deoarece în țara noastră, existența unei economii informale importante care nu protejează formal lucrătorii față de riscurile pentru sănătate, condițiile de muncă de o calitate mai slabă comparativ cu alte țări din UE (Ilie și Preoteasa, în acest volum) se constituie în circumstanțe negative pentru starea de sănătate.

În sfârșit, politicile de protecție socială ar trebui să țină cont de nevoia de a îmbunătăți starea de sănătate și de a micșora gradientul social în sănătate. În societățile în care inegalitatea de venit este ridicată, așa cum este și cazul României, starea de sănătate a populației este mai nefavorabilă (Wilkinson și Pickett 2006). Inegalitățile sociale mari afectează coeziunea socială și determină slăbirea relațiilor sociale care, la rândul lor, influențează negativ starea de sănătate. O creștere a cheltuielilor sociale cu accent pe îmbunătățirea situației populației vulnerabile este absolut necesară în România, dat fiind faptul că potențialul de îmbunătățire a sănătății populației acționând asupra inegalității de venit este mai mare în societățile mai puțin dezvoltate economic (Pop și alții 2012).

Atenția specială acordată grupurilor vulnerabile este justificată de situația lor de sănătate nefavorabilă comparativ cu cea a altor grupuri și de faptul că au mai puține mijloace de a se face auzite. În plus, România se află în situația în care, pe parcursul tranziției și în special în ultima decadă, a crescut oferta de servicii medicale private, iar domeniul analizelor medicale (componenta de bază a diagnosticării) a fost în cea mai mare parte subcontractat serviciilor private. Acolo unde capacitatea și mecanismele de guvernare, reglementarea și implementarea sunt slabe, „furnizorii de servicii nu sunt ghidați de nevoi, ci de cei care pot plăti” (WHO 2014, 127). Ca urmare, costurile pentru asistența medicală primară cresc, iar accesul la servicii este ghidat de criterii de profit (Braveman și Tarimo 2002). La nivel individual, efectele sunt vizibile în faptul că persoanele cu resurse limitate sunt afectate de costurile medicale în mai mare măsură decât cele care dispun de resurse și sunt nevoite să amâne diagnosticarea și tratamentul cu consecințe pe termen lung pentru starea lor de sănătate. La nivel societal, consecințele se văd în creșterea costurilor prin faptul că sistemul de sănătate este nevoit să aloce resurse mai mari pentru

tratarea cazurilor grave, dar și în afectarea capitalului uman cu potențial în dezvoltare. Insuficienta atenție acordată grupurilor vulnerabile în înțelegerea și explicarea factorilor sociali contextuali care le determină starea precară de sănătate, dar și în designul politicilor poate conduce la intervenții care nu au impactul scontat.

Abordarea transsectorială este esențială în ținerea problemelor de sănătate. De exemplu, sarcina la adolescente nu poate fi rezolvată prin oferirea de mijloace contraceptive, ci trebuie tratată dintr-o perspectivă socială mai largă. Ținerea acestei probleme implică o cunoaștere exactă a fenomenului și apoi eforturi de prevenire la nivelul întregii populații și o concentrare pe populația aflată în risc. Educația sexuală este numai o fațetă a fenomenului, ea trebuie integrată într-o abordare mai largă, a educației pentru sănătate, care presupune colaborarea între specialiștii în educație, în sănătate, a societății civile și crearea unui consens în ceea ce privește conținutul. Acesta ar trebui să urmărească o corelare cu comportamentele sănătoase în general (igienă, nutriție, activitate fizică, fumat, alcool) și prioritizarea sănătății în strategiile de viață ale copiilor și adolescenților. Un astfel de demers ar trebui riguros planificat și ar trebui să includă formarea de specialiști, programe speciale în școli, integrarea unor metode moderne. Ignorarea problemei sau tratarea ei parțială conduce la consecințe pentru sănătatea în ciclul vieții pentru populația afectată.

***Cultură și valori sociale.*** Considerarea sănătății ca o valoare importantă la nivel societal și individual este o componentă esențială a culturii fiecărei societăți, a sistemului de valori al acesteia.

Valoarea socială atribuită sănătății într-o societate este vizibilă în politicile de sănătate, în modul în care acestea sunt elaborate și implementate, în cheltuielile publice cu sănătatea, în modul în care este asigurat accesul la sănătate, în felul în care sunt tratate categoriile defavorizate. În societățile în care prevalează valorile colectiviste, responsabilitatea este plasată în mare măsură la nivelul statului în finanțarea și organizarea serviciilor, pe când în societățile mai degrabă individualiste, sănătatea și boala sunt considerate chestiuni private (Solar și alții 2005). La nivel individual, valoarea acordată sănătății este observabilă în comportamentele sănătoase: înclinația de a face sport, opțiunea pentru o dietă sănătoasă, consum redus de alcool etc.

De remarcat este faptul că valorile sociale influențează, la rândul lor, deciziile în politicile publice, astfel încât deciziile de alocare a resurselor reflectă valorile dominante în societate (Littlejohns și alții 2012).

Pe parcursul tranziției, în România sănătatea (alături de educație) a fost, mai degrabă, tratată marginal. Departea de a fi considerată o prioritate pe agenda publică, sănătatea a fost în mod constant subfinanțată, în timp ce sistemul a fost reformat fără o viziune bine definită și neglijat în aspectele sale la nivel regional și comunitar. Reformarea sistemului și creșterea sistemului privat au lăsat, în mod firesc, loc valorilor individualiste, iar responsabilitatea sănătății a căzut în mai mare măsură în sarcina individului comparativ cu perioada comunistă. Pentru categoriile vulnerabile, însă, care trăiesc în sărăcie și deprivare materială, cu educație scăzută, fără ocupare, sănătatea nu poate fi lăsată în responsabilitatea individuală, date fiind constrângerile acestor categorii. O stare de sănătate bună a întregii populații și diminuarea inegalităților existente în sănătate pot rezulta, mai degrabă, prin „politici sociale egalitare, inclusiv servicii medicale publice” (Chung și Muntaner 2006).

Prioritizarea sănătății în strategiile de dezvoltare și adoptarea ideii de sănătate pentru întreaga societate este însă, posibilă și poate constitui un vector care poate atrage alte domenii în dezvoltare: educație, ocupare, locuire. Strategia națională pentru sănătate 2020 având subtilul *Sănătate pentru prosperitate* încorporează în principiu ideea de sănătate ca o componentă importantă a bunăstării, însă asumarea sănătății ca un obiectiv central al dezvoltării trebuie să se facă la toate nivelele guvernării. Sănătatea poate fi un principiu structurant al acțiunii sociale. De exemplu, dacă deciziile de dezvoltare economică încorporează această idee, atunci investițiile care au potențialul de a afecta sănătatea oamenilor (producând poluare, oferind condiții de muncă de calitate slabă, de exemplu) ar fi chestionate, îmbunătățite sau chiar anulate.

### **Sistemul medical și accesul la servicii medicale**

Sistemul de sănătate este un factor determinant al sănătății prin problemele relaționate cu accesul populației la servicii și bunuri medicale, dar și prin acțiunile intersectoriale.

Scopul nostru, aici, nu este o analiză a sistemului de sănătate. Considerăm că sistemul de sănătate din România are nevoie de o analiză organizațională care să reprezinte baza unei reforme substanțiale asumată la nivelul întregii societăți și cu implicarea tuturor actorilor politici și a celor din domeniul sănătății. În lipsa unui studiu riguros, analiza indicatorilor dispași conduce la decizii fragmentate, contradictorii, neasumate, neimplementate, așa cum s-a întâmplat pe parcursul tranziției. Reforma și stabilitatea sistemului pe termen lung în scopul îmbunătățirii stării de sănătate a populației, realizate cât mai curând, ar trebui să reprezinte o prioritate pentru România.

Accesul la serviciile medicale este problematic și marcat de inegalități pe medii de rezidență, la nivel teritorial și între diferite grupuri sociale. Acoperirea populației prin sistemul asigurărilor de sănătate, măsurată prin ponderea asiguraților/persoanelor beneficiare ale pachetelor de servicii medicale înscrise pe listele medicilor de familie, a fost, în anul 2016, de 77,7%, cu 85,8% în urban și 65,6% în rural (CNAS 2017). Există categorii de populație care au un risc crescut de a rămâne în afara acoperirii în sistemul asigurărilor de sănătate: persoanele care lucrează fără contract, persoanele sărace din mediul rural care nu se califică pentru venitul minim garantat, lucrătorii în agricultura de subzistență, o parte din populația roma. Studiile demonstrează că cele mai vulnerabile categorii sunt săracii, persoanele de peste 60 de ani din mediul rural și o parte din populația roma (Banca Mondială 2011). Eforturile trebuie să se concentreze în direcția asigurării accesului universal la servicii medicale. Adoptarea legii asistenței medicale comunitare, în octombrie 2016, are ca scop creșterea accesului la asistență medicală a grupurilor vulnerabile și a populației din mediul rural.

Între statele europene, România ocupă penultima poziție, în anul 2014, în ceea ce privește procentul populației acoperite de asigurare medicală (publică și privată). Cea mai mare parte a statelor europene au peste 99% din populație asigurată pentru serviciile medicale de bază, doar în Bulgaria (88,2%), Grecia (86%), România (86%) și Cipru (83%), acoperirea cu asigurări medicale coboară sub 90% (OECD 2016).

În România, acoperirea cu furnizori de servicii medicale este deficitară și arată, de asemenea, disparități la nivel teritorial și în funcție de mediul de rezidență. Astfel, în ceea ce privește densitatea medicilor, regiunile mai dezvoltate București-Ilfov și Nord-Vest au un număr de medici de până la

4 ori mai mare decât regiunile mai sărace cum sunt Sud-Est și Sud Muntenia (Eurostat 2016). Numărul locuitorilor ce revin unui medic în rural era, în 2011, de șapte ori mai mare decât în urban (Comisia Europeană 2015) și există, de asemenea, localități fără asistentă medicală primară, cele mai multe aflate în zone rurale izolate și dezavantajate.

În condițiile emigrării medicilor, dar și a asistenților medicali, precum și mutării lor către sectorul privat, sistemul public de sănătate românesc duce o lipsă acută pe personal medical, acesta fiind mult sub necesar. România este a doua țară, după Polonia, cu cel mai mic număr de medici practicanți la 1 000 de persoane, respectiv 2,7, mult sub media UE28 (3,5) (OECD 2016). Migrația medicilor în străinătate, precum și a altor cadre medicale, reprezintă un fenomen caracteristic în ultimii ani pentru România, cu efecte importante asupra actului medical și asupra accesului la servicii medicale. Colegiul Medicilor din România (2015) considera că numărul medicilor care lucrează în spitale este la jumătate din personalul necesar (13 521 de medici existenți, la 26 000 de medici necesari).

Între statele europene, România are un sistem medical centrat încă pe serviciile medicale acordate în mediul spitalicesc, lucru pus în evidență atât de proporția mare de cheltuieli care sunt destinate spitalelor, cât și de numărul mare de paturi de spital în context european (6,7 paturi de spital la 1 000 de persoane, față de 5,2 media europeană în 2014) (OECD 2016).

Între statele UE, România se situează pe locul 4 în ceea ce privește nevoile nesatisfăcute de asistență medicală. În 2014, 9,3% au indicat nesatisfacerea nevoii de asistență medicală din cauza costurilor/distanței/ listelor de așteptare. În România, costurile prea ridicate contribuie într-o mai mare măsură la nesatisfacerea nevoilor de asistență medicală pentru cei din prima quintilă de venit (12,9%) față de cei din ultima quintilă de venit (3,7%) (Eurostat 2016).

Plățile informale influențează accesibilitatea, eficiența și calitatea sistemului medical. Ele au devenit o normă dominantă în sistemul public de sănătate din România. Aceste plăți contribuie la inegalitățile în starea de sănătate, deoarece persoanele cu statut socioeconomic mai înalt sunt cele își permit plățile informale și, cel mai probabil, beneficiază de atenție crescută, timp de așteptare scăzut și tratament de calitate mai înaltă.

Procesul de îmbătrânire demografică va conduce la creștere proporției populației de peste 65 de ani și a celei de peste 80 de ani, așadar va crește

povara bolilor cronice în populație, precum și nevoile de îngrijire pe termen lung. În acest context, România are nevoie să dezvolte și să aloce resurse mai mari pentru un sistem de îngrijire pe termen lung, care în acest moment este slab finanțat și dezvoltat, dar și să creeze o varietate de servicii care să răspundă atât nevoilor medicale cât și celor sociale.

## FACTORI INDIVIDUALI AI DETERMINĂRII SĂNĂTĂȚII

### **Poziția socioeconomică.**

#### **Inegalități în starea de sănătate**

Contextele macro, așa cum am arătat mai sus, modelează prin procese și instituții specifice, distribuția sănătății și a bolii în populație. În general, persoanele cu status socioeconomic scăzut au o stare de sănătate mai nefavorabilă în comparație cu cele cu status ridicat. Astfel, poziția socială a indivizilor este asociată cu condiții de viață specifice, anumite comportamente, factori psihosociali care determină o stare de sănătate nefavorabilă.

Aceste diferențieri în starea de sănătate în funcție de statutul social sunt prezente în toate țările, indiferent de gradul lor dezvoltare, dar magnitudinea diferențelor variază de la țară la țară (Mackenbach 2012). În România, există inegalități importante în starea de sănătate în funcție de statusul socioeconomic și ele sunt mai accentuate decât în țările dezvoltate: persoanele cu un status socioeconomic scăzut (o stare materială precară, cu educație scăzută, aflate în rural, fără ocupație) declară o stare de sănătate semnificativ mai nefavorabilă comparativ cu cele cu un status ridicat (Precupețu și Pop 2016; Iacobuță și alții 2015).

Venitul permite accesul la resurse materiale (locuință, bunuri de folosință îndelungată, alimente etc) și servicii (de sănătate, transport, educație, timp liber), dar facilitează și stima de sine, participarea socială și relațiile interpersonale (Marmot 2002). Mai mult, conform aceluiași autor, în societățile în care sistemele de sănătate publice furnizează puține bunuri și servicii, venitul individual devine mult mai important în protejarea stării de sănătate, diferențiind puternic oamenii în ceea ce privește starea de sănătate.

Tabelul 1

Starea de sănătate (autoevaluare) în România și țările UE15 (%)

|                    |                            | România                          |                           | UE15                             |                           |
|--------------------|----------------------------|----------------------------------|---------------------------|----------------------------------|---------------------------|
|                    |                            | Foarte bună, bună și acceptabilă | Proastă și foarte proastă | Foarte bună, bună și acceptabilă | Proastă și foarte proastă |
| Venit              | Prima cuartilă             | 73%                              | 27%                       | 85%                              | 15%                       |
|                    | Ultima cuartilă            | 92%                              | 8%                        | 96%                              | 4%                        |
| Statut ocupațional | Ocupat(ă)                  | 96%                              | 4%                        | 98%                              | 2%                        |
|                    | Pensionar(ă)               | 57%                              | 43%                       | 85%                              | 15%                       |
|                    | Casnic(ă)                  | 86%                              | 15%                       | 92%                              | 8%                        |
|                    | Altă situație              | 95%                              | 5%                        | 88%                              | 13%                       |
| Nivel de educație  | Nivel primar sau mai puțin | 41%                              | 59%                       | 83%                              | 17%                       |
|                    | Nivel secundar             | 85%                              | 15%                       | 92%                              | 8%                        |
|                    | Nivel terțiar              | 97%                              | 3%                        | 95%                              | 5%                        |
| Gen                | Bărbat                     | 88%                              | 12%                       | 93%                              | 7%                        |
|                    | Femeie                     | 78%                              | 22%                       | 91%                              | 9%                        |
| Rezidență          | Urban                      | 89%                              | 11%                       | 92%                              | 8%                        |
|                    | Rural                      | 78%                              | 22%                       | 92%                              | 8%                        |

Sursa: EQLS 2011–2012, calculele autorilor. Q42: În general, ați spune că starea dvs. de sănătate este: 1. Foarte bună; 2. Bună; 3. Acceptabilă; 4. Proastă; 5. Foarte proastă.

Testul hi pătrat (chi square) a pus în evidență că asocierile dintre variabilele prezentate mai sus sunt semnificative la o probabilitate  $p < 0,001$ , excepție făcând asocierea dintre evaluarea stării de sănătate și mediul de rezidență în UE15.

Evaluarea sănătății și quartilele de venit:  $\chi^2(3, N = 1287) = 47,24$  (România);  $\chi^2(3, N = 16120) = 421,74$  (UE15); Evaluarea sănătății și statutul ocupațional:  $\chi^2(3, N = 1539) = 311,84$  (România);  $\chi^2(3, N = 21496) = 930,44$  (UE15); Evaluarea sănătății și educație:  $\chi^2(3, N = 1539) = 231,11$  (România);  $\chi^2(3, N = 21347) = 347,69$  (UE15); Evaluarea sănătății și gen:  $\chi^2(1, N = 1540) = 27,31$  (România);  $\chi^2(1, N = 21496) = 10,32$  (UE15); Evaluarea sănătății și mediul de rezidență:  $\chi^2(1, N = 1537) = 32,16$  (România);  $\chi^2(1, N = 21461) = 0,78$  la o  $p > 0,05$  (UE15).

Rezultatele de cercetare arată în mod sistematic că persoanele cu educație înaltă au o stare de sănătate mai bună comparativ cu cele cu educație scăzută. Acest lucru este explicabil prin faptul că un nivel de educație mai înalt corelează cu condiții economice și de muncă mai bune, cu resurse sociale și psihologice mai bogate și cu stiluri de viață sănătoase (Ross și Wu 1995). Astfel, în comparație cu persoanele cu educație scăzută, cele cu educație înaltă au venituri care le permit un standard de viață bun, care le protejează în situații de boală, au un risc mai mic de șomaj și condiții de muncă de calitate care nu le expun riscurilor fizice, beneficiază de suport

social și au un control mai bun asupra propriei vieți, fiind în mai mare măsură înclinate să apeleze la controale periodice, să facă sport și să opteze pentru o dietă sănătoasă.

Ocupația are un efect important asupra stării de sănătate prin venitul pe care îl furnizează, prin poziția de prestigiu asociată, prin condițiile concrete de lucru. Ocupațiile manuale sunt asociate în mai mare măsură cu depresia, diabetul, boli ale inimii, artrită, dureri musculare, dureri de cap în comparație cu cele non-manuale (Volkers și alții 2007).

Venitul, ocupația și educația au un efect combinat asupra sănătății.

Genul și etnia produc, de asemenea, variații în starea de sănătate. Diferențele între bărbați și femei sunt vizibile în speranța de viață, în ratele de mortalitate, în modelele diferite de mortalitate și morbiditate. Ele sunt explicate prin factori biologici de natură reproductivă, genetică, hormonală, metabolică, însă există și mecanisme sociale care influențează în mod diferit sănătatea femeilor și a bărbaților.

Astfel, femeile sunt mai vulnerabile în fața sărăciei prin gradul de ocupare mai scăzut și veniturile mai mici, fiind posibil să aibă un acces la mai scăzut servicii. Literatura explică acest model (Doyal 2001) prin faptul că ele sunt expuse riscurilor mai ales în perioada reproductivă și, fiind cele care au responsabilități domestice importante, suportă o presiune importantă în cazul în care combină serviciul cu responsabilitățile domestice, cu sarcina și creșterea copiilor. Pe de altă parte, bărbații sunt expuși în mai mare măsură riscurilor de natură fizică în ocupațiile manuale și dezvoltă de multe ori comportamente riscante (fumează, consumă alcool, conduc periculos), astfel încât probabilitatea de a suferi de boli de inimă crește, iar mortalitatea datorată bolilor cardiovasculare este mai mare decât în cazul femeilor.

În funcție de societate, apartenența la o anumită rasă/etnie marginalizată poate avea efecte negative în starea de sănătate prin influențele asupra oportunităților în cursul vieții. În cazul Roma, de exemplu, excluziunea economică, socială, politică și culturală, discriminarea au condus la inechități în sănătate și bunăstare (WHO 2010) în comparație cu populația majoritară. Studiile (EC, 2014) arată valori problematice ale indicatorilor de sănătate pentru populația Roma: o speranță de viață mai mică cu până la 10 ani față de majoritate, o mortalitate și o mortalitate infantilă mai înaltă, o rată mai mare a bolilor infecțioase, iar accesul la serviciile de sănătate este semnificativ mai scăzut comparativ cu restul populației. Situația este relaționată cu

circumstanțele de viață: venituri scăzute, condiții improprii de locuire, ocupare precară, dar și cu percepția sănătății și comportamentele de sănătate.

Un alt element important care definește poziția socioeconomică este, în cazul României, rezidența urban/rural. Rezidența influențează poziția indivizilor și grupurilor în structura socială și face parte dintre factorii relaționați în mod sistematic cu „expuneri, resurse și susceptibilități care afectează sănătatea” (Galobardes și alții 2006). Influența mediului de rezidență asupra stării percepute de sănătate este vizibilă atât la nivel perceptual (Precupețu și alții 2013) cât și în speranța de viață, mortalitate și morbiditate. Circumstanțele României în care ruralul este mai puțin dezvoltat decât urbanul, cu o populație cu un nivel de instrucție și un grad de ocupare salarială mai scăzute, cu servicii medicale de asistență medical primară care nu sunt asigurate în mod uniform la nivel local conduc la o situație problematică a sănătății oamenilor comparativ cu mediul urban.

### **Factorii materiali, comportamentali și psihosociali**

Dincolo de factorii contextuali structurali, o serie de factori sociali intermediari care acționează la nivel individual se întrepătrund pentru a determina starea de sănătate. Ei rezultă din condițiile particulare ale fiecărei societăți și includ condițiile materiale de viață, elemente de natură psihosocială, factori comportamentali și biologici. În cele ce urmează, vom insista asupra condițiilor materiale și asupra factorilor comportamentali.

**Condițiile de trai** oferă elementele de bază pentru o viață sănătoasă: locuire, posibilitatea unui consum adecvat cerințelor (alimente, haine etc.), posibilitatea accesului la servicii medicale de calitate.

În România, o serie de elemente care țin de mediul fizic și de locuire pot reprezenta riscuri pentru sănătate: accesul redus la infrastructura de utilități de apă și canalizare, starea precară a locuințelor din punctul de vedere al dotărilor, existența imobilelor cu grad I de risc seismic, deprivarea severă de locuire<sup>4</sup> și imposibilitatea pentru o parte a populației de a-și asigura temperatura adecvată în casă, calitatea slabă a mediului fizic din vecinătatea

---

<sup>4</sup> Rata de deprivare severă de locuire reprezintă procentul populației afectate de supra-aglomerare și în același timp de cel puțin una dintre următoarele trei probleme: 1. Scurgeri în tavan, umezeală în pereți, podele sau în temelii, sau putregai în cadrele ferestrelor sau în podele; 2. Lipsa unei băi, a unui duș sau a unei toalete în interiorul locuinței; 3. Locuință prea întunecată.

locuințelor, costurile mari asociate cu locuirea (Briciu, în acest volum). Foarte multe dintre aceste riscuri apar cu precădere pentru populația săracă și pentru cea care trăiește în vecinătatea pragului sărăciei, precum și pentru populația din mediul rural.

Posibilitatea de a procura alimente sănătoase reprezintă, de asemenea, un factor esențial pentru sănătatea în cursul vieții. Aceasta ține atât de nivelul veniturilor, cât și de oferta existentă la nivel local.

**Factorii comportamentali** se referă la alimentație, fumat, consum de alcool și exercițiu fizic.

Nutriția adecvată în ciclul vieții începând cu nutriția mamei în timpul sarcinii și alăptarea și continuând cu o dietă adecvată fiecărei vârste, bazată pe alimente sănătoase, reprezintă un vector principal în asigurarea stării de sănătate.

Oferta de alimente disponibilă în România este importantă și diversificată: deși fructele și legumele sunt disponibile și în afara sezonului, iar alimentele bio au devenit în mai mare măsură prezente, la fel de prezente sunt și cele care reprezintă riscuri pentru sănătate (procesate, produse cu concentrație mare de sare, zahăr, a băuturilor carbogazoase etc.). Costurile mai mari ale alimentelor sănătoase, lipsa educației în domeniul nutriției, disponibilitatea scăzută a unor alimente în mediul rural afectează mai ales populația vulnerabilă, cu mijloace precare.

În general, existența în școli a chioșcurilor care vând alimente nerecomandate minorilor, în ciuda legislației<sup>5</sup> care interzice lucru, lipsa infrastructurii pentru asigurarea unei mese calde în școli, lipsa preocupărilor susținute și pe termen lung de promovare a alimentației sănătoase (care poate contracara într-o anumită măsură promovarea agresivă prin intermediul publicității a produselor cu concentrație mare de sare, zahăr, a băuturilor carbogazoase), educația deficitară în domeniul alimentației toate se combină pentru a influența sănătatea copiilor și adolescenților și, mai târziu, a adulților. Mai mult, obiceiurile formate în prima parte a vieții sunt mult mai greu de schimbat la vârste mature, în lipsa unor programe de sănătate și nutriție la scară largă.

Asocierea între comportamente (fumat, consum de alcool, lipsa exercițiului fizic) a fost dovedită în numeroase studii. Fumatul corelează semnificativ cu morbiditatea și mortalitatea datorate bolilor cardiovasculare și cancerului.

---

<sup>5</sup> Legea nr. 123/2008.

Factorii de risc cum sunt alcoolul, fumatul, tensiunea arterială mare, indicele mare de masă corporală, colesterolul crescut, nivelul ridicat al glicemiei, consumul redus de fructe și legume și lipsa activității fizice) sunt responsabili pentru 61% din mortalitatea datorată bolilor cardiovasculare în lume (WHO 2009). Comportamentele nesănătoase sunt în mai mare măsură prezente printre persoanele cu un status socio-economic scăzut.

Efectul comportamentelor legate de nutriție și practicarea activității fizice pot fi cumulate și măsurate prin intermediul indicelui de masă corporală. Acesta este un indicator care evaluează greutatea unei persoane în raport cu înălțimea sa și este utilizat pentru a evidenția o problemă de sănătate publică, și anume, faptul că tot mai multe persoane sunt caracterizate de pre-obezitate sau obezitate. În general, obezitatea reprezintă un factor de risc pentru sănătate, deoarece este puternic relaționată cu numeroase boli cronice, în special cu bolile cardiovasculare și diabet.

În anul 2014<sup>6</sup>, 45% din populația României avea un indice de masă corporală normal, un procent extrem de mic fiind sub greutatea normală. Deși între statele europene, țara noastră se situa pe ultimul loc în ceea ce privește procentul de persoane adulte obeze (9%), îngrijorător este procentul de 45% de persoane preobeze, mai ales în contextul în care studiile relevă activitatea fizică redusă practică în populație, precum și cu un consum redus de fructe și legume (Eurostat 2016).

Practicarea regulată a activității fizice contribuie la reducerea riscului pentru bolilor cardio-vasculare, pentru anumite tipuri de cancer și a diabetului de tip 2, la menținerea controlului asupra greutății corporale, precum și la limitarea stresului și depresiei (WHO 2009). Între statele europene, România ocupă ultima poziție ca timp dedicat activității fizice. Astfel, 84% din populație menționa, în 2014, că nu alocă deloc timp pentru activitate fizică într-o săptămână, în comparație cu media UE28 de 49% din populație care declară același lucru (Eurostat 2016).

Consumul de fructe și legume, element important al unei diete sănătoase, poate contribui prevenirea bolile cardiovasculare, dar și a unor tipuri de cancer (WHO 2009). În ceea ce privește consumul de legume și fructe

---

<sup>6</sup> Datele despre indicele de masa corporală, practicarea activității fizice, consumul de fructe și legume, consumul de alcool și tutun, provin din cercetarea Eurostat „European Health Interview Survey wave 2” (2014), accesată prin baza de date Eurostat (2016–2017).

proaspete, un procent de 65% din populația României menționa în 2014 că nu consumă fructe zilnic (0 porții de fructe și legume), țara noastră ocupând ultimul loc în UE28, fiind urmată de Bulgaria și Letonia (Eurostat 2016).



Sursa: Eurostat 2016.

Figura 3. Distribuția persoanelor adulte în funcție de indicele de masă corporală în anul 2014 în statele europene (%).

Consumul ridicat de alcool este asociat cu creșterea riscului de infarct, accident vascular cerebral și alte boli vasculare, precum și cu ciroza sau alte tipuri de cancer, deși și consumul moderat de alcool crește riscurile pe termen lung de a dezvolta aceste boli, fiind al treilea factor de risc pentru boală și mortalitate, după tutun și presiunea arterială ridicată în statele UE (OECD 2016, 94). În anul 2014, România, cu un consum mediu de 9,6 litri de alcool pe an, se situa sub media UE28, 10 litri de alcool pe an la persoanele de peste 15 ani, menționând faptul că, cel mai probabil, consumul de alcool nefiscalizat probabil că nu intră în acest calcul. Totuși, pentru același an, cercetarea *European Health Interview Survey*, utilizând un alt timp de indicator, arata situația dintr-o altă perspectivă: 11% din respondenți români declarau cel puțin un episod de beție săptămânal, 24% declarau un episod în fiecare lună, 15% mai puțin de o dată pe lună, iar 50% declarau că nu au avut deloc sau nu în ultimul an. Cu aceste date, România ocupa locul 3, după Finlanda și Luxemburg, între statele UE28 cu un procent important de populație menționând episoade săptămânale și lunare de beție (Eurostat 2016).

Consumul de tutun reprezintă un risc major pentru sănătatea publică, fiind prin bolile pe care le determină, bolile circulatorii și cancer, una dintre cele mai importante cauze de deces prematur la nivel european (OECD 2016). România se află aproape de media europeană în ceea ce privește proporția populației care fumează. În anul 2014, 20% din populația României fuma zilnic, 74% erau nefumători, iar 6% fumători ocazionali, în timp ce 19% din populație fuma zilnic, iar 5% se declarau fumători ocazionali la nivelul UE28. Cei mai mulți fumători zilnici erau în Bulgaria (28%), Grecia (27%), Ungaria (25,8%), iar cei mai puțin în Suedia (10%), Finlanda (13%), Danemarca (14%) și Regatul Unit (14%) (Eurostat, 2016).

### **CONCLUZII: CUM AR TREBUI ABORDATĂ PROBLEMA SĂNĂTĂȚII?**

Sănătatea populației este o resursă economică și socială de care depinde procesul de dezvoltare la nivel societal.

În perspectivă comparativă, România are una dintre cele nefavorabile situații între statele UE în ceea ce privește starea de sănătate. Deși unele

tendințe pozitive au fost înregistrate în ultimele decenii, starea de sănătate rămâne problematică și este marcată de inegalități atât la nivel teritorial cât și între grupurile sociale, iar aceste inegalități au tendința de a se adânci în timp. Este nevoie de implementarea unei strategii care să aibă ca scop îmbunătățirea stării de sănătate a întregii populații și ținerea inegalităților în sănătate prin acordarea unei atenții speciale grupurilor vulnerabile. Adoptarea explicită a unui cadru conceptual bazat pe determinanții sociali ai sănătății, care să ia în considerare contextul social și profilul epidemiologic specific, cu o abordare atât sociologică cât și medicală ar putea orienta o astfel de strategie. Un astfel de cadru conceptual, care consideră sănătatea, dincolo de factorii genetici și biologici, ca un proces social, poate ghida analiza empirică pentru a facilita înțelegerea determinanților și mecanismelor sociale și poate orienta elaborarea politicilor pentru a releva zonele de intervenție. Elaborarea politicilor ar trebui bazată pe dovezi de cercetare. Eforturile ar trebui orientate către studiul sistematic al stării de sănătate, al sistemului de sănătate, către integrarea indicatorilor existenți în domeniul sănătății pentru producerea de date de încredere ce pot fi utilizate în elaborarea politicilor.

Sănătatea, educația și ocuparea sunt vectorii principali ai dezvoltării. Sănătatea ar trebui considerată ca prioritate a dezvoltării și integrată în politicile educaționale, de ocupare, de protecție socială, de locuire, într-o abordare intersectorială. O astfel de abordare permite depășirea tratării medicale și tehnologice limitate a problemelor și o tratare comprehensivă care să conțină componenta socială. Considerăm că în abordarea sănătății este necesară urmărirea a trei direcții: cercetare, abordare intersectorială și intervenție asumată pe termen lung.

### Bibliografie

- Bambra, Clare, Debbie Fox and Alex Scott-Samuel. 2005. "Towards a politics of health." *Health Promotion International* 20 (2): 187–193. <https://doi.org/10.1093/heapro/dah608>
- Banca Mondială. 2011. *Analiza Funcțională a Sectorului Sănătate în România*. <http://sgg.gov.ro/docs/File/UPP/doc/rapoarte-finale-bm/etapa-II/MS-RO-FR-Health-Sector-ROM>
- Barton, Hugh, and Marcus Grant. 2006. "A health map for the local human habitat." *The journal of the Royal Society for the Promotion of Health* 126(6): 252–253. <https://doi.org/10.1177/1466424006070466>

- Black, Robert E., Cesar G. Victora, Susan P. Walker, Zulfi qar A Bhutta, Parul Christian, Mercedes de Onis, Majid Ezzati, Sally Grantham-McGregor, Joanne Katz, Reynaldo Martorell, and Ricardo Uauy. 2013. "Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries group." *The Lancet* 383 (9890): 427–451. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60937-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X)
- Blázquez, Maite, Elena Cottini and Ainhoa Herrarte. 2014. "The socioeconomic gradient in health: how important is material deprivation?" *The Journal of Economic Inequality* 12(2): 239–264. <https://doi.org/10.1007/s10888-013-9248-5>
- Braveman, Paula and Eleuther Tarimo. 2002. "Social inequalities in health within countries: not only an issue for affluent nations." *Social Science & Medicine* 54(11): 1621–1635. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00331-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00331-8)
- Casa Națională de Asigurări de Sănătate. 2017. *Sinteza Evaluării activității desfășurate de furnizori pe tipuri de asistență medicală în anul 2016*. [http://www.cnas.ro/theme/cnas/js/ckeditor/filemanager/userfiles/Rap\\_sit/SINTEZA\\_2016.pdf](http://www.cnas.ro/theme/cnas/js/ckeditor/filemanager/userfiles/Rap_sit/SINTEZA_2016.pdf)
- Cassel J. 1976. "The contribution of the Social environment to host resistance." *American Journal of Epidemiology* 104(2): 107–123.
- Chung, Haejoo and Carles Muntaner. 2006. "Political and welfare state determinants of infant and child health indicators: an analysis of wealthy countries." *Social Science & Medicine*, 2006, 63(3): 829–842. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.01.030>
- Comisia Europeană. 2016. *Raportul de țară al României 2016*. [http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2016/cr2016\\_romania\\_ro.pdf](http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2016/cr2016_romania_ro.pdf)
- Comisia Europeană. 2017. *Raportul de țară al României 2017*. <http://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2017-european-semester-country-report-romania-ro.pdf>
- Conteduca, Vincenza, Domenico Sansonno, Gianfranco Lauletta, Sabino Russi, Giuseppe Ingravallo and Franco Dammacco. 2013. "H. pylori infection and gastric cancer: State of the art (Review)" *International Journal of Oncology* 42(1): 5–18. <https://doi.org/10.3892/ijo.2012.1701>
- Corner, Lorraine. 2005. *Gender-sensitive and Pro-poor Indicators of Good Governance*. Background paper for the UNDP Oslo Governance Centre and Indian Council for Social Science Research (ICSSR) International workshop on engendering and empowering governance indicators, New Delhi. Available at <http://www.undp.org/governance/docs/Gender-Pub-GenderIndicators.pdf>
- Crémieux, Pierre-Yves, Pierre Ouellette and Caroline Pilon. 1999. "Health care spending as determinants of health outcomes." *Health Economics* 8 (7): 627–639. Doi: 10.1002/(SICI)1099-1050(199911)8:7<627::AID-HEC474>3.0.CO;2-8
- Davey Smith, George and David Gordon. 2000. "Poverty across the Life-course and Health." In *Tackling Inequalities: Where are we now and what can be done?* edited by Gordon David and Pantazis Christina, 141–158. Bristol, UK: Policy Press at the University of Bristol. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt1t891q2.14>
- Davey Smith, George, Carole Hart, David Blane, and David Hole. 1998. "Adverse socio-economic conditions in childhood and cause specific adult mortality: prospective observational study". *BMJ: British Medical Journal* 316 (7145): 1631–1635. <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7145.1631>

- Davey Smith, George. 2003. *Health inequalities: lifecourse approaches*. Bristol: Policy Press.
- Doyal, Lesley. 2001. "Sex, gender, and health: the need for a new approach." *BMJ* 323(7320): 1061–1063. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7320.1061>
- Eime, Rochelle, Jack Harvey, Melanie Charity, Meghan Casey, Jannique van Uffelen, and Warren Payne. 2015. "The contribution of sport participation to overall health enhancing physical activity levels in Australia: a population-based study". *BMC Public Health* 15 (806). <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2156-9>
- European Centre for Disease Prevention and Control. 2016. *Systematic review on hepatitis B and C prevalence in the EU/EEA*. Stockholm: ECDC. <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/systematic-review-hepatitis-B-C-prevalence.pdf>
- European Commission. 2014. *Roma Health Report. Health status of the Roma population. Data collection in the Member States of the European Union*. [http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social\\_determinants/docs/2014\\_roma\\_health\\_report\\_es\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/2014_roma_health_report_es_en.pdf)
- Galobardes, Bruna, Mary Shaw, Debbie A. Lawlor, John W. Lynch and George Davey Smith. 2006. "Indicators of socioeconomic position (part 1)." *Journal of Epidemiology Community Health* 60(1): 7–12. Doi:10.1136/jech.2004.023531
- Geronimus, Arline T., Jay A. Pearson, Erin Linnenbringer, Amy J. Schulz, Angela G. Reyes, Elissa S. Epel, Jue Lin and Elizabeth H. Blackburn. 2015. "Race-Ethnicity, Poverty, Urban Stressors, and Telomere Length in a Detroit Community-based Sample." *Journal of Health and Social Behavior* 56(2): 199–224. <https://doi.org/10.1177/0022146515582100>
- Haas, Steven A. 2006. "Health Selection and the Process of Social Stratification: The Effect of Childhood Health on Socioeconomic Attainment." *Journal of Health and Social Behavior* 47(4): 339–354. <https://doi.org/10.1177/002214650604700403>
- Heggebø, Kristian. 2015. "Unemployment in Scandinavia during an economic crisis: Crossnational differences in health selection." *Social Science & Medicine*, 130: 115–124. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.02.010>
- Hiscock, Rosemary, Linda Bauld, Amanda Amos, Jennifer A. Fidler, and Marcus Munafò. 2012. "Socioeconomic status and smoking: a review." *Annals of the New York Academy of Sciences* 1248: 107–123. doi:10.1111/j.1749-6632.2011.06202.x
- Huynen, Maud MTE, Pim Martens, and Henk BM Hilderink. 2005. "The health impacts of globalization: a conceptual framework." *Globalization & Health* 1:14. <http://dx.doi.org/10.1186/1744-8603-1-14>
- Iacobuță, Andreea-Oana, Livia Baci, Alina-Măriuca Ionescu and Gabriel Claudiu Mursa. 2015. "Socioeconomic inequalities in self-perceived health in Romania." *Journal of Public Administration, Finance and Law Special Issue* (2): 209–224. [http://www.jopaf.com/uploads/special-issue-2-2015/SOCIOECONOMIC\\_INEQUALITIES\\_IN\\_SELF\\_PERCEIVED\\_HEALTH\\_IN\\_ROMANIA.pdf](http://www.jopaf.com/uploads/special-issue-2-2015/SOCIOECONOMIC_INEQUALITIES_IN_SELF_PERCEIVED_HEALTH_IN_ROMANIA.pdf)

- Kaufmann, Daniel, Aart Kraay and Massimo Mastruzzi. 2010. *The Worldwide Governance Indicators: Methodology and Analytical Issues*. World Bank Policy Research Working Papers. <https://doi.org/10.1596/1813-9450-5430>
- Kickbusch, Ilona and David Gleicher. 2011. *Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf)
- Krumeich, Anja and Agnes Meershoek. 2014. "Health in global context; beyond the social determinants of health?" *Glob Health Action* 7 (1). <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v7.23506>
- Labonté, Ronald and Renee Torgerson. 2005. "Interrogating globalization, health and development: Towards a comprehensive framework for research, policy and political action." *Critical Public Health* 15(2): 157–179. <http://dx.doi.org/10.1080/09581590500186117>
- Littlejohns, Peter, Albert Weale, Kalipso Chalkidou, Ruth Faden and Yot Teerawattananon. 2012. "Social values and health policy: a new international research programme." *Journal of Health Organization and Management*, 26 (3): 285–292. <https://doi.org/10.1108/14777261211238945>
- Lynch, John, George Davey Smith, Marianne Hillemeier, Mary Shaw, Trivellore Raghunathan, George Kaplan. 2001. "Income inequality, the psychosocial environment, and health: comparisons of wealthynations." *Lancet* 358(9277): 194–200. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05407-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05407-1)
- Mackenbach, Johan P. 2002. "Income inequality and population health." *BMJ* 324 (1). <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7328.1>
- Mackenbach, Johan P. 2012. "The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox". *Social Science and Medicine* 75 (4): 761–769. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.031>
- Marmot, Michael, Jessica Allen, Ruth Bell, Ellen Bloomer, and Peter Goldblatt. 2012. "WHO European review of social determinants of health and the health divide." *Lancet* 380(9846): 1011–1029. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61228-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61228-8)
- Marmot, Michael. 2002. "The Influence of Income on Health: Views of an Epidemiologist." *Health Affairs* 21(2): 31–46. Doi:10.1377/hlthaff.21.2.31
- Marmot, Michael. 2004. *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity*. London: TimesBooks.
- Ministerul Sănătății. 2014. *Strategia Națională de Sănătate 2014–2020 (HG 1028/2014)*. <http://www.ms.ro/upload/Anexa%201%20-%20Strategia%20Nationala%20de%20Sanatate%202014-2020.pdf>
- Nixon, John and Philippe Ulmann. 2006. "The relationship between health care expenditure and health outcomes." *The European Journal of Health Economics* 7 (1): 7–18. <https://doi.org/10.1007/s10198-005-0336-8>
- OECD. 2016. *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>

- Olson, Christine M., Caron F. Bove and Emily O. Miller. 2007. "Growing up poor: Long-term implications for eating patterns and body." *Appetite*, 49 (1): 198–207. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.01.012>
- Phelan, Jo C., Link G. Bruce and Parisa Tehranifar. 2010. "Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications." *Journal of health and social behavior*, 51 (1\_Suppl): S28–S40. <https://doi.org/10.1177/0022146510383498>
- Pop, Ioana Andreea, Erik van Ingen and Wim van Oorschot. 2013. "Inequality, Wealth and Health: Is Decreasing Income Inequality the Key to Create Healthier Societies?" *Social Indicators Research* 113(3): 1025–1043. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0125-6>
- Precupețu, Iuliana, Cosmina-Elena Pop. 2016. "The Role of Access to Healthcare Services in Self-rated Health in Romania, from a European Comparative Perspective." *Sociologie românească* XIV(1): 45–60. [http://www.arsociologie.ro/images/stories/sr/articles/sr\\_2016\\_1/SR\(2016\)\\_14\(1\)\\_Precupetu&Pop\\_45-60.pdf](http://www.arsociologie.ro/images/stories/sr/articles/sr_2016_1/SR(2016)_14(1)_Precupetu&Pop_45-60.pdf)
- Precupețu, Iuliana, Cosmina-Elena Pop. 2016ISA. "Health Status and Health Selection Processes in Intra-Generational Mobility When Living in Precarious Prosperity". Paper presented at *Third ISA Forum of Sociology. The Futures We Want: Global Sociology and the Struggles for a Better World*, Vienna, Austria, 10–14 July 2016.
- Precupețu, Iuliana, Marian Vasile and Ionela Vlase. 2013. "Individual and contextual factors in self-rated health inequalities: a comparison between Romania, 10NMS and EU15." *Revista de Cercetare și Intervenție Socială* 41: 28–39. [http://www.rcis.ro/images/documente/rcis41\\_02.pdf](http://www.rcis.ro/images/documente/rcis41_02.pdf)
- Ross, Catherine E. and Chia-ling Wu. 1995. "The Links Between Education and Health." *American Sociological Review* 60(5): 719–745. <http://www.jstor.org/stable/2096319>
- Singh, Gopal K. and Michael D. Kogan. 2007. "Widening socioeconomic disparities in US childhood mortality, 1969-2000." *American Journal of Public Health* 97(9): 1658–1665. DOI: 10.2105/AJPH.2006.087320
- Solar, Orielle, Alec Irwin and J. Vega. 2005. Equity in Health Sector Reform and Reproductive Health: Measurement Issues and the Health Systems Context. WHO Health Equity Team working paper. Unpublished.
- van Oers, J.A.M., I.M.B. Bongers, L.A.M. van de Goor and H.F.L. Garretsen. 1999. "Alcohol consumption, alcohol-related problems, problem drinking, and socioeconomic status." *Alcohol and Alcoholism*, 34(1): 78–88. <https://pdfs.semanticscholar.org/23c5/9fe71cd64be9145addef368394f436f1fc8f.pdf>
- Vlădescu, Cristian, Silvia Gabriela Scîntee, Victor Olsavszky, Cristina Hernández-Quevedo and Ana Sagan. 2016. "Romania: Health system review." *Health systems in transition*, 18(4): 1–170. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/317240/Hit-Romania.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/317240/Hit-Romania.pdf?ua=1)
- Volkers, Anita C., Gert P. Westert and Francois G. Schellevis. 2007. "Health disparities by occupation, modified by education: a cross-sectional population study." *BMC Public Health* 7: 196. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-196>

- Wagenaar, Alfred F., Michiel A. J. Kompier, Irene L. D. Houtman, Seth van den Bossche, Peter Smulders, Toon W. Taris. 2012. "Can labour contract differences in health and work-related attitudes be explained by quality of working life and job insecurity?" *International Archives of Occupational and Environmental Health* 85(7): 763–773. <http://doi.org/10.1007/s00420-011-0718-4>
- WHO. 2009. *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: World Health Organization. [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf)
- WHO. 2010. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health* – Discussion Paper 2. [http://www.who.int/sdhconference/resources/conceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/conceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf)
- WHO. 2012. *Governance and delivery mechanisms task group report*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO. 2014. *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf?ua=1)
- Wilkinson, Richard, G. 2000. "Inequality and the social environment: a reply to Lynch et al." *Journal of Epidemiology and Community Health* 54(6): 411–413. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.54.6.411>
- Wilkinson, Richard, G. and Kate E. Pickett. 2006. "Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence." *Social Science & Medicine*, 62(7):1768–1784. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.036>
- Wilkinson, Richard, G. and Kate E. Pickett. 2007. "The problems of relative deprivation: Why some societies do better than others." *Social Science and Medicine* 65(9): 1965–1978. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.041>
- Wilkinson, Richard, G. and Kate E. Pickett. 2009. *The spirit level: Why more equal societies almost always do better*. Bloomsbury Press.

#### Surse de date:

- Baza de date Tempo, Institutul Național de Statistică al României, disponibil online: [www.insse.ro](http://www.insse.ro) (consultată 2016–2017).
- Baza de date Eurostat, disponibilă online: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (consultată 2016–2017).
- Baza de date WHO, disponibilă online: <http://www.who.int/gho/database/en/> (consultată 2016–2017).

# **RESURSE FINANCIARE ȘI UMANE PENTRU SISTEMUL DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA**

CRISTINA TOMESCU

## **INTRODUCERE**

Deși eforturile financiare ale statului român au crescut în ultimii 10 ani în cifre absolute, dar și procentual, lipsurile din sistemul de sănătate românesc continuă să persiste, iar în context european finanțarea sistemului românesc rămâne foarte scăzută. România continuă să fie pe unul dintre ultimele locuri din UE în ceea ce privește resursele alocate sănătății, efortul financiar reprezentând jumătate din cel al unor țări precum Germania, Franța, Belgia sau Olanda. Alocarea cheltuielilor publice pentru sănătate ar trebui să ajungă la un minim de 7% din PIB, pentru o aliniere la celelalte țări UE.

Se poate spune că, în cazul societăților mai sărace, poate exista un cerc vicios între starea de sănătate și resursele disponibile pentru investirea în sănătate, cerc care poate fi rupt printr-un efort bugetar conștient de a prioritiza investirea resurselor. O societate bolnavă poate costa bugetul mai mult prin consecințele pe termen lung asupra capitalului uman, în directă relație cu productivitatea muncii și cheltuielile cu asistarea socială, prin urmare rezolvarea unor probleme de sănătate doar marginal, slab finanțat, are consecințe pe termen lung. Trebuie conștientizat că o astfel de investiție în sănătatea populației este absolut necesară și o prioritate pentru România. În momentul de față, angajații din sistem reclamă nu doar nivelul redus al finanțării față de nevoile din sistem, ci și netransparența alocării fondurilor și faptul că nu se utilizează studii de cost-eficiență în luarea deciziilor de politică sanitară.

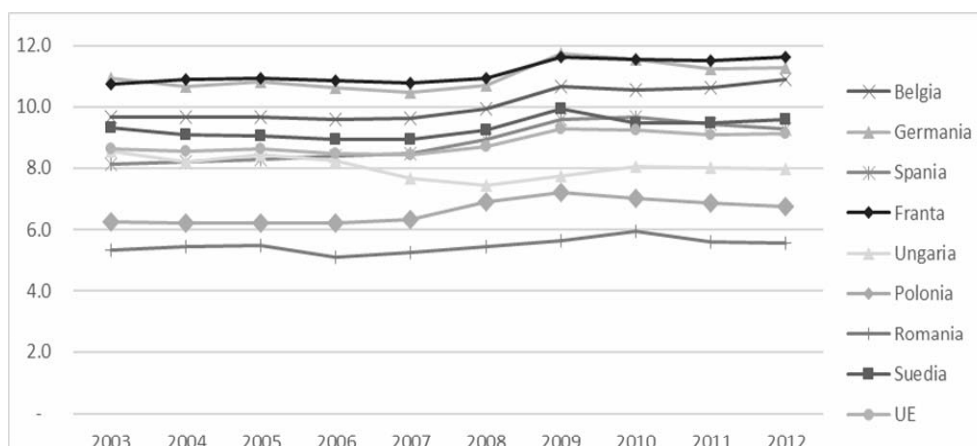
## **CHELTUIELILE PUBLICE CU SĂNĂTATEA**

România are deja o tradiție istorică în alocarea celui mai redus procent dintre statele UE către sistemul de sănătate. Cheltuielile publice cu sănătatea

de 4,5% din PIB, în 2015 și cheltuielile totale cu sănătatea, publice și private de 5,7%, în 2015, situează România pe ultimul loc în Uniunea Europeană, la distanță față de media UE. În termeni PPP (Purchasing Parity per Capita), înregistrăm, de asemenea, cel mai scăzut nivel al cheltuielilor și ne situăm în urma vecinilor noștri.

Pe tot parcursul ultimilor 20 de ani, specialiștii în politici de sănătate au atras atenția asupra nevoii de a crește cheltuielile cu sănătatea spre media europeană, spre 7%, arătând impactul negativ al păstrării cheltuielilor la nivelul actual. Investiția în sănătatea populației a fost recunoscută teoretic ca fiind necesară, dar totuși ea a fost permanent amânată, și pentru că nu aduce rezultate pe termen scurt, cu impact electoral și pentru că reforma structurală ar însemna costuri pe care guvernele care s-au succedat nu și le-au asumat. Este nevoie de o asumare a responsabilității politice pentru o investire planificată pe termen lung și o prioritizare a nevoilor sistemului.

Grafic 1. Cheltuieli totale (publice și private) în sănătate ca procent din PIB



Sursa: Eurostat 2015.

Între 1990 și 2010, cheltuielile cu sănătatea au crescut mai rapid decât PIB-ul în toate țările OECD (excepție doar Finlanda). Creșterile cheltuielilor cu farmaceuticele au fost chiar mai mari decât creșterile cu îngrijirea medicală. De asemenea, au crescut așteptările publicului față de servicii, există o populație mai bine informată; industria medicală, explozia internetului au dus la creșterea informării.

Statele UE nu cheltuiesc proporții similare din PIB pe serviciile de sănătate (statele Europei de Est nou intrate în UE, după 2000, au cheltuieli mai mici, având resurse mai puține; Spania, Grecia și Portugalia au avut istorii ale unor regimuri care au ignorat sănătatea și bunăstarea o perioadă de timp), dar toate statele dezvoltate acordă sănătății un rol important.

Finanțarea în toate sistemele europene de sănătate vine din sectorul public în mare parte, 70–80%, cu piața privată jucând un rol minoritar. Rolul social jucat de stat în asigurarea solidarității inter-generații și inter-grupuri (cu protejarea grupurilor sociale în risc) rămâne un pilon important în statele UE.

Factorii care au determinat creșterea costurilor cu sănătatea în ultimele decenii sunt schimbările demografice, îmbătrânirea populației (datorate creșterii speranței de viață și declinului fertilității). Astfel, rata de dependență a celor peste vârsta de 65 de ani de cei tineri, în câmpul muncii, a crescut și continuă să crească și în viitor, punând o presiune pe toate sistemele europene de protecție socială: sistemele de pensii, de sănătate, de asistență socială, cu consecințe majore pentru anul 2035 (OECD 2015).

În general, importanța funcției publice a statului este diminuată în România față de alte state UE prin proporția redusă a cheltuielilor publice sociale ca procent din PIB (34,9% România, față de 49,1% media UE 18). Funcția socială a statului va trebui întărită prin creșterea tuturor cheltuielilor publice sociale și a cheltuielilor publice cu sănătatea.

O prognoză favorabilă de creștere a PIB-ului pentru 2035, așa cum arată scenariile în varianta optimistă ale economiștilor din cadrul Academiei Române (Zamfir 2016) ar însemna resurse suplimentare pentru cheltuielile sociale, inclusiv cheltuielile cu sănătatea, dar să nu uităm câteva elemente care vor fi specifice anului 2035, față de 2015 și care vor necesita suplimentarea resurselor, în afara creșterii PIB-ului: o populație mai îmbătrânită, o scădere a populației active care va contribui la Fondul de asigurări de sănătate, dezvoltarea în continuare a medicinei, tehnologiei, procedurilor și medicației care vor presupune cel mai probabil costuri tot mai ridicate de practicare la standarde occidentale a actului medical, nu în ultimul rând, o populație cu probleme de sănătate acumulate de-a lungul anilor, fără prevenție corespunzătoare și, cel mai probabil, o populație mai informată, mai critică față de acceptarea actului medical desfășurat în orice condiții.

### **CREȘTEREA NIVELULUI DE FINANȚARE PRIN ÎMBUNĂTĂȚIREA COLECTĂRII PRIMELOR DE ASIGURARE DE SĂNĂTATE**

Finanțarea publică a sistemului nu se referă în primul rând la veniturile și chetuielile alocate din bugetul statului (provenite din impozitare) (care acoperă programele de sănătate publică, salariile celor din sistem etc.), ci la colectarea primelor obligatorii de asigurare socială de sănătate (modul lor de colectare, baza colectării) și la modul de utilizare a tuturor resurselor publice disponibile: folosire eficientă (cost–beneficiu), folosire acolo unde este nevoie (identificare nevoie–finanțare beneficiu), finanțare echitabilă (între regiuni, grupuri sociale). Prin umare, este vorba de identificarea de mecanisme prin care putem suplimenta resursele care intră în sistem, dar și mecanisme prin care folosim cât mai eficient resursele existente.

Creșterea nivelului colectării și creșterea bazei de colectare a primelor de asigurare socială de sănătate față de nivelul actual ar duce la o creștere a finanțării sistemului. Colectarea în momentul de față nu acoperă nevoile sistemului. Quantumul colectat devine în principiu problematic atunci când populația care cotizează la sistem este redusă față de populația care beneficiază de servicii.

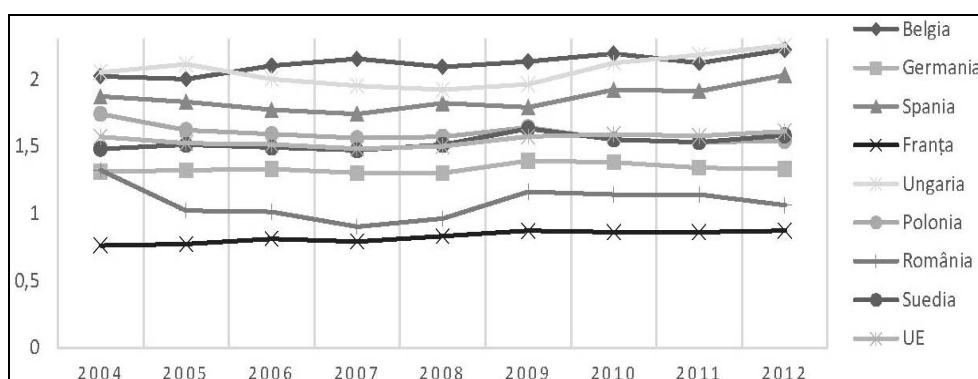
În România, populația ocupată care contribuie la sistemul de taxe și impozite și la sistemul de asigurări sociale și asigurări de sănătate s-a redus după 1990 prin pensionări anticipate, munca pe piața ilegală, emigrarea unei părți a forței de muncă, o mare parte a populației într-o agricultură de subzistență fără a contribui deloc la sistemul public, munca cu ziua fără forme legale (inclusiv în agricultură), modalități permise legal pe parcursul anilor de evitare a plății contribuțiilor sociale și o lipsă a responsabilizării sociale a contribuției la sistem. Până de curând au fost folosite forme alternative la contractul de muncă, precum convențiile civile, drepturile de autor, PFA-urile de către o parte a celor care au dorit să nu contribuie la sistemul asigurărilor sociale și de sănătate și au apelat la acestea ca forme primare, nu suplimentare de angajare.

Aproape întreaga populație era eligibilă pentru servicii medicale în 2010, dar doar un sfert plătea la Fondul Unic al Asigurărilor Sociale de Sănătate.

În același an, erau, prin urmare, 10,7 milioane de cetățeni scutiți sau nu care plăteau (BM 2012). Includerea pensionarilor cu venituri peste 740 lei și includerea la plată a celor cu alte forme legale de muncă decât contract de muncă (drepturi de autor, PFA, convenții civile), în ultimii ani, a crescut contribuția la fond.

Cuantumul contribuției la sistem (angajat plus angajator) de 10,7% conform diverselor analize este, totuși, mic pentru a acoperi nevoile sistemului, în condițiile scutirii de la contribuție a diverselor grupuri sociale și în comparație cu alte țări europene: Ungaria și Slovenia 14%, Cehia 13,5%, Germania 14,9%, dar el este o povară pentru contribuabili pentru că nivelul veniturilor este mic în România, comparativ cu alte țări europene și pentru că nivelul coplăților/plății din buzunar (adiționale serviciilor furnizate pe baza asigurării) este ridicat, în comparație cu nivelul veniturilor gospodăriilor.

Grafic 2. Cheltuieli pentru sănătate din bugetul gospodăriilor ca % din PIB



Sursa: Eurostat 2015.

Creșterea nivelului de salarizare în România, treptat, până în 2035 ar reduce povara resimțită a contribuției și ar crește nivelul finanțării sistemului.

Mărirea contribuției, odată scăzută actual, nu se mai poate face fără a stârni reacții sociale, decât în ferestre de oportunitate ocazionate de crize sociale.

Statul a păstrat o componenta socială destul de puternică privind accesul la servicii, dar în detrimentul calității serviciilor, care au putut și pot fi

oferite la nivel occidental/optim doar în unele subcentre/unități publice, pe fondul resurselor insuficiente. Accesul celor din zone fără acoperire cu servicii în ambulatoriu s-a concentrat către spitalele dotate din centrele județene/universitare, cu costuri mari pentru sistem (costurile cu spitalele sunt în prezent de aproximativ 50% din buget, asistența primară fiind sub-finanțată, la doar 7%) și pe fondul existenței unei medicini de prevenție subdezvoltată. Tratarea în ambulator și tratarea preventivă sunt mult mai puțin costisitoare decât tratarea în regim de spital.

Politica socială actuală în domeniul sanitar pune în discuție unele principii ale solidarității sociale. Cei care nu au contribuit deloc, în caz de nevoie pot să reintre rapid în sistem și să beneficieze de servicii medicale, plătind asigurarea pe ultimele 6 luni, la nivelul de 5,5% din venitul minim pe economie/lună.

Politica socială actuală este favorabilă teoretic accesului la servicii, dar trebuie atras atenția că poate duce la comportamente raționale calculate de risc din partea tinerilor fără forme legale de muncă, de neasigurare: plătesc doar dacă voi fi în nevoie. Scutite de la plată sunt și diverse categorii de beneficiari, de exemplu casnicele care au soțul plătitor de contribuții.

Principiile statului bunăstării actual statuează că sănătatea nu poate fi abandonată mecanismelor pieței și trebuie păstrată solidaritate socială inter-generațională tineri-bătrâni, bolnavi-sănătoși, bogați-săraci, dar multe scutiri de la plata în sistem a diverselor categorii pot ridica semne de întrebare asupra echității plății în sistem, din partea celor care contribuie lunar.

## **CREȘTEREA FINANȚĂRII PRIVATE ÎN SĂNĂTATE**

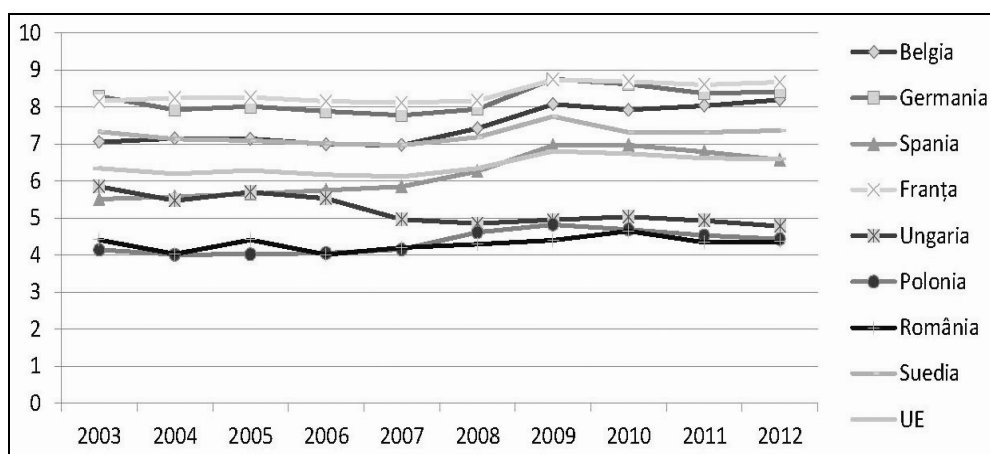
Cheltuielile publice în sănătate în România sunt de 82%, iar cheltuielile private reprezintă 18%. Procentul cheltuielilor nepublice este scăzut în România față de alte țări (27% în Lituania, 28% în Polonia, 29% în Ungaria, 28% în Slovacia, în 2008) și sub media europeană (de 26%). Ne referim în principal la proporția mai scăzută a veniturilor atrase din surse private, ceea ce reduce nivelul total al cheltuielilor cu sănătatea în România.

Nivelul mai înalt de cheltuieli cu sănătatea în țările UE se face nu numai din surse publice, deși ele sunt majoritare, așa cum am arătat. Diferența

este dată de nivelul cheltuielilor private mai ridicate. De exemplu, Polonia cheltuie din fonduri publice 4,43% din PIB în 2013, dar ajunge la 6,75% din PIB, prin alocarea suplimentară de cheltuieli private.

Este nevoie și de investirea de mai multe surse financiare private în sănătate în România și dezvoltarea în continuare a sistemului privat ca alternativă concurențială, pentru cei care au un nivel al veniturilor care le permite accesarea. În plus, facilități fiscale și reglementări legislative pentru dezvoltarea mai rapidă a asigurărilor private complementare, dezvoltate în majoritatea țărilor UE și care să permit accesul la rețeaua privată la costuri suportabile.

Grafic 3. Alocarea de fonduri publice ca % din PIB



Sursa: Eurostat 2015.

## FOLOSIREA MAI EFICIENTĂ A RESURSELOR

### LUPTA ÎMPOTRIVA CORUPȚIEI

Din sistem au avut loc o serie de scurgeri financiare. Acestea s-au făcut fie prin neglijență, fie prin corupție și reglementări în sistem care au permis

personalului cu funcții de conducere să folosească porțițe legislative de maximizare a costurilor, pentru interese proprii. Reducerea corupției în sistem și un management eficient al resurselor sunt primordiale.

O problemă a tuturor sistemelor de sănătate din lume rămâne inflația de servicii care nu erau necesare, dar accesul la ele, decontat prin sistem, nu era limitat. Avansul tehnologic a fost una din cauzele creșterii costurilor, dar tehnologiile pot în unele situații fi defectuos utilizate; ele pot să nu ajute pacientul la nivelul costurilor folosite. Unele sunt folosite optim pentru unii pacienți, dar slab folosite și în mod inadecvat pentru alți pacienți. Eliminarea serviciilor care nu sunt necesare poate fi una din căile de reducere a costurilor în sistem.

Reducerea costurilor de administrare a sistemului este o altă alternativă. Există un exces administrativ în majoritatea sistemelor de sănătate. Avantajul birocrățiilor largi în sistemul de stat este că oferă locuri de muncă în general și locuri pentru forța feminină de muncă, în special. Tăierile în birocrăție pot însemna șomaj în domeniu.

Translatarea către îngrijirile cu componentă socială a serviciilor este o altă alternativă de reducere a costurilor: ajutor la domiciliu, consiliere pentru reabilitare psihosocială și medicală, îngrijire copii și bătrâni. Prin urmare, îngrijire la domiciliu față de spitalizare, în cazurile în care se poate și contracte individuale de muncă, cu decontare prin FUASS, pentru medici, asistente medicale și infirmiere care oferă servicii medicale la domiciliu.

## CUNOAȘTEREA COSTURILOR DIN SISTEM

La nivel național nu s-a efectuat nicio evaluare unitară a costurilor asistenței spitalicești care să indice necesarul de finanțare, deci nu se poate afirma cu certitudine în sectorul spitalicesc care sunt costurile necesare pentru actul medical.

Este nevoie de definirea mai bună a tipurilor de servicii, a modului și nivelului calitativ la care ele trebuie furnizate, precum și a nivelului corespunzător de finanțare. Dacă într-un sistem de sănătate privat aceste elemente vin de la sine, pentru că mai întâi se definește serviciul, apoi cât costă furnizarea lui și apoi se stabilește prețul, în sistemul public principiul

universalității și gratuității accesului la servicii face ca acest demers să vină abia ulterior sau chiar să nu vină niciodată.

Este nevoie prin urmare, de „standardizarea” îngrijirilor pe tipuri de pacienți, adică dezvoltarea protocoalelor de practică medicală. O dată dezvoltate și folosite, ele pot constitui baza cunoașterii și calculării costurilor pentru îngrijirile „standard” sau uzuale, oferind o imagine realistă a resurselor consumate pentru tratarea patologiei în spitalele românești”. (Haraga și Țurlea 2009, 12).

Controlul costurilor trebuie reglat prin politici asumate și care pot proteja grupurile vulnerabile. Altfel, sistemul se reglează singur, pentru că plafoanele financiare care asigură servicii gratuite se termină și atunci pagubele provocate nu pot fi controlate, în plus costurile pentru servicii ajung să se facă din buzunarul pacientului. Este mai bine să ai o strategie și o ierarhizare, să recunoști că nu poți oferi orice tip de serviciu, în orice zonă, la standarde optime, la nivelul resurselor financiare actuale și să poți controla cât mai bine costurile sociale colaterale, decât să nu poți evalua pagubele, pentru că de fapt nu ai o evaluare cost-control în sistem.

Sistemul de sănătate nu oferă în momentul de față o protecție reală a grupurilor vulnerabile. Conform Băncii Mondiale (BM 2011), există diferențe de accesare a serviciilor de sănătate între populația aparținând celei mai mici față de cea aparținând celei mai mari cvintile de venit: în cazul bolilor cronice, circa 40% dintre persoanele cu venituri în cvintila inferioară care se declară ca suferind de o boală cronică nu solicită asistență comparativ cu 17% din cvintila superioară. În perioada de creștere economică (1996–2008), accesul populației la servicii de sănătate a crescut de la 61% la 71% per total. În realitate, creșterea globală a accesului s-a datorat exclusiv evoluției favorabile în randul segmentului de populație cu veniturile cele mai mari (de la 65% la 80%), în timp ce în cvintila cea mai săracă nu s-a înregistrat niciun progres legat de accesul la servicii.

Subfinanțarea sistemului face ca plafoanele să se termine rapid, astfel că trei din patru pacienți săraci plătesc din buzunar pentru asistența medicală de care au nevoie, 62% dintre săracii care au nevoie de medicamente plătesc pentru acestea din buzunar, serviciile sunt subutilizate de către săraci. Astfel, beneficiile subvenționării sistemului se concentrează în favoarea clasei bogate sau de mijloc (BM 2011).

### FOLOSIREA MAI ADECVATĂ A RESURSELOR FINANCIARE ÎN SISTEMUL DE SĂNĂTATE ÎNSEAMNĂ:

- identificarea corectă a punctelor de acționat, bazată pe date unitar colectate și credibile;
- investiția în regiunile defavorizate ca unități/dotări și cu rate de morbiditate mai mari: există inechități între regiuni și categorii defavorizate socioeconomic în ceea ce privește accesul la servicii;
- colectarea datelor în mod unitar în sistem: instituirea unei unități unice la nivel național colectoare/furnizoare de date în mod integrat (registru național unic);
- calculul în sistem al costului corect al procedurilor corelat cu ghiduri terapeutice/protocoale instituite;
- reducerea cazurilor tratate în sistemul terțiar, spitalicesc, care se fac cu costuri mari și întârzierea medicinei primare și preventive;
- responsabilitate politică de a reduce costurile ineficiente;
- tragerea penală la răspundere pentru fals în declarații în raportarea cheltuielilor pentru DRG „umflate”/nereale;
- lupta anticorupție în sistem, pentru reducerea scurgerilor de resurse financiare din sistem către diverse firme, prin contracte cu dedicație, la prețuri vizibil mai mari;
- investiții eficiente în sistemul sanitar, cu prevederea/planificarea în timp a necesarului de consumabile și a medicilor/calificărilor necesare. Dacă acestea nu pot fi asigurate, investiția nu este funcțională.

### O POLITICĂ DE PERSONAL ADECVATĂ

Potrivit datelor Colegiul Medicilor din România, anual intră în sistem 3 000 de medici și ies aproximativ 3 500 (prin migrație/pensionare). Numai în 2014, un număr de 2 450 de medici au solicitat Colegiului Medicilor din România certificate profesionale pentru a lucra în străinătate.

Numărul medicilor din spitale a rămas de doar 13 521 în 2014 (comparativ cu 20 648 în 2011) la un necesar de 26 000, potrivit normativelor Ministerului Sănătății. Situația este cu atât mai îngrijorătoare pe categorii de vârstă,

populația de medici fiind în îmbătrânire, prin plecarea preponderent a tinerilor: dintre medicii de spital amintiți, 2 961 au peste 60 de ani și 2 610 au între 50 și 60 de ani. Soluția este stimularea tinerilor specialiști pentru a rămâne în țară, prin creșterea nivelului de salarii, elaborarea de criterii pentru o relație între performanță profesională și venituri, îmbunătățirea condițiilor de muncă din sistem.

Concentrarea personalului rămâne în urban și în spitale, în centre care pot oferi condiții de muncă cât de cât decente. Sistemul de sănătate românesc continuă să se bazeze pe asistența spitalicească drept principală metodă de intervenție. România înregistrează în continuare o rată de spitalizare ridicată, în context UE, ceea ce înseamnă costuri foarte ridicate pentru sistem (21 666 externări/100 000 loc în România 2012, și doar 16 853 în Frața, 12 945 în Italia sau 12 219 în Olanda (EUROSTAT 2012)). O serie întreagă de afecțiuni pot fi tratate în ambulatoriu, cu costuri mai scăzute.

Cu aproape jumătate din populație care locuiește în mediul rural, cu un nivel scăzut al veniturilor, un trai bazat pe autoconsum, în unele cazuri fără acces permanent sau deloc la medicină de familie în localitate, fără controale preventive anterioare, accesul la spitale în faze avansate ale bolii rămâne în unele cazuri singurul tip de asistență medicală, dar se realizează greoi, ca distanță și buget pentru familie.

O politică de personal adecvată ar trebui să reducă decalajele în acoperirea cu personal medical și la reducerea emigrării personalului medical:

- o atragere a medicilor tineri în mediul rural la nivelul medicinei de familie și în urbanul mic/mediu la nivelul medicinei primare și ambulatorului de specialitate, prin asigurarea de către primărie a unor locuințe de serviciu fără costuri și a altor facilități locale;
- creșterea nivelului de salarizare a personalului medical;
- o plată diferențiată în funcție de performanță;
- o reducere a procedurilor birocratice din sistem în medicina primară, în special, care să faciliteze creșterea timpului acordat actului medical de către medic (transformarea medicului în scriptolog s-a făcut cu reducerea timpului dedicat pacienților);
- reconstruirea unei imagini pozitive asupra sistemului medical și redarea demnității sociale a medicului (și profesorului) în societatea românească;
- managementul sistemului fără schimbarea frecventă a decidenților;

- dezvoltarea unui sistem de caravane prin deplasarea medicilor pentru mediul rural pentru testarea populației pentru rate ridicate de morbiditate (cancer de col uterin, TB etc.);
- dezvoltarea unui sistem de caravane prin deplasarea medicilor pentru mediul rural pentru servicii stomatologice;
- dezvoltarea unui sistem de caravane prin deplasarea specialiștilor pentru realizarea educației pentru sănătate în mediile defavorizate: comunități de romi, comunități sărace (urbane/rurale) în momentul de față, există o dispersie majoră fără o strategie a puștinilor medici și resurse financiare de care România dispune, în multe unități medicale. Totul pornește de la o imposibilitate de asumare politică a unor asemenea reforme, care au un preț electoral, lipsa unui sistem de monitorizare a calității serviciilor de sănătate; lipsa cunoașterii costurilor reale ale sistemului; subfinanțarea cronică a unor domenii din sistemul de sănătate; imposibilitatea de a avea o strategie a dezvoltării spitalelor coerentă și pe termen lung; plecarea profesioniștilor din sistem.

## CONCLUZII

Inerția tuturor politicilor în sine și a alocărilor bugetare sunt lucruri care trebuie luate în calcul. Inclusiv bugetul alocat de la un an la altul, funcționează pe baze istorice. Inovarea, introducerea de măsuri noi, de creștere bruscă a finanțării se lovește de blocaje de sistem. Deși politicile se pot schimba treptat, în pași mici, instrumentele de politică au inerția lor. Politicile trebuie să dea dovadă de coerență internă și coerență pe verticală, adică acivitățile care decurg din politică trebuie să fie logic intercorelate, coerente.

Un factor care fundamentează politicile de sănătate este dependența de cale. Este vorba de continuitatea politicilor publice din domeniul sanitar și de importanța opțiunilor. Dependența de cale explică stabilitatea opțiunilor și rezistența la schimbare.

Mecanismele care determină o opțiune sunt din ce în ce mai constrângătoare pe măsură ce se înscriu într-o perioadă mai mare de timp. Este vorba de costuri legate de investiții, de efecte ale învățării, de coordonare și capacitate de anticipare. Schimbarea presupune investire în capacitatea de a

prevedea noi comportamente, modificarea așteptărilor, un stres organizațional. Pe de altă parte, mandatele celor aleși sunt pe termen scurt, ceea ce îi face să aleagă soluția mai puțin costisitoare din punct de vedere al costurilor sociale, electorale. O soluție complet nouă prezintă adesea costuri imediate, pentru punerea ei în practică și învățare, dar avantaje pe termen lung, riscuri și de aceea nu este aleasă de către oamenii politici (Pierson 2000).

### Bibliografie

- Banca Mondială. 2011. *Romania Functional Review. Health Sector. Final Report*. Washington, DC: World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/310301468297587288/pdf/NonAsciiFileName0.pdf>
- Comisia prezidențială pentru analiza și elaborarea politicilor din domeniul sănătății publice din România. 2008. *Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetățeanului*. [http://old.presidency.ro/static/rapoarte/Raport\\_CPAEPDSPR.pdf](http://old.presidency.ro/static/rapoarte/Raport_CPAEPDSPR.pdf)
- EFOR și Mind Research & Rating. 2012. *Veniturile și cheltuielile sistemului de sănătate. Scurtă analiză comparativă a variantelor de reformă. EFOR Policy Brief no 7*. <http://expertforum.ro/wp-content/uploads/2012/10/17052012-studiu-resurse-sanatate-final-ora-24-00.pdf>
- Haraga, Simona and Eugeniu Țurlea. 2009. "Alocarea resurselor către spitale pe baza costurilor standard pe grupe de diagnostic." *Management in Health* 13(1). <http://journal.managementinhealth.com/index.php/rms/article/view/14/41>
- Ministerul Sănătății. 2014. *Strategia Națională de Sănătate 2014–2020* (HG 1028/2014). <http://www.ms.ro/upload/Anexa%201%20-%20Strategia%20Nationala%20de%20Sanatate%202014-2020.pdf>
- OECD. 2014. *Health at a Glance: Europe 2014*, OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2014-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en)
- Pierson, Paul. 2000. "Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics." *American Political Science Review* 94 (2): 251–267.
- Zamfir, Cătălin (coord.). 2016. "Proiect 6. Economia și calitatea vieții. Capitolul III. O strategie a relansării calității vieții în perspectiva 2037: Direcții. Priorități. Obiective. Ținte. Restricții. Oportunități." In *Strategia de dezvoltare a României în următorii 20 de ani. Volumul III. Partea 1* coordonată de Ionel Valentin Vlad, 361–390. București: Editura Academiei Române.

## ANEXA

## CHELTUIELILE CU SĂNĂTATEA ÎN ȚĂRILE UE

**Cheltuielile totale pentru sănătate ca % din PIB**

|                       | 2003        | 2004        | 2005        | 2006        | 2007        | 2008        | 2009        | 2010        | 2011        | 2012        |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>Belgia</b>         | 9,65        | 9,68        | 9,65        | 9,58        | 9,62        | 9,94        | 10,65       | 10,56       | 10,61       | 10,89       |
| <b>Bulgaria</b>       | 7,58        | 7,31        | 7,31        | 6,89        | 6,81        | 6,97        | 7,23        | 7,58        | 7,72        | :           |
| <b>Republica Cehă</b> | 7,13        | 6,90        | 6,93        | 6,69        | 6,52        | 6,82        | 7,85        | 7,43        | 7,50        | 7,55        |
| <b>Danemarca</b>      | 9,51        | 9,67        | 9,77        | 9,92        | 9,99        | 10,18       | 11,47       | 11,08       | 10,87       | 10,98       |
| <b>Germania</b>       | 10,92       | 10,67       | 10,81       | 10,64       | 10,48       | 10,70       | 11,75       | 11,56       | 11,25       | 11,27       |
| <b>Estonia</b>        | 4,92        | 5,14        | 5,02        | 5,02        | 5,16        | 6,06        | 6,93        | 6,32        | 5,83        | 5,89        |
| <b>Grecia</b>         | :           | :           | :           | :           | :           | :           | 10,19       | 9,48        | 9,79        | 9,27        |
| <b>Spania</b>         | 8,15        | 8,22        | 8,29        | 8,39        | 8,49        | 8,93        | 9,60        | 9,65        | 9,44        | 9,30        |
| <b>Franța</b>         | 10,75       | 10,89       | 10,93       | 10,85       | 10,78       | 10,91       | 11,60       | 11,55       | 11,52       | 11,61       |
| <b>Croația</b>        | :           | :           | :           | :           | :           | :           | :           | :           | 7,28        | 7,23        |
| <b>Cipru</b>          | 6,83        | 6,42        | 6,37        | 6,28        | 6,05        | 6,89        | 7,40        | 7,28        | 7,58        | 7,40        |
| <b>Letonia</b>        | :           | 6,54        | 6,39        | 6,80        | 7,01        | 6,63        | 6,84        | 6,46        | :           | :           |
| <b>Lituania</b>       | :           | 5,67        | 5,83        | 6,20        | 6,22        | 6,61        | 7,53        | 7,09        | 6,86        | 6,67        |
| <b>Luxemburg</b>      | 7,67        | 8,20        | 7,95        | 7,75        | 6,80        | 7,34        | 8,11        | 7,68        | 7,39        | 7,18        |
| <b>Ungaria</b>        | 8,57        | 8,22        | 8,45        | 8,26        | 7,67        | 7,46        | 7,74        | 8,06        | 8,03        | 7,97        |
| <b>Olanda</b>         | 9,77        | 9,97        | 10,88       | 10,75       | 10,76       | 10,99       | 11,88       | 12,15       | 12,10       | :           |
| <b>Austria</b>        | 10,30       | 10,43       | 10,42       | 10,22       | 10,26       | 10,49       | 11,17       | 11,13       | 10,87       | 11,10       |
| <b>Polonia</b>        | 6,24        | 6,20        | 6,21        | 6,20        | 6,33        | 6,89        | 7,21        | 7,02        | 6,87        | 6,75        |
| <b>Portugalia</b>     | 9,73        | 10,05       | 10,35       | 10,03       | 9,99        | 10,22       | 10,81       | 10,80       | 10,23       | :           |
| <b>România</b>        | <b>5,33</b> | <b>5,46</b> | <b>5,50</b> | <b>5,09</b> | <b>5,24</b> | <b>5,44</b> | <b>5,66</b> | <b>5,95</b> | <b>5,60</b> | <b>5,56</b> |
| <b>Slovenia</b>       | 8,65        | 8,35        | 8,36        | 8,28        | 7,86        | 8,35        | 9,23        | 8,90        | 8,86        | :           |
| <b>Slovacia</b>       | :           | :           | 7,04        | 7,35        | 7,76        | 8,02        | 9,15        | 8,99        | 7,96        | :           |
| <b>Finlanda</b>       | 8,15        | 8,21        | 8,43        | 8,34        | 8,04        | 8,31        | 9,17        | 8,99        | 8,95        | 9,09        |
| <b>Suedia</b>         | 9,31        | 9,09        | 9,06        | 8,95        | 8,92        | 9,23        | 9,94        | 9,47        | 9,49        | 9,58        |

Sursa: Eurostat 2015.

**Cheltuieli cu sănătatea: Alocarea de fonduri publice ca % din PIB**  
**(include și cheltuielile din fondurile de asigurări sociale de sănătate)**

|                       | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| <b>Belgia</b>         | 7,05 | 7,15 | 7,14 | 6,99 | 6,97 | 7,42 | 8,07 | 7,92 | 8,03 | 8,19 |
| <b>Bulgaria</b>       | 4,49 | 4,26 | 4,27 | 3,79 | 3,65 | 3,71 | 3,84 | 4,18 | 4,16 | :    |
| <b>Republica Cehă</b> | 6,13 | 5,93 | 5,81 | 5,60 | 5,34 | 5,46 | 6,35 | 6,03 | 6,17 | 6,21 |
| <b>Danemarca</b>      | 7,66 | 7,73 | 7,81 | 7,93 | 8,01 | 8,21 | 9,33 | 9,03 | 8,87 | 9,03 |
| <b>Germania</b>       | 8,28 | 7,92 | 8,01 | 7,88 | 7,77 | 7,94 | 8,75 | 8,61 | 8,37 | 8,41 |
| <b>Estonia</b>        | 3,74 | 3,85 | 3,82 | 3,63 | 3,87 | 4,55 | 5,20 | 4,97 | 4,61 | 4,62 |
| <b>Grecia</b>         | :    | :    | :    | :    | :    | :    | 6,97 | 6,32 | 6,60 | 6,22 |
| <b>Spania</b>         | 5,51 | 5,58 | 5,65 | 5,75 | 5,85 | 6,26 | 6,96 | 6,97 | 6,79 | 6,57 |
| <b>Franța</b>         | 8,16 | 8,24 | 8,26 | 8,15 | 8,11 | 8,17 | 8,73 | 8,69 | 8,60 | 8,67 |
| <b>Croația</b>        | :    | :    | :    | :    | :    | :    | :    | :    | 5,52 | 5,60 |
| <b>Cipru</b>          | 2,76 | 2,49 | 2,48 | 2,59 | 2,55 | 2,80 | 3,08 | 3,40 | 3,46 | 3,37 |

(continuare tabel)

|            |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Letonia    | :           | 3,66        | 3,47        | 3,81        | 3,64        | 3,61        | 3,72        | 3,56        | :           | :           |
| Lituania   | :           | 3,66        | 3,77        | 3,94        | 4,14        | 4,52        | 5,39        | 4,93        | 4,65        | 4,27        |
| Luxemburg  | 5,86        | 6,23        | 5,93        | 5,54        | 5,20        | 5,83        | 6,54        | 6,10        | 5,86        | 5,59        |
| Ungaria    | 5,85        | 5,47        | 5,70        | 5,53        | 4,96        | 4,85        | 4,95        | 5,03        | 4,93        | 4,78        |
| Olanda     | 5,98        | 5,96        | 7,04        | 8,41        | 8,42        | 8,67        | 9,45        | 9,64        | 9,62        | 10,09       |
| Austria    | 7,37        | 7,47        | 7,50        | 7,45        | 7,46        | 7,69        | 8,13        | 8,07        | 7,91        | 8,04        |
| Polonia    | 4,14        | 4,01        | 4,02        | 4,05        | 4,15        | 4,61        | 4,82        | 4,69        | 4,53        | 4,43        |
| Portugalia | 6,41        | 6,61        | 6,84        | 6,37        | 6,33        | 6,38        | 6,92        | 6,84        | 6,33        | :           |
| România    | <b>4,41</b> | <b>4,03</b> | <b>4,41</b> | <b>4,01</b> | <b>4,20</b> | <b>4,29</b> | <b>4,40</b> | <b>4,65</b> | <b>4,34</b> | <b>4,36</b> |
| Slovenia   | 5,88        | 5,81        | 5,82        | 5,66        | 5,32        | 5,77        | 6,27        | 6,27        | 6,25        | :           |
| Slovacia   | :           | :           | 5,08        | 4,91        | 5,11        | 5,38        | 5,96        | 5,75        | 5,60        | :           |
| Finlanda   | 5,62        | 5,73        | 5,91        | 5,89        | 5,65        | 5,86        | 6,46        | 6,31        | 6,34        | 6,48        |
| Suedia     | 7,33        | 7,13        | 7,09        | 7,01        | 6,97        | 7,18        | 7,74        | 7,31        | 7,31        | 7,36        |

Sursa: Eurostat 2015.

### Cheltuielile pentru sănătate din bugetele gospodăriilor ca % din PIB (Private household out-of-pocket expenditure)

|                | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Belgia         | 2,10 | 2,02 | 2,00 | 2,10 | 2,15 | 2,09 | 2,13 | 2,19 | 2,12 | 2,22 |
| Bulgaria       | 2,80 | 2,79 | 2,77 | 2,88 | 2,77 | 2,82 | 3,13 | 3,25 | 3,41 | :    |
| Republica Cehă | 0,71 | 0,71 | 0,74 | 0,76 | 0,86 | 1,07 | 1,15 | 1,10 | 1,11 | 1,13 |
| Danemarca      | 1,33 | 1,38 | 1,37 | 1,37 | 1,39 | 1,38 | 1,51 | 1,46 | 1,39 | 1,37 |
| Germania       | 1,20 | 1,31 | 1,32 | 1,33 | 1,30 | 1,30 | 1,39 | 1,38 | 1,34 | 1,33 |
| Estonia        | 1,00 | 1,09 | 1,02 | 1,26 | 1,13 | 1,19 | 1,41 | 1,17 | 1,02 | 1,07 |
| Grecia         | :    | :    | :    | :    | :    | :    | 2,85 | 2,74 | 2,79 | 2,64 |
| Spania         | 1,87 | 1,87 | 1,83 | 1,77 | 1,74 | 1,82 | 1,79 | 1,92 | 1,91 | 2,03 |
| Franța         | 0,76 | 0,76 | 0,77 | 0,81 | 0,79 | 0,83 | 0,87 | 0,86 | 0,86 | 0,87 |
| Croația        | :    | :    | :    | :    | :    | :    | :    | :    | 0,95 | 0,90 |
| Cipru          | 2,97 | 2,98 | 3,00 | 2,93 | 2,89 | 3,43 | 3,58 | 3,28 | 3,38 | 3,42 |
| Letonia        | :    | 2,65 | 2,59 | 2,21 | 2,45 | 2,23 | 2,42 | 2,25 | :    | :    |
| Lituania       | :    | 1,81 | 1,85 | 1,86 | 1,65 | 1,79 | 1,99 | 1,90 | 1,85 | 2,02 |
| Luxemburg      | 0,94 | 0,96 | 0,92 | 0,89 | 0,64 | 0,67 | 0,75 | 0,74 | 0,78 | 0,79 |
| Ungaria        | 2,19 | 2,05 | 2,11 | 2,00 | 1,95 | 1,92 | 1,96 | 2,12 | 2,18 | 2,25 |
| Olanda         | 0,72 | 0,71 | 0,82 | 0,67 | 0,65 | 0,68 | 0,63 | 0,64 | 0,66 | 0,70 |
| Austria        | :    | 1,77 | 1,75 | 1,69 | 1,69 | 1,68 | 1,79 | 1,80 | 1,73 | 1,74 |
| Polonia        | 1,65 | 1,74 | 1,62 | 1,59 | 1,56 | 1,57 | 1,64 | 1,55 | 1,53 | 1,54 |
| Portugalia     | 2,27 | 2,35 | 2,47 | 2,52 | 2,54 | 2,75 | 2,80 | 2,79 | 2,79 | :    |
| România        | 0,79 | 1,32 | 1,02 | 1,01 | 0,90 | 0,96 | 1,16 | 1,14 | 1,14 | 1,06 |
| Slovenia       | 1,03 | 0,98 | 1,05 | 0,97 | 1,04 | 1,01 | 1,09 | 1,09 | 1,04 | :    |
| Slovacia       | :    | :    | 1,59 | 1,87 | 2,02 | 2,00 | 2,32 | 2,31 | 1,79 | :    |
| Finlanda       | 1,70 | 1,68 | 1,69 | 1,59 | 1,56 | 1,59 | 1,73 | 1,76 | 1,71 | 1,70 |
| Suedia         | 1,48 | 1,48 | 1,51 | 1,49 | 1,47 | 1,51 | 1,63 | 1,55 | 1,53 | 1,58 |

Sursa: Eurostat 2015.

# OCUPAREA ÎN ROMÂNIA: SURSE DE VULNERABILITATE<sup>1</sup>

SIMONA ILIE  
ANA MARIA PREOTEASA

## INTRODUCERE

Deschiderea României către economia de piață, acum aproape trei decenii, a fost însoțită de schimbări structurale profunde. Majoritatea întreprinderilor de mari dimensiuni s-au scindat ori s-au închis. O serie de ramuri economice s-au restrâns considerabil, afectând diferit regiunile țării, fără ca noi direcții de dezvoltare să se fi conturat cu claritate. Sectorul privat s-a dezvoltat prin acceptarea investițiilor străine, dar și prin libera inițiativă privată, cvasi inexistentă anterior. O serie de calificări din zona industrială au devenit inutile, în timp ce adaptarea forței de muncă la noile cerințe ale pieței a fost lentă. Pe scară largă, indivizii au început să resimtă incertitudinea locului de muncă, piața muncii trecând de la șomaj zero (în perioada comunistă) la ocupare cu locuri de muncă slab remunerate în raport cu așteptările firești ale populației. Ocuparea sub calificarea certificată, munca pe cont propriu, ocuparea informală (fără asigurări), migrația spre zone rurale în căutarea unei minime siguranțe a resurselor, migrația în Occident, dar și apelul la pensionare anticipată sau la alte drepturi sociale au fost strategii pentru asigurarea resurselor necesare traiului.

În același timp, spațiul european a traversat o perioadă de consolidare ca uniune politico-economică, simultan cu adaptarea direcțiilor politicii social-economice la contextul contemporan. Unul dintre pilonii acestora, *Strategia Europeană a Ocupării*, vizează deopotrivă nivelul și calitatea

---

<sup>1</sup> O formă a lucrării a fost publicată în: Ilie, Simona, Ana Maria Preoteasa. 2017. „O perspectivă asupra ocupării atipice: România în comparație europeană.” *Calitatea Vieții* 3: 243–267.

ocupării. În forma actuală, strategia are și o semnificativă componentă incluzivă bazată pe egalitatea de șansă și totodată una educațională, care țintește aspecte ale discordanțelor dintre cererea și oferta de forță de muncă pe tot parcursul vieții active (EU 2010). Sunt avute în vedere educația continuă, aranjamente contractuale flexibile și, corespunzător, legislație și sisteme de asigurări sociale adaptate așteptărilor în creștere ale angajaților de la locul de muncă, ale angajatorilor de la angajați și ale societății în ansamblu de la piața muncii.

Angajatorii, receptivi la dezvoltarea tehnologică, așteaptă de la angajați calificare adecvată, performanță, stabilitate, responsabilitate și inventivitate în situații profesionale neprevăzute. Angajații au, la rândul lor, așteptări multiple de la locul de muncă, care se pot schimba ca prioritate de-a lungul vieții active sau de la o generație la alta. Între acestea se pot menționa: autonomia la locul de muncă, dezvoltarea profesională/perspectivile de carieră și sentimentul utilității muncii, accentul pe sarcini de producție și nu pe timpul petrecut la locul de muncă, posibilitatea lucrului la domiciliu, cu timp redus sau în week-end, venituri decente și stabilitate financiară. Împreună – angajat, angajator și societate – se așteaptă ca locul de muncă să valorizeze potențialul individului și să-i permită să se exprime ca o resursă de dezvoltare a companiei angajatoare și a comunității, ceea ce dă individului dreptul și societății obligația de a asigura individul și pentru situațiile în care, din motive independente de el, nu va putea să îndeplinească acest rol (asigurările sociale de sănătate, vârstă, șomaj).

Specificul ocupării românești este, în prezent, relativ departe de modelul conturat prin Strategia europeană. Fără a se număra între minimele europene, nivelul general al ocupării a variat în ultima decadă între 63,5% și 66,0%, sub media europeană și totodată sub ținta asumată de România pentru anul 2020 (70% pentru grupa de vârstă 25–64 ani).

Ocuparea românească prezintă câteva trăsături care conduc la vulnerabilitatea și chiar precaritatea ocupării. Sursele de vulnerabilitate sunt multiple și țin deopotrivă de tipul de contract, nivelul salarial și condițiile de muncă. Aceste trăsături vor fi discutate în cele ce urmează, completate fiind de observarea grupurilor cu vulnerabilitate ridicată și a politicilor care le-au fost adresate. Secțiunea de concluzii cuprinde câteva direcții-măsuri pe care le considerăm necesare în vederea creșterii ocupării.

Analiza de față ia în considerare rata ocupării, agregată și pe forme contractuale, pe total și pe grupurile cu vulnerabilitate ridicată, identificând astfel diferitele sale surse de vulnerabilitate. A fost folosită analiza secundară de date, în principal a indicatorilor disponibili pe site-ul statistic național și european (INS, Eurostat), alături de date de sondaj european referitoare la condițiile de muncă (Eurofound). Accentul analizei cade pe situația ultimilor ani și pe nivelul indicatorilor discutați în spațiul european (UE28), ca și în țările-motor în economia acestuia (UE15), pentru a păstra în atenție performanțe posibile cu privire la indicatorii ocupării. Pe baza acestor date au fost formulate recomandări pentru creșterea calității ocupării în România.

### **FORME ALE OCUPĂRII ȘI VULNERABILITATEA ÎN OCUPARE – ASPECTE DIN LITERATURĂ**

Cea mai extinsă formă de ocupare este cea salarială, în care forța de muncă, în schimbul unei recompense financiare, prestează o activitate în acord cu cerința unui angajator, în baza unui contract scris. Acesta se referă la obiectul activității, la remunerația aferentă, la condițiile și durata muncii, modul în care sunt acoperite situațiile de accident în muncă și alocarea veniturilor pentru perioadele în care individul nu poate fi activ pe piața muncii (boală, șomaj, pensionare). O astfel de relație este văzută ca una pe termen lung, chiar nedeterminat.

Această formă de ocupare definește în prezent ocuparea standard<sup>2</sup>, fiind pentru individ o importantă sursă de siguranță economică, transferată și vieții familiale. Stabilitatea pe care o implică este benefică și pentru angajator, care reduce astfel costurile directe și de producție ocazionate de angajări repetate, crescând eficiența planului de calificare a personalului și pe cel de afaceri.

---

<sup>2</sup> Ocuparea salarială, cu timp integral, cu contract pe perioadă nedeterminată, acoperită prin prevederile sistemelor de asigurări sociale (de pensii, sănătate și șomaj) ale țării respective, în relație de muncă cu un singur angajator și subordonat acestuia. <https://www.eurofound.europa.eu/observatories/eurwork/industrial-relations-dictionary/atypical-work>

Parte a ocupării standard, ocuparea la distanță (munca în afara locației angajatorului) răspunde nevoii celor pentru care starea de sănătate (chiar în forme accentuate de dizabilitate) sau condiționările familiale nu permit deplasarea sau absența îndelungată, constantă, de acasă. Până în urmă cu 2–3 decenii era puțin cunoscută, fiind posibilă pentru o gamă restrânsă de activități/ocupații (pentru care obiectul activității a putut fi deplasat la domiciliul lucrătorului). Dezvoltarea tehnologică și a comunicării electronice din ultima jumătate de secol a făcut posibilă extinderea ocupării la distanță, prin generarea unor noi calificări și profesii, prin oportunitatea reducerii unor costuri la angajator și posibilitatea efectivă de a administra o astfel de relație de muncă, cu efect chiar asupra modului de organizare a producției naționale (Brynjolfsson și alții 1989). Richman și alții (2002) identifică cinci forme ale ocupării la distanță: cei care lucrează ad-hoc sau periodic (câteva zile pe lună) de acasă/din afara sediului angajatorului (teleworking), cei care lucrează cu normă întreagă de la domiciliul lor (*remote workers*), cei care lucrează din locații variate (angajații mobili – mașină, domiciliu personal, hotel, sediul clienților) și cei care își desfășoară activitatea în principal la sediul clienților. Argumente precum satisfacția mai mare cu locul de muncă, o mai mare concentrare sau productivitate a angajatului, ca și orientarea incluzivă a politicilor naționale au adus în atenție această formă de ocupare, subsumată obiectivului modern al timpului flexibil de lucru (*flexi-work*).

Orice relație de muncă diferită de cea standard este parte a ocupării nonstandard sau atipice, care cuprinde ocuparea cu timp parțial de muncă, pe perioadă determinată, cu intermitențe/sezonieră, pe cont propriu, nedeclarată sau informală.

Promovarea formelor nonstandard de ocupare este un proces conturat la nivel internațional în anii '80 ai secolului trecut și este cunoscut drept flexibilizarea muncii. Tendința a fost parte a încercării statelor bunăstării de a se adapta la schimbările economice și sociale ale momentului, între care stagnarea ritmului de creștere economică și a gradului de ocupare, creșterea speranței medii de viață, extinderea formelor non-tradiționale ale familiei (Esping-Andersen 1999), explozia tehnologică și a perspectivei drepturilor omului, tot mai explicit aplicată relațiilor de muncă.

Ocuparea cu timp redus (*part-time*) răspunde celor care au condiționări personal-familiale (impuse de procesul educațional, de îngrijirea unor persoane

dependente sau probleme de sănătate), care nu permit asumarea responsabilităților unui loc de muncă cu timp integral, dar și angajatorilor, a căror ofertă se referă doar la anumite momente ale unei zile/săptămâni de muncă, mai frecvent în zona serviciilor administrative și în industria ospitalității, pentru acoperirea fluxurilor variabile ale activității. Ocuparea cu timp redus este mai probabilă la femei și în firme de mici dimensiuni de unde și mai accentuatul său rol de reconciliere a vieții profesionale cu cea familială (Tabelul 1).

Ocuparea temporară oferă posibilitatea de a dobândi experiență sau o sursă de venit până la găsirea unui loc de muncă standard și dă angajaților și angajatorilor posibilitatea de a se cunoaște reciproc. Deși este semnificativ asociată tinerilor (Tabelul 1), în dinamica actuală a tehnologiei, imprimată profesiilor, își poate găsi locul pe întreaga durată a vârstei active. Prin ocuparea temporară, angajatorii au posibilitatea ajustării structurii și volumului de personal la schimbările tehnologice sau fluctuațiilor de producție în raport cu nivelul cererii. O parte a ocupării temporare o reprezintă ocuparea sezonieră și cea ocazională/de oportunitate.

Ocuparea pe cont propriu este soluția la îndemâna indivizilor pentru libera inițiativă, creativitate și hobby-uri, pentru cei care au în îngrijire persoane dependente, a imigranților care doresc să dobândească acel capital uman sau social necesar în țara de destinație. Ca și ocuparea temporară, este o cale de a prezerva capitalul uman, social și profesional deja dobândit.

Studii de tip cantitativ au arătat că ocuparea pe cont propriu este mai probabilă la bărbați și la vârste mai avansate (Blanchflower 2000; Meager 2007, Tabelul 1), la cei cu educație primară sau superioară (Blanchflower 2000), dacă pe linie paternă a existat experiența ocupării pe cont propriu (Grilo și Thurik 2005; Meager 2007), fiind necesare un anumit tip de competențe sau resurse pentru succesul său (Meager 2007; EU/OECD 2015). Ocuparea pe cont propriu reprezintă o resursă locală pentru cererea de nișă în dezvoltarea economică, studiile identificând o relație cu nivelul șomajului și creșterea economică; perioade de regres economic și creștere a șomajului pot conduce la creșterea ocupării pe cont propriu (ca efect de refugiu), în timp ce creșterea economică poate stimula ocuparea pe cont propriu, aceasta oferind soluții mai flexibile la cererea pieței (efectul antreprenorial; Thurik și alții, 2008).

Deși este o cale de a crește nivelul general al ocupării, prin evitarea șomajului și inactivității, studii preocupate de impactul economic și social al flexibilizării pieței muncii au atras atenția și asupra consecințelor negative ale ocupării nonstandard. Deopotrivă, ocuparea standard și cea nonstandard pot fi precare, dacă prin reglementări sau construcție instituțională inadecvate, lipsa securității locului de muncă sau printr-un nivel salarial scăzut conduc la sau accentuează vulnerabilitatea persoanei ocupate.

Ocuparea nonstandard (contractele part-time sau pe perioada determinată) poate fi valorificată prin politici de ocupare corelate cu măsuri de protecție socială și fiscale. Prin această stimulare se poate ajunge chiar la creșterea ocupării și la stimularea ocupării de calitate. Se cunosc determinanții ocupării (Tabelul 1) și posibilele efecte negative ale diferitor forme de ocupare pe segmentele cărora li se adresează.

Deopotrivă ocuparea standard și nonstandard pot fi parțial sau integral neînregistrate în evidența instituțiilor de profil, caz în care este vorba despre ocupare informală sau economia gri<sup>3</sup>. Riscul acestei forme de ocupare este completa vulnerabilitate a forței de muncă în fața situațiilor de risc (boală, accident, șomaj, pensionare) și permanenta insecuritate a locului de muncă și a veniturilor, translatată familiei. De aici și lipsa investiției în capitalul uman, ca și a planurilor de perspectivă în viața personal-familială. Pe de altă parte, economia informală afectează resursele naționale pentru protecția socială. Factori favorizanți ai acestei forme de ocupare pot fi legislația sau construcția instituțională deficitară, birocrăția excesivă, accesul redus la ocuparea standard, ca și nivelul ridicat al fiscalității sau corupția (Lacko 1999, EU 2014).

De asemenea, ambele pot fi voluntare sau nonvoluntare, acceptate doar în lipsa alternativei. Ocuparea nonvoluntară, în angajamente cu timp parțial sau temporare, este doar unul dintre indicatorii sub-ocupării forței de muncă, adică al neutilizării integrale a capacității de muncă (Feldman 1996), dar cel mai puțin discutabil și ușor identificabil pe plan internațional. Cercetarea în domeniul sub-ocupării a arătat că fenomenul este asociat cu vârsta, genul (Kjeldstad și Nymoen 2011), etnia, ramura economică (Wilkins și Wooden

---

<sup>3</sup> Spre deosebire, economia neagră constă în activități producătoare de venituri nedeclarate/neînregistrate, dar și ilegale (de exemplu, traficul de drog).

2011), revenirea pe piața muncii după concediere sau studiile superioare, odată cu mass-ificarea educației (Feldman 1996), criterii cu care pot fi asociate diferite forme ale ocupării nonstandard.

Predilect expuși acestei forme de subutilizare sunt tinerii, la vârsta la care pot fi încă în procesul de educație formală (16–24 ani). Deși pare firesc, prioritatea la această vârstă fiind procesul educațional, cu atât mai mult în contextul Strategiei Europa 2020, riscul este, așa cum observa MacDonalds (2011), ca subocuparea tinerilor să fie neglijată între temerile legate de fenomene mai grave ale vârstei tinere, cum sunt intensificarea fenomenului NEETs (situația în care tinerii părăsesc sistemul educațional fără a intra pe piața muncii), tranziția haotică la piața muncii a celor cu experiență timpurie de NEET sau indecizia tinerilor între tranziția *fast* respectiv *slow* (situația de educație prelungită) către piața muncii.

Urmare a crizei din 2008 ratele de ocupare cu timp parțial și temporară au crescut în spațiul european, ca și ratele subocupării în aceste forme de ocupare (ILO 2012). Riscul ocupării temporare și a ocupării cu timp redus este ca acestea să nu fie doar o scurtă etapă de tranzit spre ocuparea standard (OECD 2004; Eichhorst 2012). Prolungirea lor îngrijorează datorită veniturilor general mai mici ale celor astfel ocupați (Da Silva și Turrini 2015), a șanselor mai reduse de promovare și în cele din urmă de întârzierea dezvoltării carierei (Zeytinoglu și Cooke 2008; Wallace Pichler și Bernadette 2007). Insecuritatea locului de muncă poate duce la întârzieri în deciziile pentru formarea familiei sau nașterea copiilor (Coontz 2005; Dewilde și Lancee 2013; Badiou 2007; Harvey 2005), dar poate avea și importante efecte asupra sănătății fizice și mentale a angajaților (Santin și alții 2009).

Pentru ocuparea pe cont propriu o serie de studii au arătat că este frecvent tranzitorie în viața profesională a indivizilor, că este mai probabilă dacă individul a trecut prin perioade de șomaj (Meager 2007), că poate avea impact negativ la revenirea în munca salarială, ca venit și tip de contract (în mai mare măsură în forme temporare de ocupare), deși nu la fel de puternic ca în cazul revenirii după șomaj (Bruce și Schuetze 2004; Hyytinen și Rouvinen 2008; Andersson 2011) și se poate resimți negativ în venituri după încetarea ocupării pe cont propriu, urmare a intermitențelor în activitate și chiar a mai slabei acoperiri asiguratorii (Meager 2007).

Astfel de riscuri definesc ocuparea precară, referită prin concepte precum „precariat” (Standing 2011; Paugam 2000; Vallas și Prener 2012), clasă muncitoare săracă” (Ueno 2007; Obinger 2009) „precarizare, contractualizare, flexibilizare, nonstandard, muncă neregulată” (Arnold și Bongiovi 2012). O definiție largă (Walker și Marti 2010) consideră munca precară ca fiind delimitată de conceptul de insecuritate în termeni de asigurare a viitorului, economie și protecție socială.

Multidimensionalitatea conceptului este surprinsă prin definiția dată de Vosko: „Ocuparea precară este dată de relația dintre statutul ocupațional (pe cont propriu sau salariat), forma de ocupare (temporară sau permanentă, cu timp parțial de muncă sau cu timp complet), dimensiunile insecurității pieței muncii în același timp cu contextul social, profesia, industria sau interacțiunile între relațiile sociale, categoriile de gen sau cetățenia” (Vosko 2010, 2). Același autor punctează că „unele locuri de muncă nonstandard sunt relativ sigure în timp ce anumite locuri de muncă standard sunt precare. Precaritatea traversează orice tip de muncă plătită” (Vosko, 2).

În țările dezvoltate ocuparea precară este asociată cu diferențele salariale după tipul locului de muncă (nonstandard versus standard) sau tipul de contract în timp ce în țările în curs de dezvoltare sau postcomuniste munca precară este legată de informalitate și chiar de contracte standard, cu salarii puțin peste pragul de sărăcie (Kalleberg 2009).

Tabelul 1 surprinde relația pozitivă a ocupării nonstandard cu creșterea economică și productivitatea muncii, dar și relația pozitivă privind atragerea șomerilor pe piața muncii. În același timp o economie competitivă și gradul de acoperire sindicală funcționează ca inhibitori ai formelor nonstandard de ocupare, exceptând ocuparea nonsalarială. Diferențe majore în severitatea reglementării ocupării standard și cea temporară sunt de natură a crește incidența ocupării temporare la tineri și persoane necalificate (OECD 2004). Finanțarea demarării unei activități antreprenoriale pentru șomeri, măsură larg apelată în politicile active de ocupare, nu a confirmat întotdeauna așteptările privind șansele de angajare ulterioară; a confirmat în Germania (Eichhorst 2012), dar nu în SUA sau Marea Britanie (Meager 2007).

*Tabelul 1*  
Determinanți ai ocupării nonstandard

|                                                                                         | <b>Cu timp redus</b> | <b>Temporară</b> | <b>Nonsalarială</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------|---------------------|
| Vârsta                                                                                  |                      | –                | +                   |
| Bărbați                                                                                 | –                    |                  | +                   |
| Firme mici și micro                                                                     | +                    |                  |                     |
| Au avut experiența șomajului în ultimii 5 ani                                           | +                    | +                | +                   |
| Satisfacție ridicată privind distribuirea timpului între job și alte aspecte ale vieții | +                    |                  |                     |
| Creștere economică                                                                      | +                    | +                |                     |
| Soldul comerțului exterior (export - import) raportat la PIB                            | –                    | –                |                     |
| Productivitatea muncii                                                                  | +                    | +                |                     |
| Grad de acoperire sindicală                                                             | –                    | –                |                     |

*Sursa:* după ILO World of Work Report. Better jobs for a better economy, Geneva, 2012, 27.

## OCUPAREA STANDARD ÎN ROMÂNIA

Numărul locurilor de muncă salariale s-a redus de la începutul tranziției de la 8,15 milioane în 1990 la 4,46 milioane în 2004, respectiv 4,61 în prezent (INS-Tempo). În ceea ce privește salariul mediu în România, acesta reprezintă circa 16% din cel al țărilor UE15, respectiv circa 52% din cel al fostelor țări comuniste (exceptând doar Bulgaria, cu minimul din spațiul UE28; 2013, USD la rata de schimb, UNECE<sup>4</sup>). Alături de acesta și salariul minim se regăsește aproape de minimul european (între țările care au reglementări în acest sens). Există în prezent și o distribuție nefavorabilă în raport cu nivelul de salarizare între sectorul public și cel privat; cele mai mici câștiguri salariale din România se întâlnesc în firmele proprietate privată integral autohtonă și în cele cu proprietate cooperativă sau comunitară, care cuprind aproape 60% dintre salariați (INS-Tempo). Între țările fostului bloc comunist doar România și Slovenia se găsesc în situația câștigurilor mai mici în sectorul privat față de public<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> Prelucrări după UNECE, <http://w3.unece.org/PXWeb2015/pxweb/en/STAT...>, exprimat în USD, la rata curentă de schimb; octombrie 2016.

<sup>5</sup> Microîntreprinderile (cu mai puțin de 10 angajați) nu sunt cuprinse în această statistică (Eurostat 2014).

*Tabelul 2*  
Rate de ocupare în România și spațiul european, 2015, %

| Formă<br>ocupare/segment<br>forță<br>muncă | 20–64 ani |         |       | 15–24 ani | 55–64 ani | 65–74 ani | Ocupare salarială |           |                    |           |           | Ocupare la<br>distanță |                    |
|--------------------------------------------|-----------|---------|-------|-----------|-----------|-----------|-------------------|-----------|--------------------|-----------|-----------|------------------------|--------------------|
|                                            | Total     | Bărbați | Femei |           |           |           | 15–24 ani         | 20–64 ani | 20–64 ani<br>Femei | 55–64 ani | 65–74 ani | 15–64 ani              | 15–64 ani<br>Femei |
| UE28                                       | 70,0      | 75,8    | 64,2  | 33,0      | 53,3      | 9,0       | 93,6              | 84,6      | 95,2               | 78,9      | 48,5      | 14,5                   | 14,1               |
| UE15                                       | 70,5      | 75,5    | 65,6  | 35,0      | 55,3      | 9,0       | 95,2              | 85,3      | 96,4               | 79,9      | 50,5      | 15,9                   | 15,4               |
| România                                    | 66,0      | 74,7    | 57,2  | 24,5      | 41,1      | 16,5      | 56,1              | 74,1      | 59,7               | 59,5      | 4,0       | 0,8                    | 0,9                |

Sursa: date și prelucrări după Eurostat 2015.

Statistica UE urmărește distinct proporția salariaților cu salarii mici<sup>6</sup>, indicator în raport cu care România se găsește din nou între pozițiile nefavorabile, cu un nivel de 24,4% față de 17,1% media UE28 (Eurostat 2014). Nivelul indicatorului descrește cu creșterea nivelului educațional: de la 42,2% pentru cei cu educație cel mult gimnazială, la 31,5% pentru cei cu educație secundară/nonuniversitară, respectiv la 5,2% pentru cei cu educație terțiară. Descrescător este și decalajul față de media UE28, în cazul celor cu educație terțiară România scăzând chiar sub media europeană, care este de 6,4%.

Deși cu rate ridicate de ocupare, cele mai sărace regiuni ale României (NE, SV) au cea mai mică prezență a ocupării salariale (sub 50% din total ocupare; INS-Tempo); această situație indică rolul paliativ și slaba eficiență a ocupării nesalariale la dobândirea resurselor necesare traiului. De asemenea, ocuparea salariată este specifică urbanului, în rural ponderea salariaților în total ocupare a reprezentat doar circa 38% postcriză, cu un salt notabil în 2015 (46%; INS-Tempo). Oportunitățile de muncă salarială în rural sunt predominant în câteva domenii (de exemplu, administrație publică, educație, mici servicii mecanice, comerț), care se diversifică pe măsură ce acesta se apropie geografic de urban, iar naveta devine fezabilă ca timp, costuri și infrastructură.

Cea mai mare prevalență a ocupării standard și cel mai mare nivel de salarizare se găsește în regiunea București-Ilfov, media câștigurilor nete în afara acesteia fiind de 63% din cel al regiunii București-Ilfov (2015; INS-Tempo).

<sup>6</sup> Salariați cu câștiguri sub 2/3 din media câștigurilor orare brute.

Ocuparea la distanță este ca și inexistentă în România, similar Bulgariei, spre deosebire de țări care ating maximele europene unde mai bine de un sfert din populația ocupată beneficiază de astfel de facilități (Danemarca, Olanda, Luxemburg, Finlanda, Suedia) sau chiar de țări din fostul bloc comunist, cu maxime ale fenomenului în Slovenia 19,1% și Polonia 15,8%.

## OCUPAREA NONSTANDARD ÎN ROMÂNIA

Motivată și de priorități și contexte personale, opțiunea pentru formele nonstandard de ocupare poate fi voluntară, ceea ce se întâmplă pe scară largă în țările dezvoltate economic. Spre deosebire, în România aceasta este motivată de imposibilitatea găsirii unei alternative standard/salariate, indicând, chiar și la prevalența scăzută a ocupării non-standard, situația de sub-ocupare. Astfel:

- dintre salariații cu contract temporar, cei care declară că sunt în această situație pentru că nu au găsit un loc de muncă cu contract permanent reprezintă în România 85,7% față de 62,6% în UE28 (Eurostat 2015). La tineri (15–25 ani) procentul ajunge la 80% față de 37%;
- dintre persoanele ocupate cu timp redus, cei care declară sunt în această situație pentru că nu au găsit un loc de muncă cu angajament integral reprezintă în România 59,0% față de doar 29,1% în spațiul Uniunii (Eurostat 2015). În ultimii ani, procentul a depășit 70% la tinerii români față de doar 28–29% în spațiul UE28;
- ocuparea nesalariată apare în 37% din situații în lipsa unei alternative și 49% ca opțiune personală față de circa 80% opțiune personală în Suedia, Finlanda, Danemarca, Belgia (Eurofound 2016).

Pierderea locurilor de muncă în perioada anilor 1990 a condus la creșterea ocupării nesalariale, larg restricționată în perioada comunistă. În ultimii ani circa o treime a populației astfel ocupate este însă reprezentată de lucrătorii familiali neremunerați (LFN)<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> LFN este acea persoană care participă la realizarea producției întreprinderii unei persoane înrudite, având o contribuție insuficientă pentru a putea fi considerată partener (BIM; <http://ilo.org/global/.../current-guidelines>) și care nu primește venituri în bani sau în natură cuantificat pentru munca depusă (INSSE\_Tempo/AMG110T).

Prezenți în toate țările, LFN reprezintă doar în câteva țări și pe anumite segmente ale forței de muncă o categorie consistentă numeric. România este singulară în spațiul UE28, cu un nivel al LFN pe grupa 20–64 de ani peste 8,2% (Tabelul 3), în descreștere în ultimul deceniu, urmată de Grecia cu doar 4,1% (Eurostat). Valori crescute se înregistrează pe grupele extremă de vârstă activă (30% la tineri și 11% la vârsta prepensionare), de asemenea la un nivel dublu față de țara care ne urmează. Nivelul românesc, de 28%, la vârsta imediat următoare pensionării standard (65–74 ani) nu este singular în spațiul european, dar este departe de caracteristica acestuia (o medie de doar 5% în UE28).

În ocuparea pe cont propriu, angajatorii reprezintă un foarte mic segment în România, covârșitoarea majoritate a acestei categorii fiind reprezentată demersurile antreprenoriale fără angajați, cu un nivel de 94,2% față de 71,1% media UE28 pentru grupa 15–74 ani (Eurostat). Spre comparație, în țări precum Germania, Austria, Danemarca, Luxemburg, dar și Ungaria și Estonia acest nivel coboară sub 60%.

Tabelul 3

Rate de ocupare în forme nonstandard; România și spațiul european, %, 2015

| Formă ocupare/<br>segment<br>forță<br>muncă | Ocupare nesalarială<br>antreprenorială |           |           |           | LFN       |           |           | Ocupare cu timp<br>parțial |                    |           | Ocupare<br>temporară<br>(salariați) |           |
|---------------------------------------------|----------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------------------------|--------------------|-----------|-------------------------------------|-----------|
|                                             | 15–24 ani                              | 20–64 ani | 55–64 ani | 65–74 ani | 15–24 ani | 20–64 ani | 65–74 ani | 15–74 ani                  | 15–74 ani<br>Femei | 15–24 ani | 15–64 ani                           | 15–24 ani |
| UE28                                        | 4,2                                    | 14,4      | 19,7      | 45,8      | 2,1       | 1,0       | 5,6       | 20,3                       | 32,7               | 32,2      | 14,1                                | 43,3      |
| UE15                                        | 3,8                                    | 14,1      | 19,2      | 45,8      | 0,8       | 0,6       | 3,4       | 23,7                       | 38,4               | 35,6      | 14,0                                | 43,6      |
| Romania                                     | 13,1                                   | 17,7      | 29,2      | 68,0      | 30,8      | 8,2       | 28,0      | 9,9                        | 10,6               | 19,2      | 1,4                                 | 5,4       |

Sursa: date și prelucrări după Eurostat 2015; \*<sup>1</sup> fără Estonia.

Ocuparea nesalarială românească este departe de a se constitui din inițiativa antreprenorială a liber profesioniștilor, creativă sau de nișă. În ambele sale forme (pe cont propriu și LFN) este principala cale de ocupare în mediul rural (54%; 2015; INS-Tempo), unde munca este larg neimpozitată și neasigurată social sau medical, constând majoritar în munca membrilor

gospodăriei în agricultura de subzistență. Argumentele muncii pământului chiar și în aceste condiții țin deopotrivă de necesitate (dată de insuficiența veniturilor, a unei alternative de ocupare), de datorie (fiind rușine să lași pământul nelucrat sau trebuind să ajuti familia lărgită) și marginal de satisfacția unei munci utile sau a unui consum de produse naturale sănătoase (Ilie și Stanciu 2012). Cu mijloace rudimentare, aceasta este o muncă intensivă, cu mare probabilitate de eșec.

Ocuparea nesalarială este specifică mai ales grupelor marginale ale vârstei active și continuă și dincolo de vârsta standard de pensionare (65–74 ani). Pe această ultimă grupă de vârstă România are o rată agregată de ocupare foarte ridicată, datorată covârșitor ocupării nesalariale, opus spațiului european și, mai ales, țărilor fostului bloc comunist. Un nivel mediu estimat al ocupării salariale în aceste țări (exceptând Bulgaria și România) este de 62% (față de 4% în România), cei ocupați pe cont propriu (fără angajați) reprezentând doar 29% (față de 68% în România). Sintetizând datele Tabelor 2 și 3 privind ocuparea nesalarială se poate afirma că atât intrarea, cât și ieșirea de pe piața românească a muncii tind să se facă mai târziu și mai accentuat în forme nesalariale de ocupare.

Ocuparea cu timp parțial este semnificativ mai puțin extinsă decât în țările industrializate și nu confirmă asocierea sa cu genul. În România aceasta este mai degrabă asociată tinerilor (deși notabil mai puțin decât în țările spațiului european) și ocupării nesalariale (peste 30% față de un maxim de doar 2% atins la tineri; prelucrări după date INS-Tempo). Se infirmă astfel rolul de flexibilizator al ocupării part-time.

Ocuparea temporară, ca și lucrul la domiciliu, plasează practic România în afara peisajului UE, cu doar 1% contracte temporare la salariații între 15 și 64 de ani și un nivel de peste zece ori mai mic decât în spațiul UE28 la grupa de 15–24 ani. Între țările fostului bloc comunist un nivel apropiat regăsim doar în Țările Baltice și Bulgaria, cu un nivel de 2–3%, maximele acestui grup fiind de 21,8% în Polonia. Pe segmentul tânăr decalajele sunt mai accentuate, maximele fostului bloc comunist depășind și 50% în Slovenia și Polonia (Eurostat). Nivelul său redus coroborat cu rata ridicată a ocupării temporare involuntare exclude practic rolul ocupării temporare de flexibilizator al pieței muncii.

Implicarea în activități informale sau cvasiformalizate<sup>8</sup> este comună în prezent în special persoanelor cu calificare redusă, populației vulnerabile economic, șomerilor care preferă să mențină statutul de șomer indemnizat și celor în alte forme de suport social (beneficiari de ajutor social, pensii de invaliditate sau medicale, indemnizații de handicap) în căutarea stabilității veniturilor. Un studiu din 2011 (Voinea și Albu 2011) o estimează la 36,9% din totalul populației ocupate, preponderent expuși fiind tinerii, vârstnicii, cei slab calificați și cei din mediul rural. O estimare indirectă, realizată pe baza unei întrebări adresată populației cu privire la domeniile în care aceasta crede că se practică muncă informală, identifică cel mai frecvent serviciile în gospodărie (îngrijirea copiilor sau a vârstnicilor, menaj ș.a.m.d.; RO – 29%; UE – 17%), construcțiile (RO – 21%; UE – 16%), serviciile personale (RO – 15% și UE – 9%) și vânzări (RO – 14% și UE – 22%) (Comisia Europeană 2007).

## VULNERABILITATE PE PIAȚA ROMÂNEASCĂ A MUNCII

O primă vulnerabilitate s-a conturat a fi nivelul salarial scăzut, care se traduce în spațiul familiei prin restricționarea opțiunilor privind dezvoltarea personală, hobby-uri și chiar consum curent (vezi secțiunea *Nivel de trai și protecție socială* în acest volum). Relativ slab extinsa ocupare salarială (comparativ cu spațiul european) este confirmată și prin proporția scăzută a gospodăriilor în care există 2 salarii full-time (doar 51% față de Republica Cehă, Ungaria, Estonia, Finlanda Lituania cu 70–72%; din total gospodării în care cel puțin unul dintre parteneri lucrează; Eurofound 2016).

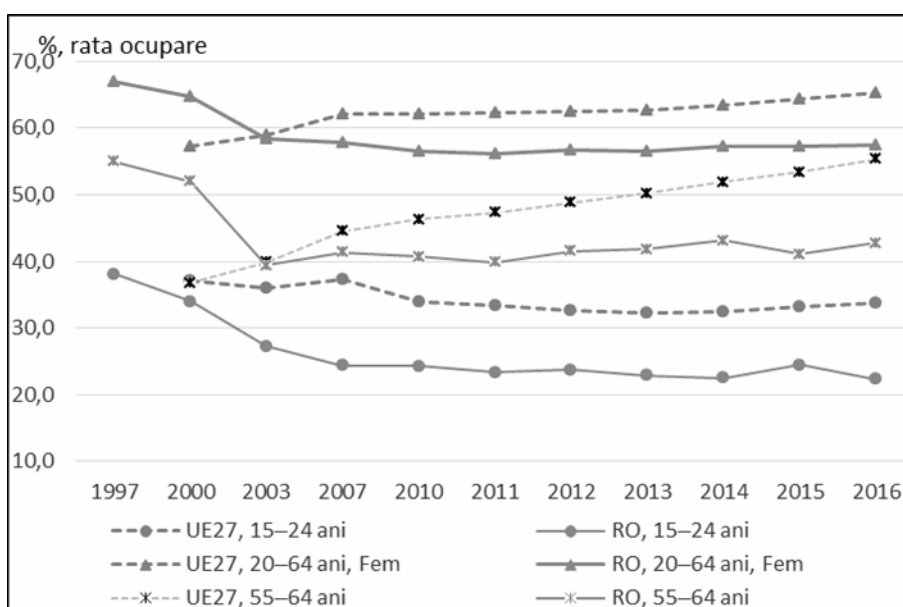
Mai puțin cunoscută este vulnerabilitatea asociată condițiilor de muncă, a căror calitate pare să fie între cele mai scăzute din Uniunea Europeană (Eurofound, 2016). Pentru evaluarea condițiilor de muncă, alături de venituri, s-au observat mediul fizic, intensitatea muncii, calitatea timpului de muncă, mediul social, abilități, precum și perspectivele de carieră. Expunerea la factorii de mediu arată un risc crescut al angajaților din România în ceea ce

---

<sup>8</sup> Angajatul primește două salarii, unul declarat impozitat și o completare la negru. Se mai numește și *envelope wage* (salariul în plic). Studiul amintit estimează la 12,4% proporția celor declară că salariul pe care-l primesc nu este integral înregistrat.

privește factorii chimici și biologici, dar și riscul de postură în timpul muncii<sup>9</sup>. În plus, România înregistrează o intensitate a muncii crescută (un index cu valoare 36 față de media europeană de 33) și un număr de 42 de ore lucrate săptămânal față de 35 (media UE28). Diferit față de UE este și faptul că timpul de muncă la principalul loc de muncă scade odată cu trecerea de la ocuparea salarială la cea nesalarială, în timp ce în spațiul UE15 crește (40,8/37,2 ore față de 35,4/42 ore; Eurostat); această diferență indică o mai puțin generoasă reglementare a timpului standard de muncă și un profil diferit al ocupării nesalariale (deja conturat).

Grafic 1. Particularități ale ocupării, UE27 și România, 1997–2016



Sursa: Eurostat 2016.

Cea mai frecvent discutată este vulnerabilitatea derivată din caracteristici care definesc populația cel mai probabil a se afla în situații de risc pe piața muncii – vârsta, genul, etnia, calificarea, educația sau starea de sănătate, grupuri ale căror particularități sunt pe scurt amintite în cele ce urmează.

<sup>9</sup> Factorii chimici și biologici se referă la inhalarea de fum și vapori toxici, manevrarea produselor chimice și a materialelor cu risc de infecție. Riscul de postură se referă la expunere la vibrații, poziții obositoare, ridicarea de greutăți, mișcări repetitive care pot afecta coloana vertebrală sau articulațiile.

De-a lungul ultimei decade, România a avut rate mai scăzute ale ocupării decât UE în ansamblul său în ceea ce privește grupele de vârstă. În Graficul 1 prezentăm în dinamică și comparație aceste date. Se pot observa diferențe importante, în special pentru categoria tinerilor (15–24 de ani), dar și a categoriei aflate înainte de pensie (55–64 de ani).

Ocuparea în rândul femeilor este între minimele europene, alături de țări mediteraneene în care considerente cultural–religioase sau politica socială alocă familiei un rol explicit în furnizarea de suport social și femeii un rol accentuat în îngrijirea copiilor (Turcia, Macedonia, Italia, Spania, alături de Grecia, Malta și Croația). Valori peste 70% ale ocupării femeii sunt comune în țările nordice, Germaniei, Austriei, Olandei și Țărilor Baltice.

Ocuparea tinerilor a pierdut aproximativ 10 puncte procentuale doar după relansarea economică din anul 2000; cu un nivel de 24,5% în 2015 este între minimele europene (lăsând în urmă doar țări mediteraneene, Slovenia și Bulgaria). Din nou țări nordice (cu o accentuată deschidere pentru ocuparea part-time), Olanda (cu o îndelungată politică a salariului minim diferențiat la tineri pe mai multe niveluri, inferioare pragului minim național; Salverda, 2008), respectiv Germania și Austria (cu un sistem de educație profesională dezvoltată) au niveluri ale acestui indicator între 40 și 60%.

Ocuparea salarială extrem de scăzută a tinerilor este completată mai ales prin ocupare ca lucrători familiali neremunerați (Tabelul 3), nesurprinzătoare dacă avem în vedere dinamica în relație cu educația. Tinerii români au rate mai ridicate decât în spațiul european ale părăsirii timpurii a procesului educațional<sup>10</sup> și abandonului școlar neînsoțit de intrarea pe piața muncii (fenomenul NEET; Tabelul 5). La polul opus, țările cu ocupare ridicată a tinerilor au nivelul acestui din urmă indicator de doar 4–6%.

Învățământul vocațional mediu s-a redus drastic în ultimele decade, numărul de absolvenți ai școlilor profesionale, de ucenici sau postliceale scăzând față de anul 1993 la 87% în 2010 și 25% în 2012, relansat ulterior 37% în 2014 (INS-Tempo); s-au păstrat foarte puține dintre unitățile de învățământ din perioada postcomunistă, favorizat mai degrabă de oportunități regionale și nu de considerente strategice.

---

<sup>10</sup> Ponderea celor de 18–24 ani care au terminat cel mult forme liceale (echivalent *ISCED 3c*) de scurtă durată și care în ultimile 4 săptămâni nu au urmat nicio formă de pregătire sau calificare (Eurostat/tesem020).

Tinerii din învățământul teoretic au trecut în ultima decadă prin dificultăți de promovare a examenului de bacalaureat; postcriză, urmare a unor schimbări de sistem, rata de promovabilitate a acestuia a depășit doar în ultimii ani 66% ([www.edu.ro](http://www.edu.ro)). În aceste condiții, șansele lor la ocupare sunt doar în posturi necalificate, salariate la niveluri minime.

Un studiu al Băncii Mondiale din România (WB 2011), identifică tinerii cu studii universitare într-o situație relativ mai favorabilă pe piața muncii, beneficiind de creșterea economică precriză (2000–2009) atât ca nivel al ocupării cât și ca salarizare. Același studiu arată că doar 14% dintre tineri trecuseră printr-o experiență de muncă anterior înscrierii la facultate, nivel care reprezintă jumătate din cel mediu european. Prezența pe piața muncii este de asemenea între cele mai mici europene și în cazul celor cuprinși în studii universitare.

Un recent studiu exploratoriu<sup>11</sup> identifică drept motivație în alegerea studiilor universitare un argument în relație cu piața muncii: 33% dintre tineri au indicat ca motiv faptul că este o specializare de viitor, creșterea șanselor de a găsi un loc de muncă sau chiar condiții mai bune la locul de muncă (și nu preferințe profesionale). Mai îngrijorător este faptul că 11,5% consideră că ar fi putut dobândi competențele profesionale necesare la locul de muncă și doar urmând cursuri în completarea învățământului liceal, 12,5% că au urmat cursuri de scurtă/lungă durată datorită inadapării la profilul primei facultăți sau în domenii complet diferite de specializarea universitară de bază, iar 14,4% că nu au avut niciodată un loc de muncă pe profilul facultății de bază. Cu alte cuvinte, se conturează ipoteza că lipsa riscului ocupațional pe acest segment se obține cu prețul supraeducației.

Părăsirea timpurie a școlii este dublată de o foarte slabă dezvoltare a educației continue (1,3% față de peste 25% în țările nordice), prin programe de calificare și recalificare, menite să ajusteze specificul calificării la schimbarea dinamică a cererii pe piața muncii. Din fostul bloc comunist, țări precum Estonia sau Slovenia țin pasul cu așteptările Strategiei europene privind formarea/reconversia profesională a forței de muncă (aproximativ 12% cuprindere în educația continuă la vârsta 25–64 ani; Eurostat).

---

<sup>11</sup> „Motivația învățământului superior și participarea pe piața muncii în România”, studiu on-line, derulat în perioada februarie-mai 2016, pe eșantion pe cote după categorii de specializare universitară, n = 104 respondenți (Eremia D., Ilie. S./ICCV), raport de cercetare în curs de publicare.

*Tabelul 4*  
Indicatori ai participării la educație, %, 2015

|         | <b>NEET 15–24 ani</b> | <b>Părăsirea timpurie a școlii, 18–24 ani</b> | <b>Educația continuă 25–64 ani (Lifelong Learning)</b> |
|---------|-----------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| UE28    | 12,0                  | 11,0                                          | 10,7                                                   |
| UE15*   | 11,8                  | 10,1                                          | 14,9                                                   |
| România | 18,1                  | 19,1                                          | 1,3                                                    |

Sursa: Eurostat 2015.

Aceasta explică parțial și ocuparea scăzută pe segmentul de vârstă prepensionare (55–64 ani). Rata lor de ocupare a stagnat, mai degrabă, în timp ce în spațiul european a crescut în ultimul deceniu. Nivelul atins de România este de asemenea între minimele europene, între maxime regăsind țări care au și rate ridicate ale ocupării femeii, cărora li se alătură Republica Cehă și Marea Britanie. În vecinătatea vârstei de pensionare, pensionarea anticipată, respectiv ocuparea nesalariată au reprezentat soluții pentru o minimă securizare a veniturilor/resurselor.

Datorită formelor nesalariale, ocuparea în rural pe acest segment a fost, în ultima decadă, în medie, cu 20 puncte procentuale peste nivelul din urban, cu valori mai ridicate în regiunile sărace (INS-Tempo). Simultan, aceleași forme ale ocupării în agricultură duc ocuparea românească la vârsta imediat post-pensionare (65–74 ani) între maximele europene.

Alte grupuri vulnerabile, între care populația de etnie romă, persoane cu dizabilități, tineri care părăsesc instituțiile de protecție, foștii deținuți, au rate și mai scăzute de ocupare. Romii, de exemplu, au o rată a ocupării salariale de 36% (Preoteasa 2012), iar persoanele cu dizabilități de aproape 5% (ANPD, 2015<sup>12</sup>), statistica celorlalte segmente fiind mai greu de monitorizat. În cazul lor, vulnerabilității legate de nivelul redus de calificare i se adaugă probleme locative, de integrare socială sau discriminarea, care blochează pe mai departe formarea și integrarea profesională.

Specificul ocupării românești plasează populația ocupată în cel mai mare risc de sărăcie și excluziune socială (RSES)<sup>13</sup> din spațiul european. Într-o situație relativ mai favorabilă se găsește populația salarială, care, cu

<sup>12</sup> <http://anpd.gov.ro/web/transparenta/statistici/trimestriale>.

<sup>13</sup> În risc de sărăcie și excluziune socială sunt persoanele care se află în risc de sărăcie sau sunt în situație de deprivare materială severă pe 4 dintre cele 9 elemente observate la nivel european sau fac parte din gospodării cu intensitate foarte scăzută a muncii (sub 20%).

un nivel 15,5% în 2015, este într-o poziție mai bună decât a Greciei, Bulgariei și apropiat altor patru țări (față de 10,4% media UE28 pentru populația adultă; Eurostat). Decalaje majore, la niveluri duble față de țările care ne urmează, înregistrează însă RSES pentru populația cuprinsă în forme nesalariale de ocupare, cu un nivel de 63,1% față de 24,8% media UE28, respectiv 31–33% în Grecia, Portugalia și Estonia, țări poziționate imediat înaintea noastră. Ocuparea nesalarială se dovedește astfel un factor de maximă vulnerabilitate în ocupare.

Între indicatorii RSES, procentul persoanelor care fac parte din gospodării cu intensitate foarte scăzută a muncii<sup>14</sup> plasează România pe o poziție între cele mai favorabile. În același timp însă, riscul de sărăcie în gospodării cu intensitate mare a muncii (85%+) este în România între maximele europene (Tabelul 5). Conjugarea acestor informații conturează tabloul precarității ocupării în România.

*Tabelul 5*  
Intensitatea muncii și riscul de sărăcie, 2015

|                                                                                              | România | UE15 | UE28 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|------|
| Populație în gospodării cu intensitate foarte scăzută (20%-) a muncii, % din total populație | 7,9     | 11,6 | 10,7 |
| Risc de sărăcie al celor în gospodării cu intensitate mare (+85%) a muncii, %                | 12,3    | 4,3  | 5,1  |

*Sursa:* date și prelucrări după Eurostat.

## POLITICI PENTRU SUSȚINEREA OCUPĂRII

Ulterior integrării în Uniunea Europeană, *Planurile de anuale de ocupare a forței de muncă* au formulat ținte de ocupare pe grupuri vulnerabile, detaliind profilul acestora. Obiectivul reducerii decalajului de gen a fost

<sup>14</sup> Gospodăria cu intensitate mică a muncii este reprezentată de cea în care timpul efectiv de muncă al tuturor membrilor adulți (18–59 ani) ai gospodăriei nu depășește 20% din timpul lor total potențial în ultimele 12 luni. Gospodăria cu intensitate ridicată a muncii este cea în care acest procent este cel puțin 85%. Indicatorul „populație în gospodării cu intensitate...” se referă la populația de 0–59 ani locuind în astfel de gospodării. Gospodăriile formate numai din studenți sub 25 de ani, copii și sau persoane peste 60 de ani sunt excluse din calculul acestui indicator (Eurostat).

dublat de atenția acordată tinerilor, persoanelor peste 55 ani, șomerilor de lungă durată, rezidenților din rural, dar și grupurilor cu vulnerabilități accentuate precum etnicii romi, persoanele cu dizabilități, tinerii cu risc de excluziune și marginalizare socială (inclusiv cei care părăsesc centrele de plasament), persoane eliberate din penitenciare sau imigranți.

Formele de intervenție răspund cadrului definit prin Legea șomajului (Legea 76/2002, revizuită), adresate atât cererii, cât și ofertei forței de muncă, impulsionate și diversificate odată cu aderarea la UE. Între acestea s-au numărat bursele locurilor de muncă, generale și specifice anumitor grupuri, cursuri de formare profesională, subvenționarea angajării persoanelor din grupuri vulnerabile, inclusiv pentru angajarea înainte de încheierea perioadei de șomaj, programele care facilitează tranziția tinerilor la piața muncii (ocuparea tinerilor pe durata vacanțelor, formarea profesională a tinerilor la locul de muncă), alocații și training pentru începerea unei afaceri, subvenții locative adiționale pentru persoanele în risc de excluziune și marginalizare socială, rambursarea cheltuielilor ocazionate de adaptarea locului de muncă la specificul persoanei etc., alături de reglementări privind atragerea activității ocazionale/sezoniere în zona formală, certificarea unor abilități profesionale dobândite informal sau stimularea unor forme dedicate de ocupare pentru persoanele cu dizabilități.

Cea mai răspândită formă de suport a fost cea a burselor locurilor de muncă și a cursurilor de formare profesională, cea din urmă impulsionată și de multitudinea de inițiative multiparteneriale finanțate prin FSE-POSDRU. Deși numeroase, membrii unor grupuri vulnerabile obținând prin astfel de inițiative certificarea în mai multe calificări, lipsa unor cereri viabile (cu deosebire postcriză), de calitate, eficiente comparativ cu beneficiile sociale alternative au făcut ca eficiența acestor programe să fie mult sub așteptări; s-a pierdut astfel încrederea în bursele locurilor de muncă sau în cursurile de calificare (Cace și alții 2010). Concentrarea intervenției asupra ofertei forței de muncă (între care programe de calificare, condiții și sancțiuni pentru responsabilizare individuală), fără o contrapondere prin susținerea cererii în condiții de penurie de locuri de muncă decente, a fost reclamată de experți din mai multe țări ale spațiului european în perioada imediat următoare crizei (Frazer și Marlier 2013).

Subvenționarea angajării, adresată angajatorilor care angajează personal din grupuri considerate vulnerabile, trebuie să depășească bariera prejudecății

acestora, a descurajării lor generate de întârzieri în acordarea subvențiilor, de blocarea aplicării măsurii urmare a deciziei angajatului de a părăsi locul de muncă înainte de termenul contractual, acesta trebuind totodată să răspundă pozitiv așteptărilor legate de implicarea sa în procesul productiv<sup>15</sup>.

Programele de finanțare a relocării sunt funcționale cel mult în cazul persoanelor singure fie pentru că reintegrarea în muncă a întregii familii este puțin probabilă la noua rezidență și deci eficiența relocării ar fi mică, fie pentru că relocarea este puțin acceptată de populație datorită schimbărilor majore pe care le implică.

Angajarea pe baza contractelor de ucenicie (Legea 279/2005) număra, în 2016, cel mult câteva cazuri pe județ. S-a disputat în legătură cu această măsură faptul că sarcina financiară a formării ucenicilor cade în prea mare măsură asupra angajatorului, ca și legat de grupul țintă căruia se adresează – tinerilor la intrarea pe piața muncii sau oricărei persoane fără calificare în specializarea de care angajatorul are nevoie? Argumentul acestui din urmă caz este faptul că reglementarea răspunde tendinței generale de schimbare a cererii de calificare, nevoii de educație continuă și faptului că ar proteja ocuparea și la vârste avansate. În prezent reglementarea se adresează tinerilor până în 25 de ani.

Pe ansamblu, efortul financiar al României în direcția creșterii ocupării prin măsuri active este pe ultimul loc în UE, fiind de peste zece ori mai mic decât cel al țărilor UE15 (Tabelul 6).

*Tabelul 6*  
Politici pentru piața muncii, cheltuieli și beneficiari, 2015

|                                | Cheltuieli politici<br>piața muncii, % PIB |                    | % participanți măsuri<br>active/100 persoane care doresc<br>să muncească |
|--------------------------------|--------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------|
|                                | Total                                      | doar măsuri active |                                                                          |
| UE15 ( <i>calcul autorii</i> ) | 2,12                                       | 0,62               | 35,1                                                                     |
| România                        | 0,18                                       | 0,02               | 3,1                                                                      |

Sursa: Eurostat 2015.

Implicații directe asupra ocupării au și o serie de reglementări precum politica salariului minim, gradul de fiscalitate al muncii, măsurile de suport

<sup>15</sup> Studii calitative în legătură cu ocuparea grupurilor vulnerabile arată dificultăți ale acestora în respectarea programului de muncă, îndeplinirea normei, continuitate la locul de muncă, mai ales în cazul unor prime contacte cu piața muncii. Astfel de situații au fost întâlnite la populația de etnie romă (Ilie 2012); la persoanele cu dizabilități (Ilie 2013) dar și la tineri care părăsesc sistemul de protecție al copilului (Ilie 2014).

social pe segmentul celor ocupați cu câștiguri mici (impozitarea negativă, eligibilitatea pentru beneficii sociale specifice condiționat de ocuparea standard a unui membru al familiei), pregătirea tinerilor pentru piața muncii (începând cu orientarea profesională la vârste preadolescente), sistemul educațional prin componenta sa vocațională la nivel secundar și terțiar, sau educația de tip a 2-a șansă. La vârsta adultă, alături de programele de ajustare a calificării, reglementări privind flexibilitatea în ocupare, generozitatea beneficiilor sociale sau a schemelor de venit tip pensie, generozitatea prevederilor de pensionare anticipată, ca și a altor beneficii financiare la vârste dincolo de cea legal activă, influențează direct vârsta medie a retragerii de pe piața muncii.

Salariul minim, mic în raport cu costul vieții (Zamfir 2017; Grafic 8), descurajează ocuparea formală cu deosebire la tineri, pentru care se conturează și alternativa migrației externe. Legislația Venitului minim garantat (VMG) a luat timid în calcul conjugarea dreptului social cu venituri salariale (Legea 416/2001; Legea 196/2016), similar altor țări (de exemplu, Elveția, unde veniturile ocupării part-time sunt completate prin drepturi sociale până la atingerea pragului venitului minim garantat; Preoteasa și alții 2016). Legislația privind protecția persoanelor cu handicap a rezonat cu obiectivele incluziunii nu doar prin oferirea cadrului legal de funcționare a unor unități dedicate de muncă, cât și prin menținerea indemnizației de handicap, respectiv a bugetului personal complementar indiferent de nivelul veniturilor (din muncă sau alte surse), scutirea de impozitul pe venit, gratuitate pe transportul urban și decontarea cheltuielilor necesare adaptării locului de muncă ale angajatorului. Nevoia de securizare a veniturilor face ca, acolo unde este posibil, aceste facilități să se mențină cât mai mult. La vârste în vecinătatea pensionării indivizii preferă pensionarea anticipată sau medicală (atunci când sunt posibile) obligațiilor ce revin ca șomeri, chiar dacă „penalizate” pentru neîndeplinirea tuturor condițiilor standard de pensionare.

## **CONCLUZII ȘI DIRECȚII DE INTERVENȚIE ÎN POLITICA OCUPĂRII**

Formele ocupării nonstandard au rolul alternativei la ocuparea standard, de flexibilizator al pieței muncii și mecanism la îndemâna guvernanților de a crește nivelul general al ocupării. Acestea răspund și actualelor cerințe ale

unei politici sociale incluzive, permițând atragerea mai largă pe piața muncii a grupurilor cu condiționări speciale sau așteptărilor în creștere în relație cu viața profesională și a balanței dintre aceasta și viața socială și personală.

Astfel de forme ale ocupării sunt relativ puțin prezente în România, regăsind totuși același patern de asociere cu diferite segmente ale forței de muncă. Excepția o reprezintă ocuparea pe cont propriu, diferită de profilul european.

Sub media europeană, într-o grupă de 7–8 țări cu niveluri ale ocupării de circa 67%, România nu prezintă un risc deosebit din perspectiva acestui indicator; reține însă atenția faptul că acesta este sub ținta de ocupare asumată de România pentru anul 2020, sub media europeană și la o diferență notabilă de performanțele europene maxime ale acestui indicator (peste 80%). Vulnerabilitatea ocupării în România rezidă în principal din structura sa.

România are un nivel al ocupării standard între minimele europene simultan cu un nivel salarial de asemenea minim, notabil mai mic chiar decât în țările fostului bloc comunist. Cele mai mici salarii sunt în mediul privat autohton. În afara regiunii București-Ilfov, doar în județele Cluj, Argeș și Timiș nivelul mediu salarial net în depășește pe cel mediu național. Această situație favorizează migrația, ocuparea nesalarială și pe cea de oportunitate și descurajează (în plus față de reglementarea rigidă) formele nonstandard (part-time, temporară, la domiciliu). România are o piață a muncii tradițională, dominată de contracte salariale standard completate de informalitate, mascată adesea de munca pe cont propriu.

Ocuparea nesalarială, în general, este una precară. Cea mai mare parte a acelor astfel ocupați sunt LFN, dominant persoane care lucrează în agricultura de subzistență. Ocuparea pe cont propriu și LFN sunt semnificativ mai mult prezente la vârste tinere și în vecinătatea vârstei standard de pensionare, atât pre- cât și post- acest moment. Rate între cele mai mici europene ale ocupării tinerilor sunt susținute mai ales prin ocuparea nesalarială, în timp ce datorită ocupării nesalariale România se găsește în top în ceea ce privește nivelul ocupării postpensionare. Prin prezența sa consistentă la vârste tinere România diferă de paternul european al ocupării pe cont propriu. În condițiile unor rate scăzute ale șomajului (în accepțiunea BIM) putem afirma că rolul de refugiu al ocupării nesalariale, semnalat de economiști, a fost pe deplin confirmat în România, fără ca evoluția economiei să fi fost constant

nefavorabilă. Ocuparea nesalarială a fost însă constant slab eficientă, riscul de sărăcie al celor astfel ocupați fiind cel puțin dublu comparativ cu alte țări, datorită prezenței extinse a semnificative a LFN.

Aspecte care țin de calitatea locului fizic de muncă sunt de asemenea deficitare. La acestea se adaugă un sistem vocațional slab dezvoltat (din perspectiva abilităților profesionale oferite), rate scăzute ale participării la educația continuă și subfinanțarea generală a măsurilor active/politicilor de ocupare. Aceasta face ca grupurile ale căror condiționări speciale nu le permit participarea pe piața standard a muncii să fie constant expuse ocupării precare sau marginalizării pe piața muncii.

Decalajul în privința nivelului și calității ocupării nu se datorează doar moștenirii comuniste. Alte țări ale fostului bloc comunist se apropie, chiar dacă nu pe toți indicatorii simultan, de tendința europeană. Aceasta indică în cazul acestor țări opțiunea pentru anumite măsuri: mai lina tranziție a tinerilor la piața muncii, o mai mare echitate în distribuția veniturilor, protecția mai accentuată post-pensionare, servicii sociale sau beneficii nonsalariale din partea companiilor care să permită revenirea parțială pe piața muncii, receptivitate legislativă și de infrastructură instituțională pentru educația continuă etc. România se diferențiază față de celelalte țări europene din perspectiva tuturor indicatorilor discutați în sens defavorabil, de unde și calitatea nesatisfăcătoare a ocupării pe toate dimensiunile (venit, dezvoltare personală și afirmare, stare de sănătate, echilibru cu viața de familie).

Direcții ale planurilor de ocupare naționale au fost rezonante, cel puțin formal, recomandărilor Strategiei europene de ocupare. Răspuns la profilul vulnerabilității ocupării din România identificat anterior, am nuanța nevoia de intervenție prin câteva propuneri, astfel:

- elaborarea unui plan al direcțiilor prioritare de dezvoltare economică (ținte de dezvoltare ale unor ramuri care valorifică potențialul natural și uman existent, avantajul geografic al României, nivelul exporturilor total/sectorial); un consens politic privind domeniile prioritare de dezvoltare pe termen mediu;
- creșterea ocupării salariale prin susținerea dezvoltării antreprenoriale mici și mijlocii, care să poată crește masa salariaților. Favorizante în acest sens sunt legislația stabilă, susținerea/subvenționarea tehnologizării, stimularea parteneriatelor dintre mediul privat–instituții de cercetare–decidenți locali în vederea atingerii unor obiective de dezvoltare locală (prin fonduri alocate pe

astfel de proiecte parteneriale), promovarea produselor de fabricație autohtonă (campanii media);

- stimularea asocierii în mediul rural și a unei minime integrări pe verticală a producției agrozootehnice, posibil de realizat prin impozitare sau subvenții mai avantajoase pentru suprafețe mari/producție de volume mari, pentru produse prim procesate contractate cu persoane juridice; penalizări pentru pământul nelucrat (aflat în afara gospodăriei);

- coborârea vârstei de contact a tinerilor cu piața muncii (menținerea și extinderea practicilor curente) prin extinderea învățământului profesional (pe o structură de interes pentru piața muncii) și extinderea ocupării plătite în relație cu perioadele de practică profesională;

- introducerea de stimulente/adaptare și relaxare legislativă pentru ocuparea flexibilă și disciplină în finanțarea programelor de active de ocupare; acestea trebuie să fie contracareze posibilele efecte secundare negative și să intensifice relaționarea cu sistemul de beneficii sociale, în vederea stimulării ocupării în condiții standard;

- extinderea programelor de formare profesională și re-conversie/învățare continuă, prin proiectare tematică în parteneriat cu angajatorii și finanțare complexă; cuprinderea bazelor de practică, mai ales a celor înalt tehnologizate, într-o rețea și facilitarea accesului cursanților de pe tot teritoriul țării prin finanțare publică (inclusiv deplasarea și cazarea cursanților la bazele de practică pe durata formării profesionale);

- îmbunătățirea dialogului interinstituțional cu privire la ocuparea grupurilor vulnerabile; o mai intensă colaborare, formalizată, cu ONG-urile pentru identificarea problemelor și oferirea de soluții/servicii vizând ocuparea acestora;

- îmbunătățirea calității locului de muncă – venituri decente, protecție împotriva factorilor fizici care duc la uzura stării de sănătate (factori de mediu), timp de muncă (serviciile de comerț prioritar vizate, dar și alte domenii în care există quantum ridicat al orelor suplimentare; chiar plătite suplimentar acestea afectează sănătatea angajatului). Unde este posibil, reglementări centrate pe realizarea sarcinilor de muncă și nu pe prezența la locul de muncă, reglementarea muncii la domiciliu (adaptarea regulamentelor de securitate a muncii și securității sociale în acord cu nevoia armonizării relației dintre viața profesională și cea personal familială).

Așadar, pentru anumiți indicatori/segmente ale forței de muncă se dorește o reducere la jumătate a decalajelor față de media țărilor europene. De asemenea, direcțiile de intervenție pe termen scurt și mediu ar trebui să urmărească ajustări de proces, legislative și de raportare la problema susținerii ocupării.

### Bibliografie

- Andersson, Lina. 2011. "Occupational choice and returns to self-employment among immigrants." *International Journal of Manpower* 32 (8): 900–922. <https://doi.org/10.1108/01437721111181660>
- Arnold, Dennis, and Bongiovi Joseph R.. 2012. "Precarious, Informalizing, and Flexible Work: Transforming Concepts and Understandings." *American Behavioral Scientist* 57(3): 289–308. <https://doi.org/10.1177/0002764212466239>
- Badiou, Alain. 2005. *The Century*. Cambridge UK: Polity Press.
- Blanchflower, Davis. 2000. "Self-employment in OECD countries." *Labour Economics* 7 (5): 471–505. [https://doi.org/10.1016/S0927-5371\(00\)00011-7](https://doi.org/10.1016/S0927-5371(00)00011-7)
- Bruce, Donald, and Herbert Schuetze. 2004. "The labor market consequences of experience in self-employment." *Labour Economics* 11(5) : 575–598. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2003.10.002>
- Brynjolfsson, Erik, Thomas W Malone, Vijay Gurbaxani and Ajit Kambil. 1989. "Does information Technology lead to smaller firms?" Center for Information Systems Research, Massachusetts Institute of Technology. Accesat la 1 August 2017. [https://www.researchgate.net/profile/Ajit\\_Kambil2/publication/23738769\\_Does\\_Information\\_Technology\\_Lead\\_to\\_Smaller\\_Firms/links/00b7d52093637916fc000000/Does-Information-Technology-Lead-to-Smaller-Firms.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Ajit_Kambil2/publication/23738769_Does_Information_Technology_Lead_to_Smaller_Firms/links/00b7d52093637916fc000000/Does-Information-Technology-Lead-to-Smaller-Firms.pdf)
- Cace, Sorin, Ana Maria Preoteasa, Cristina Tomescu, Simona Stanescu (eds.). 2010. *Legal și egal pe piața muncii pentru comunitățile de romi. Diagnoza factorilor care influențează nivelul de ocupare la populația de romi (Legal and equal on labour market for Roma communities. Factors influencing employment level on Roma population)*. București: Editura Expert.
- Comisia Europeană. 2007. *Undeclared Work in the European Union*, 2007. Accesat la 6 decembrie 2016. [http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs\\_284\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_284_en.pdf)
- Coontz, Stephanie. 2007. *Marriage, a History How Love Conquered Marriage*. London: Penguin Books.
- Da Silva, Antonio D., and Alessandro Turrini. 2015. "Precarious and less well-paid? Wage differences between permanent and fixed-term contracts across the EU countries." *Economic Papers* 544. Belgium: European Commission. Accesat la accesat 9 Iulie 2017. [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/economic\\_paper/2015/pdf/ecp544\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2015/pdf/ecp544_en.pdf)

- Dewilde, Caroline, and Bram Lancee. 2013. "Income Inequality and Access to Housing in Europe." *European Sociological Review* 29 (6): 1189–1200. <https://doi.org/10.1093/esr/jct009>
- Eichhorst, Werner. 2012. *The European Labour market. Success Through Flexibility and Mobility*. Berlin: Center for European Studies, Konrad Adenauer Stiftung. Accesat August 2017. [http://www.kas.de/wf/doc/kas\\_34465-544-2-30.pdf?140218161147](http://www.kas.de/wf/doc/kas_34465-544-2-30.pdf?140218161147)
- Esping-Andersen, Gøsta. 1999. *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford: Oxford University Press.
- EU/OECD. 2015. *Policy Brief on Sustaining Self-employment. Entrepreneurial Activities in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Accesat Iulie 2007. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=7795&type=2&furtherPubs=yes>
- Eurofound. 2016. *Sixth European Working Conditions Survey – Overview report*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. [https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef\\_publication/field\\_ef\\_document/ef1634en.pdf](https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1634en.pdf)
- European Union. 2010. *The European Employment Strategy. Working to improve employment in Europe*. European Commission. Doi:10.2767/12758.
- European Union. 2014. *Employment and Social Developments in Europe*. European Commission Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=7736>
- Feldman, Daniel C. 1996. "The Nature, Antecedents and Consequences of Underemployment." *Journal of Management*, 22(3): 385–407. <https://doi.org/10.1177/014920639602200302>
- Frazer, Hugh, and Eric Marlier. 2013. *Assessment of the implementation of the European Commission Recommendation on active inclusion: A study of national policies, Synthesis report*. EC-DGESAI/CEPS Instead. Accesat 1 iulie 2017. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=7450&furtherPubs=yes>
- Grilo, Isabel, and Roy Thurik. 2005. "Entrepreneurial Engagement Levels in the European Union." *International Journal of Entrepreneurship Education* 3(2): 143–168.
- Harvey, David. A. 2005. *Brief History of Neoliberalism*. New York: Oxford University Press.
- Hyytinen, Ari, and Petri Rouvinen. 2008. "The Labour Market Consequences of Self-Employment Spells: European Evidence." *Labour Economics* 15(2): 246–271. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2007.02.001>
- Ilie, Simona și Mariana Stanciu. 2012. „Bugetul gospodăriilor populației.” In *România în austeritate*, coordonator Mariana Stanciu, 57–91. Brașov: Omnia Uni S.A.S.T.
- Ilie, Simona. 2012. "Roma employment between strategy and flexibility." In *Incluziunea romilor din Romania: Politici, Institutii, Experiente*, coordonator Daniela Giurcă, 206–222, Fundația Soros România. Constanța: Editura Dobrogea.
- Ilie, Simona. 2013. "Employing People with Disabilities: the Romanian Protected Units System." *Jurnalul Practicilor Pozitive Comunitare* 1: 61–91.
- Ilie, Simona. 2014. *Oportunități și bariere în ocuparea tinerilor din centrele de plasament pe piața muncii (raport de cercetare nepublicat)*. București: Fd. Scheherazade/Fd. Konrad Adenauer Stiftung.

- ILO. 2012. *World of Work Report. Better jobs for a better economy*. Geneva: International Labour Organization (International Institute for Labour Studies). [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms\\_179453.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_179453.pdf)
- Kalleberg, Arne I. 2009. "Precarious Work, Insecure Workers: In Transition Employment Relations." *American Sociological Review* 74 (1): 1–22. <https://doi.org/10.1177/000312240907400101>
- Kjeldstad, Randi, and Erik H. Nymoen. 2011. "Underemployment in a gender-segregated labour market." *Economic and Industrial Democracy* 33(2): 207–224. <https://doi.org/10.1177/0143831X11402238>
- Lackó Mária. 1999. "Hidden Economy – An Unknown Quantity? Comparative Analysis of Hidden Economies in Transition Countries in 1989–1995." Jubiläumsfonds Research Project Nr. 6882 of the OeNB (Project title: Hidden Economy and Labor Market in Post-socialist Countries). Accesat August 2017. <http://www.econ.jku.at/papers/1999/wp9905.pdf>
- Legea nr. 196/2016 privind venitul minim de incluziune, Parlamentul României (în vigoare din 01 aprilie 2018 <https://lege5.ro/Gratuit/geztgnzwgm3q/legea-nr-196-2016-privind-venitul-minim-de-incluziune>
- Legea nr. 279/2005 privind ucenicia la locul de muncă, în vigoare din 8 februarie 2006, <https://lege5.ro/Gratuit/g44tsmzy/legea-nr-279-2005-privind-ucenicia-la-locul-de-munca>
- Legea nr. 416/2001 privind venitul minim garantat ; Parlamentul României, în vigoare de la 01 ianuarie 2002 până la 31 martie 2018, <https://lege5.ro/Gratuit/gmztknbu/legea-nr-416-2001-privind-venitul-minim-garantat/1>
- Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, Parlamentul României, în vigoare de la 21 decembrie 2006 <https://lege5.ro/Gratuit/geytinrsgi/legea-nr-448-2006-privind-protectia-si-promovarea-drepturilor-persoanelor-cu-handicap>
- Legea nr. 76/2002 privind sistemul asigurărilor pentru șomaj și stimularea ocupării forței de muncă, în vigoare de la 1 martie 2002, <https://lege5.ro/Gratuit/gm4tcmzr/legea-nr-76-2002-privind-sistemul-asigurarilor-pentru-somaj-si-stimularea-ocuparii-forței-de-munca>
- MacDonald, Robert. 2011. "Youth transitions, unemployment and underemployment Plus ça change, plus c'est la même chose?" *The Australian Sociological Association – Journal of Sociology* 47(4): 427–444. <https://doi.org/10.1177/1440783311420794>
- Meager, Niegel. 2007. "Self-employment Dynamics and 'Transitional Labour Markets': Some more UK evidence." *Institute for Employment Studies. Working Paper: WP12*. <http://www.employment-studies.co.uk/system/files/resources/files/wp12.pdf>
- Obinger Julia. 2009. "Working on the Margins, Japan's Precariat and Working Poor." in *Electronic journal of contemporary* 9 (1). <http://www.japanesestudies.org.uk/discussionpapers/2009/Obinger.html>
- OECD. 2004. "Employment Protection Regulation and Labour Market Performance – chapter 2." In *OECD Employment Outlook*, 61–125. Accesat în Martie 2015. <https://www.oecd.org/employment/emp/34846856.pdf>

- Paugam, Serge. 2000. *Le Salarié de La Précarité*. Paris: Press Universitaires de France.
- Preoteasa, Ana Maria, Rebekka Sieber, Monica Budowski, and Christian Suter. 2016. "Household Role in Coping with Precarious Work. Evidence from Qualitative Research in Urban Romania and Switzerland." *Social Change Review* 14(2): 177–201. <https://doi.org/10.1515/scr-2016-0027>
- Preoteasa, Ana-Maria. 2012. "Specificul ocupării romilor în România." In *Situația romilor în România 2011, între incluziune socială și migrație*, edited by Daniela Tarnovski, 23–35. Fundația Soros România, Constanța: Editura Dobrogea.
- Richman, Amy, Karen Noble and Arlene Johnson. 2002. *When the workplace is many places. The extend and Nature of Off-Site Work Today*. Watertown: American Business Collaboration for Quality Dependent Care/WFD Consulting. Accesat 5 iulie 2017. [http://www.wfd.com/PDFS/Workplace\\_is\\_Many\\_Places.pdf](http://www.wfd.com/PDFS/Workplace_is_Many_Places.pdf)
- Salverda, Wiemer. 2008. "The Dutch minimum wage: Radical Reduction Shifts Main Focus to Parttime Jobs." In *The Minimum Wage Revisited in the Enlarged EU: Issues and Challenges*, edited by Daniel Vaughan-Whitehead, 291–330. Geneva: International Labour Organisation. Accesat la 5 Februarie 2017. <https://aias.s3-eu-central-1.amazonaws.com/website/uploads/1456774730219WP71.pdf>
- Santin, Gaëlle, Christine Cohidon, Marcel Goldberg and Ellen Imbernon. 2009. "Depressive Symptoms and Atypical Jobs in France, from the 2003 Decennial Health Survey." *American Journal of Industrial Medicine* 52 (10): 799–810. DOI 10.1002/ajim.20744
- Standing, Guy. 2011. *The Precariat The New Dangerous Class*. London: Bloomsbury Academic.
- Ueno, Toshihiko. 2007. "'Precariat' workers are starting to fight for a little stability." *The Japan Times Online*. Accesat la 10 august 2017. <http://www.japantimes.co.jp/news/2007/06/21/national/precariat-workers-are-starting-to-fight-for-a-little-stability/#.WYvkLIEjHIV>
- Vallas, Steven, and Christopher Prener. 2012. "Dualism, Job Polarization , and the Social Construction of Precarious Work." *Work and Occupations* 39 (2012): 331–353. <https://doi.org/10.1177/0730888412456027>
- Voinea, Liviu și Liviu Albu (coord.) Vergil Voineagu, Mariana Pietreanu, Viorica Duma, Monica Jifcu, Alice Ștefan, Cătălin Cureau, Nicolae Mardari and Silvia Piscică. 2011. *Economia informală și impactul ei asupra pieței muncii*. București: Proiect Posdru implementat de BNS. Accesat Iulie 2017. [http://www.bns.ro/images/studii-si-cercetari/Economiainformalasiimpactuleiasuprapietei\\_muncii.pdf](http://www.bns.ro/images/studii-si-cercetari/Economiainformalasiimpactuleiasuprapietei_muncii.pdf)
- Vosko, Leah F. 2010. *Managing the Margins Gender, Citizenship and the International Regulation of Precarious Employment*. New York: Oxford University Press.
- Walker, Philipp, and Michael Marti. 2010. "L'évolution Des Emplois Atypiques et Précaires En Suisse." *La Vie Economique* 10: 55–58.
- Wallace, Claire, Florian Pichler, and Bernadette Hayes. 2007. *First European Quality of Life Survey: Quality of Work and Life Satisfaction*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. Accesat 15 ianuarie 2017. [https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef\\_publication/field\\_ef\\_document/ef0695en.pdf](https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef0695en.pdf)

- Wilkins, Roger and Mark Wooden. 2011. "Economic Approaches to Studying Underemployment." In *Underemployment: Psychological, Economic, and Social Challenges*, edited by Doug Maynard and Daniel C. Feldman, 13-34. New York: Springer Science + Business Media, LLC.
- World Bank. 2011. *Romania Functional-Review: Higher Education Sector. Final Report*. The World Bank Europe and Central Asia Region. <http://documents.worldbank.org/curated/en/152281468295180839/pdf/74295-ESW-P124895-White-cover-Box371979B-PUBLIC-romania-higher-education.pdf>
- Zamfir, Cătălin (coord.), Sorin Căce, Elena Zamfir, Alexandra Deliu, Elena Tudor, Ionuț Marian Anghel, Sebastian Țoc, Delia Bădoi, Adina Mihăilescu and Eugen Glăvan. 2017. *Raportul Social al ICCV Starea socială a României. Calitatea vieții: situația actuală și perspective pentru 2038*. București: Institutul de Cercetare a Calității Vieții, Academia Română. [http://iccv.ro/sites/default/files/Raport%20social%20ICCV%202017\\_0.pdf](http://iccv.ro/sites/default/files/Raport%20social%20ICCV%202017_0.pdf)
- Zeytinoglu, Isik, and Cooke, Gordon. B. 2008. "Non-Standard Employment and Promotions: A Within Genders Analysis." *Journal of Industrial Relations* 50 (2): 319–337. <https://doi.org/10.1177/0022185607087905>

## CONDIȚIILE DE LOCUIT, CALITATEA LOCUIRII ȘI POLITICILE DE LOCUIRE<sup>1</sup>

COSMIN BRICIU

Locuirea este un domeniu al calității vieții marcat de un decalaj accentuat între datele obiective și percepții: 1. conform indicatorilor privind condițiile de locuit, România înregistrează cele mai scăzute valori din Uniunea Europeană, după cum ilustrează analiza din acest capitol; 2. satisfacția cu locuința a populației României tinde să se concentreze în zona intermediară, de apreciere medie, chiar mai mult decât în restul Europei. O anchetă specială a Eurostat arăta, în 2013, că 57,2% din oameni erau mediu mulțumiți cu locuința (față de 51,7% în UE28), 28,3% declarau o satisfacție ridicată și 18,2% o satisfacție scăzută (Tabelul 1)<sup>2</sup>. Probabil că această percepție mai degrabă favorabilă a calității locuinței, se explică în mare măsură<sup>3</sup> prin siguranța deținerii locuinței, cvasimajoritatea românilor ocupând o locuință în proprietatea gospodăriei proprii (96,4% în 2015 – Eurostat). Fondul de locuințe publice, scăzut oricum în comparație cu alte țări din zonă în anii '90, a fost cedat foștilor chiriași la costuri extrem de scăzute, cu unele consecințe negative: degradarea stocului de locuințe devenite proprietate privată (și ca urmare a deficitelor legislative din perioada respectivă), crearea premiselor pentru o criză a locuințelor disponibile pentru generațiile care au ajuns ulterior la maturitate, lipsa unui fond de locuințe pentru politicile de locuințe sociale, mobilitate ocupațională scăzută a noilor proprietari.

---

<sup>1</sup> Capitolul utilizează unele dintre ideile și datele articolului: Briciu, Cosmin. 2016. „Politici sociale de locuire”. *Calitatea Vieții* (XXVII) 1: 42–62.

<sup>2</sup> Alte date arată că satisfacția cu locuința se plasează la 7,8 pe o scală de la 1 la 10, unde 10 reprezintă nivelul maxim de satisfacție, puțin peste media europeană de 7,7 (European Quality of Life Survey 2011/2012).

<sup>3</sup> Standardele scăzute ale populației privind calitatea locuinței pot reprezenta o explicație alternativă.

Tabelul 1

Satisfacția cu locuința și alte aspecte ale locuirii în 2013 (populație peste 16 ani, %)

|         | Satisfacția cu locuința     | Satisfacția cu zonele verzi<br>și recreaționale | Satisfacția cu condițiile<br>de mediu al locuinței |
|---------|-----------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
|         | <i>Satisfacție ridicată</i> |                                                 |                                                    |
| UE28    | 32,5                        | 29,1                                            | 29,5                                               |
| România | 28,3                        | 23,8                                            | 29,1                                               |
|         | <i>Satisfacție scăzută</i>  |                                                 |                                                    |
| UE28    | 15,7                        | 22,5                                            | 19,2                                               |
| România | 14,5                        | 20,4                                            | 15,0                                               |
|         | <i>Satisfacție medie</i>    |                                                 |                                                    |
| UE28    | 51,7                        | 48,5                                            | 51,4                                               |
| România | 57,2                        | 55,7                                            | 55,8                                               |

Sursa: Eurostat, modul special EU-SILC 2013.

Decizia privatizării, adoptată, la scări diferite, de toate statele post-comuniste (Whitehead și Scanlon 2007) a creat o adevărată „cultură a proprietății” în România (Pásztor și László 2009) și a fost adoptată în paralel cu o retragere aproape completă a statului din funcțiile sale sociale în sectorul de locuire, în prezent componenta cel mai puțin dezvoltată a politicilor sociale, la rândul lor subfinanțate masiv și cu deficite grave. În prezent, autoritățile centrale administrează în principal programul de ajutoare pentru încălzire și o serie de programe relevante mai ales pentru categoria de populație cu venituri ridicate (de tipul „prima casă”, cel mai cunoscut dintre ele). Un draft al unei prime strategii de locuire a fost elaborat abia în 2016. Politicile privind locuințele sociale se află în responsabilitatea autorităților locale, lipsite, mai ales în localitățile mici și în cele cu un nivel de dezvoltare scăzut, de resursele considerabile necesare pentru dezvoltarea inițiativelor costisitoare în acest sector.

## STOCUL DE LOCUINȚE ȘI NEVOIA DE LOCUINȚE

La recensământul din 2011, se înregistrau mai mult de 8,7 milioane de locuințe în România. Dacă în 1990 se finalizau 42 000 de locuințe din fonduri publice, în perioada 2010–2013 numărul a fost de aproximativ 2 000–3 000 de unități pe an și puțin peste 1 000 în 2015. Creșterea numărului de locuințe

construite anual din fonduri private (Tabelul 2) rezolvă doar o mică parte din problemele populației pe această dimensiune, în special a celei cu venituri ridicate, cel puțin temporar (vezi fenomenul caselor construite cu câștigurile emigranților pentru muncă).

*Tabelul 2*  
Număr de locuințe terminate pe surse de finanțare

|                                    | 1990  | 2000  | 2010  | 2011  | 2012  | 2013  | 2014  | 2015  |
|------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Total                              | 48599 | 26376 | 48862 | 45419 | 44016 | 43587 | 44984 | 46984 |
| Din fonduri publice                | 42820 | 1587  | 2879  | 2357  | 3580  | 2040  | 3324  | 1297  |
| Din fonduri private                | 5779  | 24703 | 45983 | 43062 | 40436 | 41547 | 41660 | 45687 |
| Din care: din fondurile populației | 5779  | 24619 | 43197 | 41850 | 39312 | 40551 | 40653 | 44100 |

Sursa: INS, Tempo on-line 2015.

În prezent nu există o evaluare exactă a nevoii de locuințe a populației care nu poate avea acces la acestea în condițiile pieței libere. Faptul că 98,2% dintre locuințe sunt deținute (conform Recensământului din 2011) în proprietate privată este considerat în mod eronat ca argument al unei nevoi scăzute de locuințe. Un procent ceva mai mic, comparativ, de gospodării (96,4% la nivelul aceluiași an, 2011, același procent, de altfel, ca la nivelul anului 2015) ocupă, oficial, locuințe deținute de gospodărie. Dar aceste cifre nu relevă presiunea extrem de ridicată a cererii pentru locuințe în mediul urban, mai ales în localitățile mari și în cele cu creștere economică. Nu indică, de asemenea, nevoia de locuințe și suport pentru locuire a segmentului de populație cel mai sărac, incapabil să acopere costurile necesare pe această dimensiune esențială a vieții.

Criza locativă, care a fost mult diminuată, dar nu complet eliminată în perioada comunistă (Dan 2006), s-a accentuat în tranziție, în mod special în mediul urban, odată cu epuizarea locuințelor și terenurilor disponibile, ajungerea la maturitate a generațiilor născute după anii '70–'80 și concentrarea populației în zonele cu un nivel de dezvoltare economică mai ridicată. Începând cu 1990, construcțiile din mediul rural au fost mai numeroase, reprezentând 67,9% din totalul unităților de locuit realizate în această perioadă.

La nivelul României, 59,2% dintre tinerii de 18–35 de ani locuiesc cu părinții (Eurostat 2015), cu mai mult de 10 puncte procentuale peste nivelul

UE28 (Tabelul 3). Peste jumătate din totalul tinerilor de această vârstă lucrează și cu toate acestea nu au acces la o locuință proprie.

*Tabelul 3*  
Tineri care locuiesc cu părinții (%)

|                            | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|----------------------------|------|------|------|------|------|------|
| <b>Tineri 18–34 de ani</b> |      |      |      |      |      |      |
| UE28                       | 47,5 | 48,0 | 47,9 | 47,9 | 48,1 | 47,9 |
| România                    | 57,3 | 57,6 | 57,9 | 59,3 | 61,9 | 59,2 |
| <b>Tineri 25–34 de ani</b> |      |      |      |      |      |      |
| UE28                       | 27,5 | 27,9 | 28,0 | 28,2 | 28,9 | 28,7 |
| România                    | 38,9 | 39,2 | 40,9 | 43,5 | 47,9 | 43,4 |

Sursa: Eurostat 2015.

Anumite estimări neoficiale (Draftul Strategiei de locuire) situează procentul locuințelor închiriate, în condiții extrem de puțin protective pentru chiriași, multe dintre ele pe piața neagră, la 7–15% la nivel național și 15–20% în orașele mari, ceea ce reprezintă încă un indiciu al nevoii reale de locuințe.

De asemenea, cererea de locuințe sociale este mult peste nivelul stocului existent și a numărului de unități nou construite<sup>4</sup>. Este necunoscută nevoia de locuințe sociale a unor categorii pentru care stocul existent în prezent nu este relevant din cauza prevederilor legislative, dar mai ales a practicilor excluzive a autorităților locale: persoane fără adăpost, persoane provenite din diferite sisteme instituționalizate (sistemul de protecție specială, instituții rezidențiale pentru adulți, penitenciare, sistemul medical etc.).

Există încă 50 000 de cereri de retrocedare nesoluționate (din totalul de 80 000 de cereri) conform declarațiilor autorităților (proiectul Strategiei de locuire), multe dintre familiile pasibile de evacuare în viitor neavând alternative de locuire, ceea ce va crește presiunea cererii de locuințe. Conform prevederilor legislative, evacuarea chiriașilor trebuie efectuată doar atunci când se pot oferi locuințe sociale, dar autoritățile locale nu dispun de acestea.

Există riscul creării unei capcane a locuirii pentru categoria de populație cu venituri medii, fără acces la locuințe sociale sau alte programe focalizate de suport, dar cu resurse prea scăzute pentru a accesa credite pentru locuință.

<sup>4</sup> Vezi secțiunea privind locuințele sociale.

## CONDIȚIILE DE LOCUIT

În România, 3,96 de milioane de unități locative sunt situate în mediul rural și 4,76 de milioane în localitățile urbane. Problemele locuirii sunt diferite în cele două medii de rezidență. În mediul urban, ca urmare a urbanizării rapide, înainte de 1990, bazată pe construcția și multiplicarea rapidă a blocurilor de locuințe, de multe ori cu o calitate scăzută, dar care au diminuat masiv cererea de locuințe, majoritatea locuințelor sunt apartamente în blocuri. Problemele majore sunt reprezentate de costurile locuirii, dificultatea accesului la locuință a tinerilor, fenomenul zonelor marginalizate și lipsa de reglementare a dezvoltării urbane, la acestea adăugându-se problema persoanelor fără adăpost în orașele mari. În mediul rural predomină locuințele de case, o parte dintre acestea construite din paie sau chirpici, fără acces la sistemele de utilități publice și uneori și la cea de servicii sociale (sănătate, educație).

În ultimele decenii au apărut o serie de probleme grave noi, față de care autoritățile s-au arătat lipsite de soluții: creșterea presiunii imobiliare și congestionarea urbană în special în localitățile cu creștere economică și demografică, supraîncărcarea cu credite imobiliare nesustenabile, extinderea urbană necontrolată, apariția unor cartiere sau localități fantomă ca urmare a facilităților productive închise în localitățile monoindustriale și a migrației, apariția unor pungi teritoriale de sărăcie concentrate în anumite zone din urban și în localități din rural, incapacitatea de a suporta costurile de locuire/întreținere a unei părți a populației, distrugerea patrimoniului locativ, abandonarea dimensiunii de dezvoltare teritorială a locuirii, evacuările forțate sau problema socială stringentă a oamenilor fără adăpost și altele.

În România, gospodăriile au dimensiuni mai mari, în medie, decât în restul Europei și sunt aglomerate în locuințe mai puțin spațioase. Media numărului de membri în gospodărie a fost în toată perioada 2011–2014 de 2,7 față de media UE28 de 2,3, în condițiile în care locuințele au, în medie, o suprafață de 46,9 metri pătrați, față de media UE28 de 102,3 metri pătrați (Eurostat 2015).

Modelul gospodăriilor multigeneraționale este răspândit, fiind adoptat de mai mult de 10% din gospodării (Eurostat 2011). Așa cum am arătat deja, tinerii părăsesc familiile la vârste mai înaintate decât în țările vestice

(Mascherini și alții 2014)<sup>5</sup>, în parte, probabil, ca urmare a problemelor pe care le întâmpină în obținerea unui loc de muncă cu venituri decente. Vârșnicii sunt prezenți în gospodărie pentru a ajuta la îngrijirea nepoților și la treburile gospodăriei sau sunt dependenți de copii, ca urmare a instalării unor boli sau a insuficienței veniturilor proprii. Deficitul de servicii de îngrijire a copiilor și a vârstnicilor la prețuri suportabile crește presiunea pentru adoptarea soluției gospodăriei multigeneraționale. În gospodăriile cu venituri din activitatea agricolă, mai multe generații coabitează contribuind la maximizarea producției agricole a gospodăriei.

Combinatia dintre aceste gospodării numeroase, multigeneraționale și spațiile reduse de locuit conduce la supraaglomerare<sup>6</sup>. Mai mult de jumătate din populație trăiește în gospodării supraaglomerate. România înregistrează cel mai ridicat nivel de supraaglomerare dintre țările europene (49,7% în 2015), cu un procent de persoane care trăiesc în astfel de condiții de trei ori mai mare decât media UE28 (16,7%). Supraaglomerarea afectează disproporționat populația săracă (61,7%) și copiii (70,3%), mai mult de 4 din 5 copii săraci trăind în astfel de locuințe supraaglomerate (Eurostat 2015).

În rural, principalele probleme de calitate a locuirii sunt asigurarea accesului la infrastructura de utilități, în special alimentarea cu apă (doar 66,7% din gospodării beneficiau de racordarea la rețeaua publică – Recensământ 2011) și canalizare (65,1%) și la infrastructura de servicii sociale: asistență socială, educație și sănătate.

Nu există estimări exacte și cuprinzătoare asupra uzurii blocurilor de locuințe construite în perioada comunistă, o parte dintre acestea având din start o calitate scăzută. Multe imobile urbane sunt deficitare infrastructural: 10 577 de gospodării locuiesc în imobile cu gradul I de risc la cutremur. Starea precară a multor locuințe la nivelul dotărilor are efecte asupra stării de sănătate, dar pe această dimensiune lipsesc evaluări relevante. Programele

---

<sup>5</sup> Studiul Eurofound analizează vârsta la care părăsesc familia 50% din tineri. Tinerii din statele nordice se mută din casa părintească cel mai devreme, iar cei din statele estice și centrale, printre care și România, cel mai târziu.

<sup>6</sup> Supraaglomerarea se măsoară ca pondere a locuințelor care nu îndeplinesc următoarele criterii: cel puțin o încăpere pe persoană în vârstă de 18 ani sau pentru două persoane de același sex cu vârste cuprinse între 12 și 17 ani și/sau o încăpere pentru doi copii sub 12 ani.

de reabilitare au fost direcționate exclusiv spre mediul urban. Se estimează că aproximativ 39% din populația României locuiește în blocuri de locuințe ineficiente energetic construite înainte de 1990, cvasimajoritatea localizate în mediul urban (Atanasiu și alții 2014). Privatizarea locuințelor s-a realizat pe fondul întârzierii legislației privind administrarea spațiilor comune în blocurile de locuințe, a destructurării structurilor asociative pe criterii locative și a unui capital social „negativ”, enclavizat pe criterii de legături familiale mai degrabă decât comunitare și cetățenești (Sotiropoulos 2005). La acești factori se adaugă resursele economice limitate ale noilor proprietari pentru a-și întreține locuința și monopolul fostelor companii de utilități publice neperformante. Acest conglomerat de determinanți a dus, de multe ori, la degradarea, în mediul urban, a apartamentelor din blocurile de locuințe. Peisajul citadin a fost degradat semnificativ și de lipsa de reacție a comunităților față de dezvoltările urbane aberante girate de municipalități.

În 2015 rata de deprivare severă de locuire<sup>7</sup> (Tabelul 4) afecta în România 19,8% din populație, de patru ori mai mult decât nivelul UE28 (5%).

*Tabelul 4*  
Rata de deprivare severă de locuire

|         | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---------|------|------|------|------|------|------|
| UE28    | 5,7  | 5,4  | 5,0  | 5,1  | 5,0  | 5,0  |
| România | 25,3 | 24,0 | 22,8 | 22,8 | 20,6 | 19,8 |

*Sursa:* Eurostat 2015.

Un procent de 14,5% din total și 25,4% din populația săracă relativ se confruntă cu imposibilitatea menținerii unei temperaturi adecvate în casă (aspect care ține de așa-numita „sărăcie energetică”); procentele sunt, de data aceasta, mai apropiate de mediile UE28 (10,8% și, respectiv, 24,4%).

Un calcul la nivelul UE (Daphne și alții 2016) estimează că o investiție în eliminarea tuturor condițiilor inadecvate de locuire ar fi recuperată în mai puțin de doi ani prin economiile realizate în sistemul de sănătate, pe care

<sup>7</sup> Rata de deprivare severă de locuire se măsoară la nivelul UE ca procent al populației care este afectată de supra-aglomerare și în același timp de cel puțin una dintre următoarele trei probleme de calitate a locuirii: 1. Scurgeri în tavan, umezeală în pereți, podele sau în temelii, sau putregai în cadrele ferestrelor sau în podele; 2. Lipsa unei băi, a unui duș sau a unei toalete în interiorul locuinței; 3. Locuință prea întunecată.

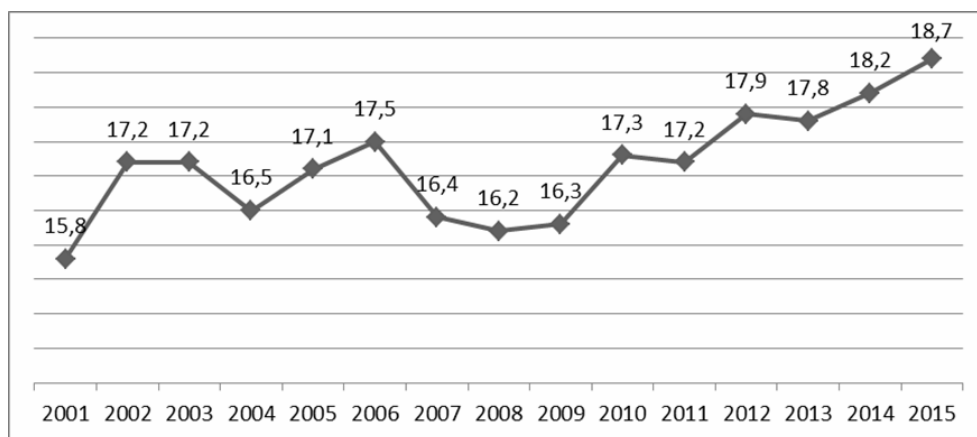
cade povara tratării unor boli rezultate ca urmare a deficitelor de calitate ale locuințelor.

La problemele legate de locuință, se adaugă cele ale calității mediului fizic din vecinătate: de exemplu, 38% din populație apreciază că străzile sunt mizere, 37% apreciază că aerul are o calitate scăzută (EQLS, 2012). Alte date arată că, per total, 29,5% sunt nemulțumiți de mediul în care trăiesc/locuiesc (Tabelul 1).

### COSTURILE LOCUIRII

Cheltuielile asociate cu locuința reprezintă un cost excesiv pentru multe dintre gospodăriile din România: ponderea costurilor asociate cu locuirea în consumul gospodăriilor a crescut aproape constant în ultimele decenii, în 2015 acestea ajungând să cheltuiască 18,7% din total (Grafic 1).

Grafic 1. Ponderea cheltuielilor cu locuința (inclusiv utilități) în total cheltuieli de consum



Sursa: INS TEMPO online 2015.

Un procent de 15,9% dintre gospodării alocă în 2015 mai mult de 40% din buget doar pentru cheltuielile legate de locuire<sup>8</sup>, raționalizând la maxim

<sup>8</sup> Indicator Eurostat care măsoară „supraîncărcarea costurilor legate de locuință” (*housing cost overburden rate*) și include plata creditelor ipotecare, plata ratelor la credite

sau acoperindu-și precar alte componente ale vieții. Valoarea este cu 4,5 puncte procentuale peste nivelul UE28. Dintre săraci, 42,6% sunt supra-împovărați de cheltuielile legate de locuință (Tabelul 5).

Tabelul 5

Supraîncărcarea costurilor de locuire (% populației care cheltuiește mai mult de 40% din venitul disponibil pe costuri legate de locuință)

|                | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|----------------|------|------|------|------|------|------|
| UE28           | 10,8 | 11,4 | 10,9 | 11,1 | 11,5 | 11,4 |
| România        | 15,8 | 10,5 | 18,4 | 16,9 | 16,2 | 15,9 |
| UE28 săraci    | 37,2 | 38,0 | 38,1 | 37,7 | 40,1 | 39,6 |
| România săraci | 40,0 | 23,2 | 45,0 | 41,5 | 40,1 | 42,6 |

Sursa: Eurostat 2015.

Datele *Anchetei bugetelor de familie* (INS) arată că situația este cel mai gravă pentru populația săracă din urban, pentru care costurile la utilități reprezintă mai mult de jumătate din cheltuielile lunare totale ale gospodăriilor din cea mai săracă decilă (Teșliuc și alții 2015).

Ca urmare a costurilor ridicate, 19,6% din populație înregistra în 2015 datorii la plata utilităților (apă, gaze, electricitate, canalizare, salubritate), față de 11,5% media țărilor UE; o parte dintre aceste gospodării acumulează constant datorii și în final sunt confruntate cu perspectiva deconectării de la rețelele de utilități.

Tabelul 8

Întârzieri la plata cheltuielilor legate de locuință  
(credite ipotecare, chirii, întreținere sau achiziție în rate)

|         | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---------|------|------|------|------|------|------|
| UE28    | 12,0 | 11,6 | 11,6 | 11,9 | 12,5 | 11,5 |
| România | 29,0 | 30,1 | 32,2 | 31,5 | 23,9 | 19,6 |

Sursa: Eurostat 2015.

Un sondaj (Comisia Europeană 2012) nuanțează imaginea: 10% dintre gospodării erau întârziate în 2011 cu plata facturilor, pentru 15% plata lor la

---

pentru locuință, plata chiriilor și plata utilităților (apă, electricitate, gaze naturale, încălzire). Indicatorul este calculat ca pondere a costurilor legate de locuință din totalul venitului disponibil, cu excluderea alocațiilor pentru locuință.

timp constituia un efort considerabil în permanență iar pentru 47% un efort ocazional.

Comparația cu țările Uniunii Europene trebuie privită din prisma structurii diferite a statutului de proprietate a locuințelor: în România statutul de chiriaș și cel de plătitor de credite imobiliare, ambele presupunând cheltuieli extrem de ridicate, sunt mult mai puțin răspândite decât în celelalte țări europene, așadar cheltuielile ridicate de locuire sunt centrate preponderent pe acoperirea costurilor întreținerii locuinței.

Conform unor estimări ale Institutului de Cercetare a Calității Vieții (ICCV), liberalizarea completă a prețurilor energiei și alinierea lor la prețurilor stabilite de piața liberă europeană, va produce un șoc economic. În 2018, cheltuielile asociate cu locuința vor exploda, conform acestor estimări, la aproape 30% din totalul cheltuielilor de consum, punând presiune pe resursele disponibile pentru alte tipuri de cheltuieli (Zamfir 2015).

### **LOCUINȚELE SOCIALE – COMPARAȚII INTERNAȚIONALE ȘI SITUAȚIA LA NIVEL NAȚIONAL**

În comparațiile internaționale din punct de vedere al profilului politicilor de locuire, cel mai adesea programele de locuințe sociale/publice constituie referința. Aceste comparații sunt afectate, însă, la rândul lor, de faptul că nu există un consens asupra definiției termenului de „locuință socială”, dat fiind profilul diferit al politicilor statelor. România este clasificată în categoria țărilor cu politici reziduale, cu programe care se adresează numai celor în nevoie acută de sprijin, pe baza unor criterii de vulnerabilitate (Europolitics Special Report 2011). O analiză mai detaliată a cazului special al României arată că oferta minimală de locuințe sociale nu conduce, totuși, la o focalizare pe segmentul de populație cel mai vulnerabil.

Politicile de locuire sunt afectate, în general, de o controversă ideologică perpetuă privind gradul în care statul ar trebui să se implice, dat fiind că sectorul se află la limita dintre sfera bunăstării individuale și mecanismele macroeconomice. Această dezbateră poate fi observată la nivel european, context în care reapare constant. Locuințele sociale sunt recunoscute la nivel

european ca serviciu de interes general (Comisia Europeană 2013), așadar normele concurențiale nu se aplică iar ajutorul de stat este permis, ceea ce extinde oportunitățile de proiectare de politici publice în acest sector<sup>9</sup>. Ultima criză economică globală a condus la apariția unor semnale la nivel european privind creșterea îngrijorării factorilor de decizie cu privire la accesibilitatea locuințelor, în special pentru populația vulnerabilă. Mecanismele crizei economice au afectat în același timp piața muncii, conducând la pierderea locurilor de muncă, la deteriorarea nivelului salariilor și vulnerabilizarea lucrătorilor nonconvenționali (Eichhorst 2010), și sistemul de protecție socială, care și-a restrâns aria de intervenție și nivelul resurselor alocate (Janta și Henham 2014).

România se înscrie în grupul țărilor Europei Centrale și de Est (ECE), cu un stoc de locuințe sociale extrem de mic raportat la totalul stocului de locuințe. Unele rapoarte menționează valori apropiate de 2% (2,3% – Pittini și Laino 2012) în timp ce alte estimări indică o valoare chiar mai redusă, sub 1% (0,6% în mediul urban, unde sunt localizate majoritatea, conform Teșliuc și ceilalți, 2015)<sup>10</sup>. Doar Polonia și Cehia fac excepție de la această normă a zonei ECE (cu 10% și 17%), și ca urmare a faptului că „au păstrat un număr mai ridicat de locuințe în proprietatea statului” (Pittini și Laino 2012, 24). La nivel european, există țări în care locuințele sociale reprezintă aproximativ o cincime din totalul stocului de locuințe (Austria, Marea Britanie, Spania) sau chiar o treime (Olanda).

*Tabelul 5*

Procentul populației care locuiește în locuințe subvenționate parțial sau fără plata chiriei în funcție de tipul de stat al bunăstării

| <b>Statele liberale</b> | <b>Statele social-democrate</b> | <b>Statele conservatoare</b> | <b>Statele mediteraneene</b> | <b>Conservatoare postsocialiste</b> | <b>Liberale post-socialiste</b> |
|-------------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| 16%                     | 14%                             | 8%                           | 12%                          | 16%                                 | 9%                              |

*Sursa:* Pittini și Laino 2012.

Indicatorul privind numărul de locuințe sociale raportat la numărul de locuitori plasează România la baza ierarhiei europene, cu 8,5 unități la

<sup>9</sup> Anumite componente pot, totuși, să cadă sub incidența legilor ajutorului de stat.

<sup>10</sup> Diferențele apar, cel mai probabil, ca urmare a definițiilor diferite ale locuinței sociale.

1 000 de locuitori. Doar în Luxemburg raportul este mai scăzut (7,9 locuințe sociale la 1 000 de locuitori) și doar Slovacia mai este aproape de situația României (8,9), maximele plasându-se în jurul a 100 de locuințe sociale la 1 000 de locuitori (Danemarca: 95, Austria: 100) sau chiar peste (Olanda: 135) (Pittini și Laino 2012, 24).

Politicile de locuire sociale se află într-o fază de recesiune în multe țări europene, dar diferența față de România constă în faptul că acest declin are loc în contextul unor stocuri de locuințe sociale considerabil mai mari. De exemplu, un studiu (Whitehead și alții 2007) dedicat analizei a nouă dintre cele mai dezvoltate țări occidentale europene constată scăderea procentului de locuințe sociale în total stoc de locuințe ca urmare a creșterii mult mai mici decât a stocului total de locuințe, privatizării sau demolării.

Multe dintre analizele politicilor de locuire pun în relație modelul acestora cu tipul de stat al bunăstării, pornind de la observația că este un domeniu de politici care reflectă opțiunile fundamentale la nivel național cu privire la profilul politicilor sociale. Din punct de vedere al statului bunăstării, România este dificil de încadrat în orice categorie de stat al bunăstării, indiferent de tipologiile propuse de diverse studii de-a lungul anilor (Esping-Andersen 1999, Arts și Gilissen 2010). Cazul României se apropie de statele mediteraneene și sud europene (Grecia, Italia, Spania, Portugalia) prin rolul proeminent acordat familiei în distribuirea bunăstării.

La nivel național există, conform unei anchete a Băncii Mondiale cu autoritățile locale, aproximativ 29 de mii de locuințe sociale și 47 de mii de locuințe cu caracter social (nu respectă normele legale de spațiu și salubritate), acestea fiind deja ocupate în cvasitotalitate (Teșliuc și alții 2015). Datele sunt aproximative pentru că autoritățile locale utilizează definiții diferite, incluzând sau excluzând din calcul o parte din locuințele ANL, locuințele de urgență, locuințele naționalizate nerevendicate etc. Aceeași anchetă arată că multe dintre aceste locuințe sunt masiv supraaglomerate, deteriorate, decuplate de la utilități, grevate de datorii la plata întreținerii. Beneficiarii lor nu sunt cele mai defavorizate persoanele și familii, considerate incapabile să suporte costurile locuirii. Unele din zonele de locuințe sociale/cu caracter social s-au transformat în așa-numite ghetouri, pe fondul abandonării lor de către autorități.

Autoritățile estimează un necesar de aproximativ 55 000 de noi locuințe în timp ce cererile depuse depășesc 67 000. Aceste informații privind necesarul

sunt și mai nesigure, ca urmare a marginalității obiectivelor de locuire în ansamblul politicilor locale și a șanselor extrem de mici ca aplicațiile să fie satisfăcute, ceea ce descurajează cererea. Decalajul dintre ofertă și cerere este demonstrat și de faptul că datele aceleiași anchete arată că doar 30% dintre orașele cu o rată ridicată a populației sărace beneficiază de locuințe sociale, în timp ce procentul devine 81% în orașele cu o rată scăzută a sărăciei.

Ritmul de construcție de locuințe sociale în prezent este complet insuficient, fiind, conform datelor MDRAP, de câteva sute de locuințe anual (Tabelul 6).

*Tabelul 6*  
Locuințe sociale construite 2010–2015

|                                                                                   | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Locuințe sociale construite pentru persoane evacuate prin Legea 74/2007           |      |      | 202  | 216  | 959  | 891  |
| Locuințe sociale construite pentru alte categorii de persoane prin Legea 114/1996 | 250  | 231  | 259  | 192  | 390  |      |

*Sursa:* MDRAP 2015.

## PERSOANELE FĂRĂ ADĂPOST

Fenomenul persoanelor fără adăpost este, în parte, consecința directă a lipsei politicilor de profil în ultimele decenii. Unii dintre oamenii străzii se află în stradă ca rezultat direct al intervenției publice: victimele evacuărilor, persoanele provenite din diferite sisteme instituționalizate (tinerii ieșiți din sistemul de îngrijire rezidențială a copilului, din penitenciare, din instituțiile pentru persoane cu dizabilități, din alte servicii medicale). Conform prevederilor legale, aceste persoane ar trebuie să beneficieze de locuințe sociale (de pildă, persoanele evacuate din locuințele retrocedate), dar autoritățile publice nu respectă aceste prevederi, de multe ori nedeținând locuințe sociale vacante. Alți adulți se află în stradă ca urmare a lipsei politicilor de prevenire: din 2008–2011. O colectare de date MMJS recentă plasează fenomenul la ceva mai mult de 8 000 de persoane și încearcă să realizeze și un profil al fenomenului (Tabelul 7), însă multe sub-grupuri sunt etichetate neclar, astfel încât nu este foarte evident ce indivizi cuprind.

Tabelul 7

Persoane fără adăpost în decembrie 2016, la nivel național și în județele cu un număr ridicat de persoane în această situație conform Ministerului Muncii și Justiției Sociale

|                | <b>a</b> | <b>b</b> | <b>C</b> | <b>d</b> | <b>e</b> | <b>f</b> | <b>g</b> | <b>h</b> | <b>i</b> | <b>j</b> | <b>k</b> |
|----------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Național – nr. | 8 386    | 1 035    | 848      | 1 220    | 918      | 741      | 61       | 570      | 1 273    | 321      | 2 847    |
| Național – %   |          | 12,3     | 10,1     | 14,5     | 10,9     | 8,8      | 0,7      | 6,8      | 15,2     | 3,8      | 33,9     |
| București      | 1 063    | 135      | 78       | 117      | 73       | 46       | 1        | 353      | 70       | 4        | 338      |
| Hunedoara      | 575      | 168      | 5        | 221      | 44       | 18       | 5        | 0        | 32       | 50       | 74       |
| Iași           | 639      | 74       | 88       | 67       | 113      | 61       | 8        | 4        | 17       | 25       | 310      |
| Mureș          | 497      | 106      | 22       | 106      | 38       | 38       | 6        | 49       | 0        | 16       | 122      |
| Maramureș      | 836      | 38       | 135      | 2        | 31       | 42       | 0        | 6        | 236      | 23       | 323      |
| Olt            | 460      | 113      | 65       | 213      | 40       | 91       | 15       | 1        | 13       | 3        | 135      |
| Timiș          | 942      | 33       | 72       | 29       | 70       | 67       | 3        | 5        | 140      | 17       | 135      |

a: persoane fără adăpost; b: minori; tineri foști beneficiari ai sistemului de protecție special; d: au copii sau aparțin unei familii cu mulți copii; e: au o dizabilitate sau o invaliditate; g: susțin o persoană cu o dizabilitate severă sau gravă sau cu invaliditate gradul I sau II; h: evacuați din foste case naționalizate restituite; i: dependenți de droguri sau de alcool; j: ieșiți din penitenciar; k: nu au un loc de muncă.

Lipsa unui adăpost este o situație cronicizată pentru o bună parte dintre aceste persoane. Persoanele fără adăpost sînt afectate de malnutriție, o incidență ridicată a bolilor cronice și bolilor mintale, abandon școlar și analfabetism, abuz fizic și sexual, stigmatizare și discriminare, lipsă totală de acces la servicii sociale (educație, sănătate, asistență socială), speranța lor de viață fiind semnificativ mai scăzută.

În fiecare sezon rece, se înregistrează decese ale persoanelor fără adăpost. Conform unei centralizări a situației la nivelul anului 2014, 104 adăposturi cu 2 525 locuri disponibile existau la nivelul țării (Teșliuc și alții 2015). Cercetările calitative (Briciu 2016) arată că oferta nu se situează la nivelul nevoilor reale în anumite orașe. Serviciile integrate, care ar trebui să ofere o locuință în același timp cu asistență socială, servicii de sănătate, educație și instruire, singurele capabile să conducă la reintegrarea unora dintre persoanele fără adăpost, au caracter de excepție la nivelul țării și acoperă doar cîteva zeci de persoane/familii.

Unele studii indică apariția unei generații de copii ai persoanelor fără adăpost; conform Salvați Copiii (Grădinaru 2014), aproximativ 40% din persoanele peste 14 de ani aflate în stradă au copii; în jur de jumătate dintre acestea locuiesc în stradă împreună cu copiii lor.

Nu există programe de prevenire a fenomenului lipsei de adăpost. Nu există programe de reintegrare socială, nici măcar unele bazate pe adăposturi/locuințe de tranzit, în timp ce în multe dintre țările Uniunii Europene se testează programe de tipul Locuința Prima (*Housing First*), care acordă drept de ocupare a unei locuințe proprii de la bun început, ca premisă a unui program susținut de reintegrare socială, cu suport multidimensional<sup>11</sup>.

## **ZONELE DE SĂRACIE EXTREMĂ COMPACTE TERITORIAL**

Conform unei studii (SOP ROP 2013) realizat în vederea ghidării intervenției *Programului Operațional Regional 2014–2020* în comunitățile urbane dezavantajate, 3,2% din populația urbană, 2,6% din gospodăriile din mediul urban și 2,5% din locuințele urbane fac parte din sectoare de recensământ definite ca zone marginalizate, adică zone care cumulează condiții de locuire inadecvate, cu capital uman scăzut și ocupare pe piața de muncă formală scăzută. Aceste zone cuprind ghetouri, zone de blocuri de locuințe de slabă calitate sau foste colonii muncitorești, mahalale cu case și/sau adăposturi improvizate, precum și locuințe sociale, fie în centrul istoric al orașului, fie în blocuri de locuințe. Cele mai frecvent întâlnite subtipuri de zone urbane marginalizate sunt ghetourile cu blocuri de apartamente și mahalale cu case – împreună reprezentând peste 60% din zonele urbane marginalizate identificate).

## **DIRECȚII DE POLITICI**

Principalele direcții de acțiune și obiective propuse sunt expuse în continuare.

1. Lansarea unui program de creștere a fondului de locuințe în administrare publică sau închiriate cu suport public, cu o atenție specială, în cadrul acestui fond, asupra stocului de locuințe sociale:

---

<sup>11</sup> Pentru o trecere în revistă a studiilor privind acest tip de programe vezi, de exemplu, Raitakari și Juhila 2015.

- regândirea raportului dintre responsabilitățile la nivel central și cele ale autorităților locale, investitorilor privați, beneficiarilor, evaluând în acest sens alte modele din zonă și din Europa;

- relansarea construcției de locuințe ca resursă principală a creșterii stocului disponibil;

- utilizarea locuințelor sociale nou create doar sub forma închirierii pînă la satisfacerea nevoii masive;

- identificarea unor soluții complementare de tipul convertirii construcțiilor părăsite, facilităților industriale și comerciale abandonate și aflate în proprietatea statului în clădiri de locuințe;

- lansarea unor parteneriate cu constructori privați în care statul să ofere anumite beneficii (scutiri fiscale, teren) în schimbul utilizării în scopuri sociale a unei anumite cote din locuințele nou construite;

- introducerea unei alocații pe baza testării mijloacelor/evaluării unor vulnerabilități sociale, pentru a permite închirierea unor locuințe sociale;

- reabilitarea și valorificarea deplină a fondului de locuințe existent;

- reevaluarea obiectivelor și eficienței programelor Prima Casă și ANL pentru tineri;

- programele de locuințe sociale trebuie acompaniate de un pachet de servicii sociale (activare pe piața muncii, acces la sisteme de educație și formare, acces la servicii de sănătate, asistență socială, îngrijirea copiilor) pentru beneficiari, pentru a încuraja un mod de viață autonom al adulților și un parcurs normal de dezvoltare a copiilor și tinerilor;

- constituirea unor stocuri de locuințe de urgență în vederea absorbirii urgente a șocului social al unor cataclisme și de locuințe de serviciu în vederea utilizării lor în cadrul unor pachete mai largi de politici de stimulare a mobilității ocupaționale, profesionalizării serviciilor sociale etc.

Înainte de a putea estima adecvat resursele necesare în viitor, este necesar însă un diagnostic al nevoii reale și al resurselor deja existente (la momentul actual nu sunt cunoscute). Este limpede că nevoile sunt de câteva zeci sau chiar sute de ori mai ridicate decât numărul de locuințe nou construite din fonduri publice la nivelul unui an (câteva sute), dintre care doar o parte sunt utilizate, oricum, cu funcția de locuințe sociale.

Ar fi necesar să fie realizate:

- a. o estimare a resurselor disponibile nu doar din punct de vedere financiar ci și al altor resurse: terenuri disponibile pentru autoritățile locale,

clădiri care pot fi convertite pentru a primi destinația de spații de locuit; trebuie făcut un inventar transparent al locuințelor rămase în proprietatea statului (nu există);

b. o evaluare a celor mai eficiente modalități de intervenție, într-o evaluare comparativă, care să ia în considerare și complementaritatea soluțiilor: alocație de locuit, subvenționarea chiriei, alocarea de locuințe sociale.

Acordurile cu dezvoltatorii imobiliari sunt o sursă alternativă de finanțare: statul oferă spații și infrastructură (teren, infrastructură de utilități), scutiri și facilități fiscale, în schimbul unui număr de unități locative destinate închirierii în cadrul programelor de locuințe sociale.

2. Amortizarea deficitelor de calitate a locuințelor, creșterea acoperirii infrastructurii de utilități și îmbunătățirea mediului locuinței atât în urban cât și în rural:

- creșterea finanțării programelor de construcție a infrastructurii de utilități publice și acoperirea mai rapidă a zonelor deficitare;
- consolidarea mult mai rapidă a locuințelor cu risc seismic;
- planificarea „raționalizării” rețelelor de facilități educaționale și de sănătate în funcție de nevoile și distribuția teritorială a populației și nu după criteriile economisirii la bugetul public;
- acordarea unor credite în condiții avantajoase pentru racordarea la utilitățile publice și pentru lucrările de îmbunătățire a condițiilor de locuit (reabilitare), care să se adreseze și rezidenților din mediul rural;
- planificarea teritorială cu participarea comunităților implicate și a cercetătorilor; măsuri punitive împotriva autorizării de către autorităților locale a unor proiecte de construcții care se abat de la normele de mediu și urbanistice.

3. Reglementarea și ieșirea de pe piața neagră/gri a chiriilor, cu protejarea drepturilor chiriașilor.

4. Compensarea costurilor de locuire excesive pentru categoriile de populație cu venituri precare.

5. Compensarea costurilor de locuire excesive pentru categoriile de populație cu venituri precare:

- asigurarea unui nivel suficient de ridicat al alocației de susținere a costurilor de locuire/încălzire încât să prevină șocurile economice ale creșterii costului utilităților;

- prevenirea debranșărilor de la sistemele de utilități publice;
- prevenirea achiziționării sau unor sisteme de încălzire improvizate, cu risc major de accidente.

6. Dezvoltarea unei strategii privind persoanele fără adăpost, cu programe de prevenire a fenomenului, reintegrare socială și diminuarea numărului persoanelor afectate:

- eradicarea fenomenului copiilor străzii;
- implementarea unor politici de prevenire a pierderii locuinței: stoparea evacuărilor, implementarea unor programe de asistență socială în comunitate și în familie (în detrimentul celor instituționalizate), compensarea costurilor de locuire pentru populația în sărăcie extremă;
- alocarea de locuințe sociale pentru persoanele aflate în stradă pe modelul *housing first*/locuința prima;
- cuprinderea tuturor persoanelor fără adăpost în diferite programe de asistență și recuperare, în funcție de nevoile beneficiarilor și de faza intervenției, în vederea reintegrării sociale;
- dezvoltarea unei rețele acoperitoare de adăposturi de noapte.

7. Zonele marginalizate din urban și rural trebuie adresate prin programe de regenerare urbană, care să cuprindă soluții de reglementare a statutului juridic locativ, acolo unde cazul, și un pachet integrat de servicii pentru rezidenții lor, cu servicii educaționale, de sănătate, ocupaționale și de creștere a capitalului social (după modelul proiectelor deja demarate).

## CONCLUZII

Capitolul a discutat câteva dintre problemele majore ale sectorului de locuire, cum ar fi criza de locuințe accesibile la prețuri suportabile, mai ales pentru generațiile tinere și pentru populația cu venituri scăzute și medii,

creșterea poverii cheltuielilor de întreținere a locuințelor în urban, deficitele majore de calitate a locuirii, cu profilul lor diferit în funcție de cele două medii de rezidență, precum și apariția și agravarea unor probleme noi în ultimele decenii – lipsa unui adăpost fiind poate cea mai flagrantă. În același interval, politicile de locuire au fost aproape abandonate, autoritățile publice arătându-se complet nepregătite pentru a contracara problemele „moștenite” sau cele nou apărute. Programele de locuințe sociale, delegate autorităților locale, s-au desfășurat la un nivel rezidual, excluzând anumite categorii de beneficiari (precum persoanele fără adăpost – Ciucu și Ghiță 2016), sau generând forme proprii de excluziune socială (ca în cazul zonelor de locuințe sociale transformate în zone marginalizate). Concluzia cu cel mai ridicat nivel de generalitate a capitolului privește necesitatea și urgența regândirii radicale a rolului și importanței politicilor de locuire în ansamblul politicilor publice; sunt necesare noi programe și resurse sporite. Câteva direcții posibile ale reformei sectorului au fost schițate în ultima parte a capitolului. Un draft al unei prime strategii de locuire a fost elaborat anul trecut și atinge multe dintre aceste puncte însă acest document, mult perfectibil dar care ar reprezenta un prim pas important în relansarea politicilor de locuire, nu a mai fost adoptat, cel puțin până la momentul elaborării acestui capitol, jumătatea anului 2017. Printre direcțiile de politici considerate stringente necesare în contextul analizei acestui capitol, derularea unui amplu program de locuințe sociale reprezintă un pilon central; un astfel de program ar trebui să fie derulat cu criterii mai clare și mai incluzive, cu o calitate mai bună a locuințelor și obiective clare, și cu un pachet de servicii care să acompanieze acordarea unei locuințe în vederea creșterii șanselor de incluziune a beneficiarilor.

### Bibliografie

- Arendt, Daphne, Hans Dubois, Jean-Marie Jungblut, Mike Roys, Nicol Simon, David Ormandy, Veronique Ezratty, Tim Fox, James Sennett, and Alice Pittini. 2016. *Inadequate housing in Europe: Costs and consequences*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Accesat pe 20 Iunie 2017. [https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef\\_publication/field\\_ef\\_document/ef1604en\\_0.pdf](https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1604en_0.pdf)
- Atanasiu, Bogdan, Eleni Kontonasiu, and Francesco Mariotti. 2014. *Alleviating fuel poverty in the EU. Investing in home renovation, a sustainable and inclusive solution*. Buildings Performance Institute Europe. Accesat pe 20 Iunie 2017. <http://bpie.eu/wp-content/uploads/2015/10/Alleviating-fuel-poverty.pdf>

- Briciu, Cosmin. 2016. "Politici sociale de locuire." *Calitatea Vieții* XXVII (1): 42–62.
- Pásztor, Gyongy and Peter László. 2009. "Urban Housing Problem in Romania: The Legacy of Communist Block of Flats." *Studia Universitas Babes Bolyai – Oeconomica* 2: 66–78.
- Ciucu, Ciprian and Alexandru Ghiță (coord.). 2016. *Locuirea socială în București între lege și realitate*. Centrul pentru Dezvoltare Urbană și Teritorială. Accesat pe 20 Iunie 2017. [http://www.cdut.ro/library/main/Publicatii/Rapoarte/PP\\_Gaseste\\_O\\_Casa\\_v01\\_WEB.pdf](http://www.cdut.ro/library/main/Publicatii/Rapoarte/PP_Gaseste_O_Casa_v01_WEB.pdf)
- Comisia Europeană. 2012. *Monitoring the social impact of the crisis-public perceptions in the European Union*. TNS Political & Social at the request of Directorate-general Employment, Social Affairs and Inclusion. Accesat pe 20 Iunie 2017. [http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/flash/fl\\_338\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/flash/fl_338_en.pdf)
- Comisia Europeană. 2013. *Guide to the application of the European Union rules on state aid, public procurement and the internal market to services of general economic interest, and in particular to social services of general interest*. Commission Staff Working Document. Accesat pe 20 Iunie 2017. [http://ec.europa.eu/competition/state\\_aid/overview/new\\_guide\\_eu\\_rules\\_procurement\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/competition/state_aid/overview/new_guide_eu_rules_procurement_en.pdf)
- Dan, Adrian. 2006. *Politici de locuire: România încotro? O analiză comparativă a României în contextul ECE și UE*. București: Editura Universității din București.
- Eichhorst, Werner, Verónica Escudero, Paul Marx and Steven Tobin. 2010. *The impact of the crisis on employment and the role of labour market institutions*. International Labour Organization International Institute For Labour Studies. Accesat pe 20 Iunie 2017. [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/--inst/documents/publication/wcms\\_192839.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/--inst/documents/publication/wcms_192839.pdf)
- EUROPOLITICS. 2011. *EU rethinks role of social housing*. Europolitics special report. Accesat pe 20 Iunie 2017. [http://www.union-habitat.eu/IMG/pdf/EU\\_rethinks\\_the\\_role\\_of\\_social\\_housing\\_-\\_EUROPOLITICS.pdf](http://www.union-habitat.eu/IMG/pdf/EU_rethinks_the_role_of_social_housing_-_EUROPOLITICS.pdf)
- Esping-Andersen, Gosta, 1999. *Social foundations of Post-industrial Economies*. Oxford: University Press.
- Grădinaru, Ciprian. 2014. *Evaluarea fenomenului „copiii și tinerii străzii”*. Organizația Salvați copiii. Accesat pe 20 Iunie 2017. [http://salvaticopiii.ro/upload/p0001000100050001\\_Raport%20copiii%20strazii.pdf](http://salvaticopiii.ro/upload/p0001000100050001_Raport%20copiii%20strazii.pdf)
- Janta, Barbara and Marie-Louise Henham. 2014. *Social protection during the economic crisis. How do changes to benefits systems affect children?* RAND Europe. Accesat pe 20 Iunie 2017. [https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research\\_reports/RR500/RR555/RAND\\_RR555.pdf](https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR500/RR555/RAND_RR555.pdf)
- Massimiliano, Mascherini, Anna Ludwinek, Carlos Vacas, Anja Meierkord, and Michael Gebel. 2014. *Mapping youth transitions in Europe*. Eurofound. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Accesat pe 20 Iunie 2017. <http://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2014/labour-market/mapping-youth-transitions-in-europe>
- Ministerul Dezvoltării Regionale, Administrației Publice și Fondurilor Europene. 2016. *Strategia națională de locuire, draft de lucru*. Accesat pe 20 Iunie 2017. <http://www.mdrap.ro/hg-pentru-aprobarea-strategiei-nationale-a-locuirii>

- Pawson, Hal, Julie Lawson, and Vivienne Milligan. 2011. *Social housing strategies, financing mechanisms and outcomes: an international review and update of key post-2007 policy developments*. Sydney: City Futures Research Centre, University of New South Wales. Report prepared for: Housing NSW, Department of Families and Communities, NSW Government. Accesat pe 20 Iunie 2017. [https://www.be.unsw.edu.au/sites/default/files/upload/research/centres/cf/publications/cfprojectreports/International\\_Social\\_Housing\\_Review.pdf](https://www.be.unsw.edu.au/sites/default/files/upload/research/centres/cf/publications/cfprojectreports/International_Social_Housing_Review.pdf)
- Pásztor, Gyongy and Peter László. 2009. "Urban Housing Problem in Romania: The Legacy of Communist Block of Flats." *Studia Universitas Babes Bolyai – Oeconomica* 2: 66–78.
- Pittini, Alice and Elsa Laino. 2012. *Housing Europe Review. The nuts and bolts of European social housing systems*. CECODHAS Housing Europe's Observatory. Accesat pe 20 Iunie 2017. <http://www.housingeurope.eu/resource-105/the-housing-europe-review-2012>
- Raitakari, Suvi, and Kirsi Juhila. 2015. "Housing First Literature: Different Orientations and Political–Practical Arguments". *European Journal of Homelessness* 9(1): 145–189. Accesat pe 20 Iunie 2017. <http://www.feantsaresearch.org/download/article-7-2604393509181925066.pdf>
- Sotiropoulos, Dmitri. A. 2006. "Positive and Negative Social Capital and the Uneven Development of Civil Society in Southeastern Europe." *Southeast European and Black Sea Studies* 5(2): 243–256. <http://dx.doi.org/10.1080/14683850500122919>
- Scanlon, Kathleen, Melissa Fernández Arrigoitia, and Christine M E. Whitehead. 2015. "Social housing in Europe." *European Policy Analysis* 17: 1–12. Accesat pe 20 Iunie 2017. [http://eprints.lse.ac.uk/62938/1/Fernandez\\_Social%20housing%20in%20Europe\\_2015.pdf](http://eprints.lse.ac.uk/62938/1/Fernandez_Social%20housing%20in%20Europe_2015.pdf)
- Teșliuc, Emil, Vlad Grigoraș și Manuela S. Stănculescu (coord.). 2015. *Studiu de fundamentare pentru strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei 2015–2020*. Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare/Banca Mondială. Accesat pe 20 Iunie 2017. [http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSPContentServer/WDSP/IB/2016/02/09/090224b08415d93e/1\\_0/Rendered/PDF/Studiu\\_0de0fund0s0r0ciei000201502020.pdf](http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSPContentServer/WDSP/IB/2016/02/09/090224b08415d93e/1_0/Rendered/PDF/Studiu_0de0fund0s0r0ciei000201502020.pdf)
- Zamfir, Cătălin (coord.). 2015. *Eficiența energetică – o prioritate națională pentru reducerea sărăciei energetice, creșterea calității vieții și siguranța consumatorilor*. București: Academia Română.

# **CALITATEA GUVERNĂRII ÎN ROMÂNIA<sup>1</sup>**

MONICA MARIN, ADRIANA NEGUȚ,  
CLAUDIA PETRESCU, IULIAN STĂNESCU,  
MANUELA SOFIA STĂNCULESCU

## **INTRODUCERE**

Pentru ca în următorii 20 de ani România să atingă un nivel ridicat de dezvoltare, o condiție cheie este creșterea rapidă a calității sistemului public. În absența unui sistem public performant, dezvoltarea nu este posibilă, cu atât mai mult în sectoarele sociale. Serviciile publice de calitate nu se pot dezvolta în mod echilibrat pe tot cuprinsul țării fără un sistem public de calitate și, bineînțeles, fără un buget adecvat.

Acest capitol își propune o analiză a condițiilor și factorilor interni și externi care pot contribui la creșterea calității administrației publice. De asemenea, analiza urmărește identificarea unor direcții prioritare de acțiune, preponderent axate pe termen scurt. Materialul propune obiective specifice în scopul creșterii calității administrației publice ca o condiție necesară pentru îmbunătățirea calității furnizării serviciilor publice și, mai general, pentru o bună guvernare.

## **CE ÎNSEAMNĂ CREȘTEREA CALITĂȚII GUVERNĂRII?**

Capitolul de față are în vedere creșterea calității sistemului public, dar pune accentul preponderent pe creșterea calității administrației publice.

---

<sup>1</sup> Acest material a fost publicat într-o versiune ușor diferită în: Marin, Monica, Adriana Neguț, Claudia Petrescu, Iulian Stănescu, Manuela Sofia Stănculescu. 2015. „Obiective de dezvoltare privind creșterea calității guvernării – România 2015–2035.” *Calitatea Vieții* XXVI (4): 375–398.

Astfel, analiza se concentrează pe aria de responsabilitate a ministerelor (inclusiv a agențiilor și autorităților în subordine/coordonare) și administrației publice locale (primării și consilii județene), care nu reprezintă totalitatea sectorului public<sup>2</sup>.

Calitatea administrației publice este o condiție pentru calitatea guvernării<sup>3</sup>. În definiția Comisiei Europene (2015), calitatea administrației publice se referă la: 1. o mai bună reglementare (*policy-making*); 2. încorporare a practicilor etice și anti-corupție; 3. instituții profesionale și funcționale; 4. îmbunătățirea furnizării serviciilor; 5. îmbunătățirea mediului de afaceri; 6. îmbunătățirea calității sistemelor de justiție și 7. administrarea eficientă a fondurilor publice. Toate cele șapte elemente sunt necesare pentru a obține buna guvernare, adică o guvernare de calitate. Calitatea guvernării este cel mai adesea măsurată, inclusiv la nivel european, pe baza definiției dezvoltate de Banca Mondială, adică: „tradițiile și instituțiile prin care este exercitată autoritatea într-o țară. Aceasta include: 1. procesul prin care guvernele sunt selectate, monitorizate și înlocuite; 2. capacitatea guvernului de a formula și implementa eficient politici adecvate și 3. respectul cetățenilor și al statului pentru instituțiile care guvernează interacțiunile sociale și economice între ei.”<sup>4</sup> (Kaufmann și alții 2010, 4).

Corepunzător acestei definiții, a fost dezvoltat setul de date *Worldwide Governance Indicators* (WGI), printre cel mai des folosit pentru a caracteriza

---

<sup>2</sup> Pentru diferențierile dintre definirea sectorului public și definirea administrației publice conform clasificării CAEN, vezi Demmke și Moilanen (2012). Una dintre cele mai des utilizate definiții ale sectorului public se bazează pe metodologia conturilor naționale, conform căreia sunt incluse și corporațiile publice financiare și nonfinanciare (European Commission 2009). De exemplu, Ministerul Finanțelor Publice include și Agenția Națională de Presă Agerpres în statistica posturilor ocupate din sectorul public. Corporațiile publice nu fac obiectul analizei de față, însă este important de delimitat care este ansamblul general al sectorului public în special pentru obiectivele legate de managementul resurselor umane și creșterea raționalizării cheltuielilor în ansamblul sectorului public.

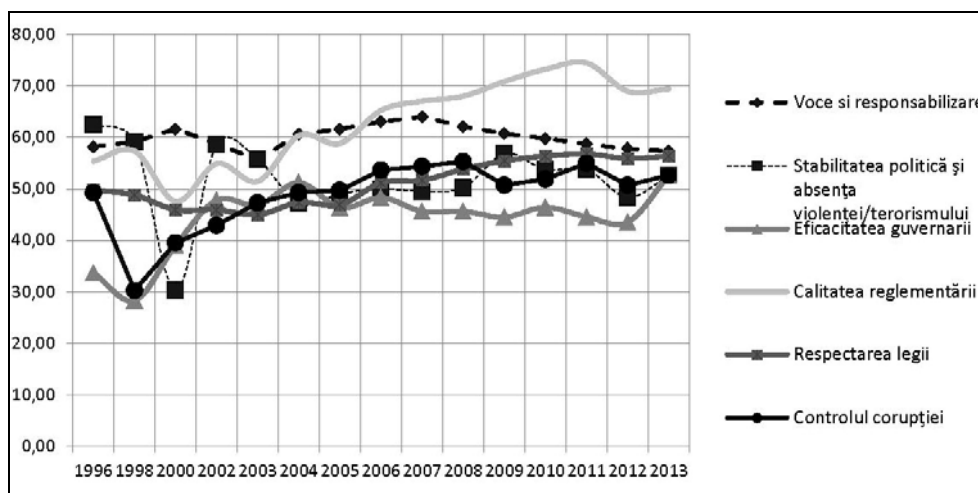
<sup>3</sup> Conform *Strategiei privind mai buna reglementare 2014–2020* (Guvernul României 2014b, 4), termenul guvernare se referă la acțiunile unei echipe guvernamentale care temporar deține puterea executivă a statului. Termenul guvernare nu este folosit ca fiind sinonim cu cel de guvernare care desemnează pe lângă actul guvernării și corpul de instituții și cutume care se dezvoltă în societate, independent de acțiunile unui guvern central temporar.

<sup>4</sup> Această definiție este folosită de către Guvernul României pentru termenul de „guvernare” (*Strategia privind mai buna reglementare 2014–2020*, 2014b: 4).

nu doar calitatea guvernării, ci și performanța administrației publice. Indicii WGI agregă șase dimensiuni ale guvernării, grupate în trei teme principale:

- I. voce și responsabilizare (“accountability”), stabilitatea politică și absența violenței/terrorismului;
- II. eficacitatea guvernării și calitatea reglementării;
- III. respectarea legii și controlul corupției.

Grafic 1. Calitatea guvernării în România, 1996–2013



Sursa: World Bank 2015.

Notă: Toți indicatorii reflectă percepții cu privire la: 1. Voce și responsabilizare (“accountability”) – măsura în care cetățenii pot participa la alegerea guvernului, precum și libertatea de expresie, libertatea de asociere și libertatea presei. 2. Stabilitatea politică și absența violenței/terrorismului – probabilitatea ca un guvern să fie înlocuit prin mijloace neconstituționale sau prin violență, inclusiv violența și/sau terorismul motivat politic. 3. Eficacitatea guvernării – calitatea serviciilor publice, gradul de independență față de politic, calitatea elaborării și implementării politicilor și credibilitatea măsurilor guvernamentale. 4. Calitatea reglementării – abilitatea guvernului de a formula și implementa politici și reglementări care permit și promovează dezvoltarea sectorului privat. 5. Respectarea legii – măsura în care actorii sociali au încredere și se conformează regulilor societății, calitatea controlului asupra contractelor, drepturilor de proprietate, poliția și justiția, precum și probabilitatea actelor criminale sau violente. 6. Controlul corupției – folosirea funcțiilor publice în interes privat, incluzând mica și marea corupție, precum și „capturarea” statului de către elite sau grupuri de interese. Graficul reprezintă pentru fiecare dimensiune rangul României între cele peste 200 de țări din toată lumea incluse în studiu, unde rangul variază între 0 (cea mai mică valoare) și 100 (cea mai mare valoare).

Indicatorii WGI arată o îmbunătățire a calității guvernării în România între 1996 și 2013. În același timp, însă, România înregistrează încă valori scăzute (doar în jur de 50 dintr-un maxim de 100) cu privire la eficacitatea

guvernării, stabilitatea politică și controlul corupției<sup>5</sup>. Datele WGI sunt utile pentru a caracteriza performanța administrației publice (încă nesatisfăcătoare), dar rămân la un nivel atât de agregat, astfel încât este dificil de extras pe baza lor un set de obiective operaționale care să contribuie la creșterea calității guvernării.

Creșterea calității și eficacității guvernării ar presupune, așadar, creșterea calității serviciilor publice furnizate către cetățeni și companii, creșterea independenței administrației față de sfera politicului, precum și îmbunătățirea elaborării și implementării politicilor publice. Pentru ca toate acestea să devină realitate, este necesar să crească, în primul rând, capacitatea instituțională a administrației publice. Totuși, creșterea capacității instituționale nu este și suficientă, relația capacitate-performanță a administrației publice nefiind liniară. Performanța administrației publice (ca și a întregului sistem public) depinde de o serie de factori interni<sup>6</sup>, dar și de factori externi ce pot facilita sau obstructiona acest proces. Principalii factori de succes pentru performanța administrației publice sunt considerați a fi capacitatea de parteneriat și caracteristicile generale ale mediului politic. Capacitatea de parteneriat se referă la abilitatea instituțiilor publice de a colabora cu mediul academic, cu sectorul privat și cu societatea civilă. Mediul politic face referire la tendințele dominante în administrație privind orientarea pe termen lung (*versus* orientarea pe alegeri sau cicluri electorale), stabilitatea (*versus* fluctuația resurselor umane sau instabilitatea legislativă), transparența și

---

<sup>5</sup> Cel mai bun scor și cu o evoluție foarte bună după 2004 se înregistrează cu privire la calitatea reglementării, adică abilitatea guvernului de a formula și implementa politici și reglementări care permit și promovează dezvoltarea sectorului privat.

<sup>6</sup> Modelul analitic pentru stabilirea obiectivelor de dezvoltare a capacității administrației publice ia în considerare următoarele trei categorii de factori interni: structură, resurse umane, sisteme și instrumente. Structura precede resursele umane și acestea preced ca importanță sistemele și instrumentele (Vet și alții 2011, 49). Structura include elemente de legislație, management și cooperare. Resursele umane se referă la abilitatea de a detalia sarcini clare cu privire la fișa postului, numărul și calificarea personalului și îndeplinirea nevoilor de recrutare. Sistemele și instrumentele reprezintă disponibilitatea instrumentelor, metodelor, manualelor, procedurilor, formularelor care permit instituțiilor să transforme „cunoașterea implicită” individuală în „cunoaștere explicită” care poate fi apoi transferată între organizații. De asemenea, acest al treilea factor se referă la utilizarea TIC, a sistemelor de management al informației, inclusiv privind finanțele publice și a sistemelor de monitorizare și evaluare (Boeckhout și alții 2002, 4).

profesionalizarea (*versus* numirile sau promovările în funcție pe linie de partid sau grupuri de interese).

Prin urmare, analiza este structurată în două secțiuni. Prima secțiune analizează trei dimensiuni definitorii pentru capacitatea administrației publice (și eficiența guvernării) legate de elaborarea politicilor, managementul resurselor umane și e-guvernare. A doua secțiune prezintă succint situația actuală și recomandări pentru factori facilitatori pentru performanța administrației publice, referitori la capacitatea de parteneriat și la descentralizarea fiscală și administrativă. Secțiunea de concluzii propune indicatori cheie și ținte pentru monitorizarea evoluției performanțelor administrative.

## **ELABORAREA ȘI IMPLEMENTAREA POLITICILOR PUBLICE**

### **PLANIFICARE STRATEGICĂ**

Guvernul României a elaborat trei documente programatice care acoperă obiectivele majore de creștere a calității sectorului public pentru perioada 2014–2020. Astfel, *Strategia pentru consolidarea administrației publice 2014–2020* include printre obiective dezvoltarea unei administrații publice orientate spre beneficiarii de servicii publice, în care să fie promovate soluțiile inovatoare și care simplifică și consolidează instituții și mecanisme (proces decizional predictibil și fundamentat, resurse umane profesioniste și management financiar în interes public). Elaborarea acestei strategii reprezintă un element pozitiv în condițiile în care din anul 2007 nu a mai existat un document integrator de viziune strategică în domeniul administrației publice. Acest proces de planificare strategică a reprezentat una dintre condiționalitățile ex-ante de accesare a fondurilor europene<sup>7</sup>, deci nu a decurs din inițiativa autorităților naționale responsabile, cu toate că au existat demersuri izolate pe parcursul perioadei anterioare de programare (2007–2013).

---

<sup>7</sup> Existența unei strategii de consolidare a eficienței administrative a României care să includă reforma administrației publice, nevoie menționată în *Poziția serviciilor Comisiei cu privire la dezvoltarea unui Acord de parteneriat și a unor programe în România în perioada 2014–2020*.

De asemenea, în domeniul politicilor privind mai buna reglementare, Guvernul României a elaborat o strategie<sup>8</sup> care fixează „obiective mai puțin ambițioase, dar realizabile” legate de: I. simplificarea fondului activ al legislației, II. creșterea calității fluxului reglementărilor și III. dezvoltarea capacității administrative pentru implementarea politicilor privind mai buna reglementare. Toate aceste obiective sunt relevante pentru dezvoltarea capacității administrației publice, dar pentru scopul elaborării acestui material reținem în special pe cel privind calitatea reglementărilor și îmbunătățirea procesului de consultare a părților interesate în ceea ce privește stabilirea conținutului diferitelor inițiative de politici publice.

În fine, cel de-al treilea document programatic, *Strategia Națională privind Agenda Digitală pentru România 2014–2020* întărește setul de politici care vizează simplificarea procedurilor administrative și reducerea costurilor de accesare a serviciilor publice atât pentru mediul de afaceri, cât și pentru cetățeni.

## COORDONAREA POLITICILOR

Problema lipsei de coordonare a propunerilor legislative, programelor și politicilor publice elaborate de diferite Ministere este una sistemică și influențează atât calitatea reglementărilor, cât și implementarea lor. Această problemă derivă în principal din practica ministerelor de a lucra în mod separat și nu în colaborare cu alte ministere sau chiar cu autoritățile/ agențiile din subordine. Procesul de consultare și mai ales de includere a propunerilor venite din partea autorităților locale sau a organizațiilor nonguvernamentale este îndeplinit mai degrabă formal, fără o capacitate reală de deschidere către modelele de practică și recomandări venite din mediul extern aparatului propriu al al ministerelor: „la nivelul activității curente a administrației publice centrale, propunerile de politici publice sunt deseori asimilate unei activități cu caracter mai degrabă birocratic, nefiind un suport real în procesul de

---

<sup>8</sup> Obiectivul general al *Strategiei privind mai buna reglementare 2014–2020* este reprezentat de îmbunătățirea calității instrumentelor de implementare a politicilor publice reprezentate de reglementări (acte normative, proceduri etc.) precum și a procesului de inițiere, adoptare, implementare și evaluare a acestora.

luare a deciziei, ci doar o etapă de justificare a unei decizii deja luate”. (Guvernul României 2014b, 12).

În același timp, la nivelul Centrului Guvernului, reprezentat în principal prin Secretariatul General al Guvernului (SGG), există o capacitate limitată de coordonare și de monitorizare a modului de formulare a politicilor publice și de utilizare a instrumentelor de planificare strategică. Prin urmare, alături de dezvoltarea capacității administrative a ministerelor de linie de a se coordona cu parteneri interni și externi administrației publice, ar trebui avută în vedere și dezvoltarea capacității SGG de a coordona în ansamblu procesul de elaborare a politicilor publice.

Capacitatea de coordonare a politicilor este strâns legată de capacitatea de parteneriat în principal a administrației publice centrale. În relația cu autoritățile locale, mai ales în programarea fondurilor europene începând cu perioada 2014–2020 trebuie avută în vedere implementarea reală a Codului European al Principiului Parteneriatului prin care „statele membre și autoritățile de management sunt obligate să lucreze în strânsă cooperare cu autoritățile locale și regionale ca parteneri cu drepturi depline de-a lungul întregii perioade de programare: pregătire, implementare, monitorizare și evaluare a Acordurilor de Parteneriat și a Programelor Operaționale” (The Council of European Municipalities and Regions 2014, 4). În acest sens, este subliniată analiza nevoii de finanțare pentru dezvoltarea capacității instituționale, în special a autorităților locale mici, partenerilor sociali și economici și organizațiilor non-guvernamentale pentru ca acestea să participe în toate fazele ciclului de programare anterior menționate (Codul European al Principiului Parteneriatului 2014, 13).

## MONITORIZAREA IMPLEMENTĂRII ȘI EVALUAREA POLITICILOR

Calitatea reglementărilor nu poate fi crescută în absența unor sisteme funcționale de monitorizare și evaluare a programelor și strategiilor implementate/în curs de implementare. În practica actuală, sistemele de monitorizare și evaluare sunt asociate cu precădere programelor finanțate din fonduri europene, nu și documentelor strategice la nivel național sau programelor finanțate de la Bugetul de Stat. Chiar și pentru programele europene, indicatorii

de monitorizare se concentrează mai degrabă pe indicatori de tip realizare imediată, în parte și datorită obiectivelor și orizontului de timp pentru care este realizată analiza. De exemplu, ghidul de indicatori la nivel european pentru măsurarea dezvoltării capacității administrative recomandă utilizarea unor indicatori simpli, ușor măsurabili, care să fie cât mai bine legați de acțiunile sprijinite și care să reflecte efecte directe asupra participanților (European Commission 2014c, 5). În consecință, ceea ce se măsoară din această perspectivă este numărul de participanți la sesiunile de training finanțate cu fonduri europene și numai în cadrul unei evaluări separate numărul de participanți în posturi relevante la un anumit număr de luni după finalizarea sesiunii de training sau numărul de instituții care furnizează un serviciu public în baza unei noi modalități (spre exemplu, sistem IT) după un anumit număr de luni de la finalizarea proiectului (European Commission 2014c, 11–12).

Prin urmare, recomandăm utilizarea pe scară largă a sistemelor de monitorizare nu doar pentru documentele strategice analizate, ci pentru ansamblul programelor și proiectelor derulate în special la nivelul administrației publice centrale. Pentru a urmări atingerea obiectivelor de dezvoltare a capacității administrative, este necesară îndeosebi evaluarea impactului (la un anumit număr de luni de la terminarea anumitor acțiuni/programe/proiecte) și a sustenabilității intervențiilor realizate, inclusiv a celor finanțate din fonduri europene.

Monitorizarea și evaluarea eficienței administrației publice (activități/servicii/programe/proiecte) trebuie făcută pe baza indicatorilor de performanță stabiliți în funcție de rezultatele care trebuie obținute, precum și pe baza satisfacției cetățenilor. În acest moment, nu există o măsurare a satisfacției cetățenilor față de serviciile administrației publice, dar este oferită posibilitatea acestora de a face reclamații. Conform indexului serviciilor publice realizat în cadrul cercetării EQLS 2007, România se plasează pe ultimele locuri între țările Uniunii Europene, cu un scor de 5,3 (Rose și Newton, 2010).

În consecință, este nevoie, pe termen scurt, de crearea unui sistem de indicatori de măsurare a performanței activității administrației publice în funcție de rezultatele care trebuie obținute și de creare a minim unui instrument de măsurare a satisfacției cetățenilor față de serviciile administrației publice. Pe termen mediu, sunt necesare: I. monitorizarea activității administrației publice în funcție de sistemul de indicatori de măsurare a performanței;

II. evaluarea eficienței administrației publice în funcție de sistemul de indicatori de măsurare a performanței la fiecare 5 ani; III. dezvoltarea de instrumente on-line de măsurare a satisfacției cetățenilor față de serviciile administrației publice valabile pe toate site-urile instituțiilor publice; IV. dezvoltarea indexului serviciilor publice din România, comparativ cu celelalte state membre UE, pe baza măsurării satisfacției cetățenilor față de acestea și V. realizarea unei cercetări anuale pentru măsurarea satisfacției cetățenilor față de serviciile publice. Pe termen lung, este necesară revizuirea sistemului de indicatori în funcție de schimbările produse în activitatea administrației publice.

Nu în ultimul rând, obiectivul general de dezvoltare a unor sisteme funcționale de monitorizare și evaluare, în special la nivelul administrației publice centrale, este strâns legat de schimbarea actualei culturi instituționale. Este necesară dezvoltarea unei „culturi a monitorizării” atât cu privire la activitățile angajaților (prin introducerea unor indicatori de performanță), cât și a efectelor acestora, prin măsurarea atingerii obiectivelor (și nu doar monitorizare financiară) și prin măsurarea satisfacției clienților (mediul de afaceri și cetățeni). În acest scop, este vitală dezvoltarea resurselor umane specializate în colectarea și analiza datelor, precum și a sistemelor și instrumentelor IT, iar instituțiile publice trebuie toate să dezvolte departamente dedicate acestor activități.

## MANAGEMENTUL RESURSELOR UMANE

### STATISTICA OCUPĂRII ÎN SECTORUL PUBLIC

Realizarea unui sistem național de evidență a ocupării în administrația publică reprezintă o prioritate pe termen scurt pentru managementul resurselor umane în sectorul public. Această problemă este recunoscută în documentele strategice de programare – *Strategia pentru Consolidarea Administrației Publice 2014–2020* și proiectul *Strategiei privind dezvoltarea funcției publice 2014–2020*. Totuși, termenul limită pentru realizarea acestui nou sistem de evidență a ocupării în administrația publică este stabilit pentru sfârșitul

acestei perioade de programare (decembrie 2020), deși această problemă influențează în mod negativ de ani buni calitatea politicilor publice elaborate.

Fezabilitatea îndeplinirii acestui obiectiv de către Agenția Națională a Funcționarilor Publici (ANFP) este discutabilă. Capacitatea ANFP de colectare și analiză a datelor ar trebui îmbunătățită semnificativ pentru ca această structură subordonată în prezent Ministerului Dezvoltării Regionale și Administrației Publice (MDRAP) să colecteze date și să stabilească politici de personal pentru întregul personal contractual din administrația publică, dar și pentru toate funcțiile publice cu statut special din cadrul Ministerului Afacerilor Interne (cu cel mai mare număr de posturi ocupate dintre instituțiile administrației centrale)<sup>9</sup>, Ministerului Afacerilor Externe, Ministerului Apărării, Parlamentului României etc.

În prezent, ANFP gestionează numai 13% din totalul de 1 183 608 de funcții ocupate în sectorul public (Ministerul Dezvoltării Regionale și Administrației Publice 2015, 9). Evidențe disparate asupra restului funcțiilor publice se regăsesc în cadrul ministerelor de linie anterior menționate și în cadrul Registrului General de Evidență a Salariaților (Inspekția Muncii). În același timp, sistemul de monitorizare a implementării acestei acțiuni cheie, dar și rezultatele așteptate în termeni de calitate a statisticilor produse nu sunt definite în actualul proiect privind funcția publică.

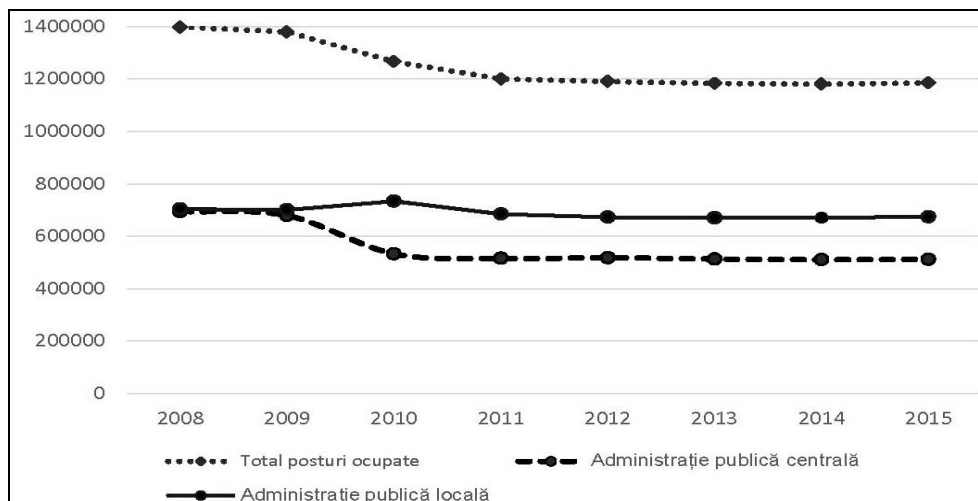
În lipsa acestui sistem național de ocupare, nu este posibilă fundamentarea bazată pe evidențe a elaborării diferitelor politici publice, dintre care amintim: I. fundamentarea Legii Bugetului de Stat și a proiecțiilor financiare multi-aniuale<sup>10</sup>; II. măsuri de reducere a sectorului public – „înghețarea posturilor” („trebuie să dai șapte afară ca să angajezi pe cineva în primărie”) sau de reducere uniformizată cu 25% a salariilor „bugetarilor”; III. măsuri de creștere a sistemului de remunerații – sistemele diferite de sporuri pentru personalul care gestionează fonduri europene, creșterile salariale din educație, sănătate și alte măsuri similare.

---

<sup>9</sup> Un total de 133 058 posturi ocupate în luna august 2015. Sursa: Ministerul Finanțelor Publice, Evoluția numărului de posturi ocupate în sectorul bugetar, pe perioada decembrie 2010 – august 2015. <http://www.mfinante.ro/salariati.html?pagina=domenii>

<sup>10</sup> Ministerul Finanțelor Publice utilizează atât indicatori privind numărul de posturi ocupate cât și cel privind numărul de posturi vacante. Totuși, consistența datelor raportate de MFP este scăzută – același indicator statistic are valori diferite pentru aceeași perioadă de timp (Marin 2012).

Grafic 2. Evoluția numărului de posturi ocupate în administrația publică, 2008–2015



Sursa: Ministerul Finanțelor Publice 2015.

Notă: Datele pentru perioada 2008–2014 se referă la luna decembrie a fiecărui an. Datele pentru anul 2015 se referă la luna august. Administrația publică centrală include următoarele categorii de instituții: I. instituții finanțate integral din bugetul de stat; II. instituții finanțate integral din bugetele asigurărilor sociale; III. instituții subvenționate din bugetul de stat și bugetul asigurărilor pentru șomaj și IV. instituții finanțate integral din venituri proprii. Administrația publică locală include: I. instituții finanțate integral din bugetele locale – autorități executive locale și instituții de învățământ preuniversitar și II. unități sanitare din rețeaua autorităților locale.

Politicile de resurse umane din cadrul sistemului național de ocupare trebuie să coreleze problemele de recrutare, selecție, remunerare și promovare din sectoarele educației, sănătății și asistenței sociale. Legat de obiectivul creșterii calității serviciilor sociale furnizate, sistemele de educație și asistență fac parte din sectorul „bugetar”, dar au ponderi importante de personal care nu este inclus în sistemul funcțiilor publice.

### SISTEMUL DE RECOMPENSE ȘI BENEFICII

Una dintre problemele cheie identificată de eforturile actuale de programare este diferența semnificativă între salarizarea persoanelor care ocupă funcții publice similare. Diferențierile sunt atât între nivelul administrației centrale față de cea locală, cât și în interiorul aceluiași nivel – de exemplu între asistentul social și asistentul medical comunitar.

O altă problemă legată de sistemul de recompense și beneficii este lipsa de predictibilitate și transparență a salariilor din administrația publică. Toate aceste probleme sunt identificate în actualul cadru de programare. Totuși ele au fost identificate și în cadrul strategiilor sectoriale anterioare și deci nerezolvate în mod sistemic până în prezent. Problemele țin și de implementarea în mod uniform a Legii cadru nr. 284/2010 privind salarizarea unitară a personalului plătit din fonduri publice dar și de practicile lipsite de unitate în creșterea salariilor din sectorul bugetar.

Prin urmare, propunem câteva acțiuni cheie pe termen scurt care să însemne pași concreți realizați în atingerea obiectivului general de creștere a transparenței salariilor/veniturilor din administrația publică.

- Una dintre măsurile propuse este publicarea venitului mediu anual al postului scos la concurs. Deoarece veniturile înregistrate pe poziții similare diferă substanțial în funcție de perioada, instituția, direcția, serviciul analizat propunem ca măsurătoare standard datele disponibile pentru ultimul an.

- Realizarea sistemului național de evidență a ocupării în administrația publică ar trebui să colecteze date în timp real despre veniturile nete și brute care să poată fi comparate între categorii similare de personal angajat în instituții diferite (sau în cadrul unor agenții diferite aflate în subordinea aceleiași instituții – de exemplu consilierii superiori din diverse direcții ale Agenției Naționale de Ocupare a Forței de Muncă și cei din cadrul Autorității Naționale pentru Persoane cu Dizabilități).

- În mod similar obligației de raportare a contului de execuție a bugetului instituției, trebuie să fie raportate (până la funcționalitatea deplină a sistemului de evidență a ocupării) veniturile nete medii anuale, în care să fie realizată distincția salariul de bază/sporuri suplimentare. Acestea trebuie să fie centralizate într-un format suficient de dezagregat pentru a permite analize de către Agenția Națională a Funcționarilor Publici și/sau de Ministerul Finanțelor Publice.

## CREȘTEREA ATRACTIVITĂȚII SECTORULUI PUBLIC

Aproape un sfert din totalul funcțiilor publice sunt vacante (World Bank 2013, 9). Analiza Băncii Mondiale recomandă reducerea numărului total al funcțiilor publice, dar aceasta ar trebui însoțită și de o analiză a cauzelor

structurale ale menținerii pe o perioadă îndelungată a posturilor vacante în anumite domenii/specializări. În acest sens, Acordul de Parteneriat al României cu Uniunea Europeană (2014–2020) subliniază importanța deplasării forței de muncă către sectorul privat, în special în domeniile managementului fondurilor europene, învățământ și sănătate.

Este nevoie de măsuri suplimentare de sporire a atractivității posturilor din sectorul public. Pe lângă reforma sistemelor de recompense și beneficii, o măsură cheie este transparența procedurilor de recrutare și selecție. Un pas important a fost realizat în această direcție în perioada actuală prin lansarea portalului de posturi vacante din administrația publică din România – [posturi.gov.ro](http://posturi.gov.ro). Pași suplimentari sunt necesari însă în direcția asigurării integrării acestei baze de date cu cea a Agenției Naționale de Ocupare a Forței de Muncă (ANOFM) și promovarea corespunzătoare a posturilor disponibile în sectorul public<sup>11</sup>. În acest moment nu este clară acoperirea bazei de date disponibilă public față de totalul concursurilor desfășurate în sectorul public (inclusiv în sectoarele educației și sănătății). Ar fi de asemenea utilă și o evaluare periodică a cerințelor de ocupare pe fiecare Minister și Direcție<sup>12</sup> și, mai ales, a rezultatelor concursurilor de angajare, pentru a asigura transparența întregii proceduri de recrutare și selecție. Aceste acțiuni cheie propuse trebuie incluse în planurile de acțiune ale strategiilor sectoriale – *Strategia pentru Consolidarea Administrației Publice 2014–2020* și proiectul *Strategiei privind dezvoltarea funcției publice 2014–2020*.

## ETICA ȘI CORUPȚIA DIN SECTORUL PUBLIC

Percepția asupra corupției continuă să fie la nivele ridicate (Grafic 3). Analizele anterioare au evidențiat faptul că fondurile structurale sunt mai eficiente în statele membre cu o calitate înaltă a instituțiilor și cu un nivel

---

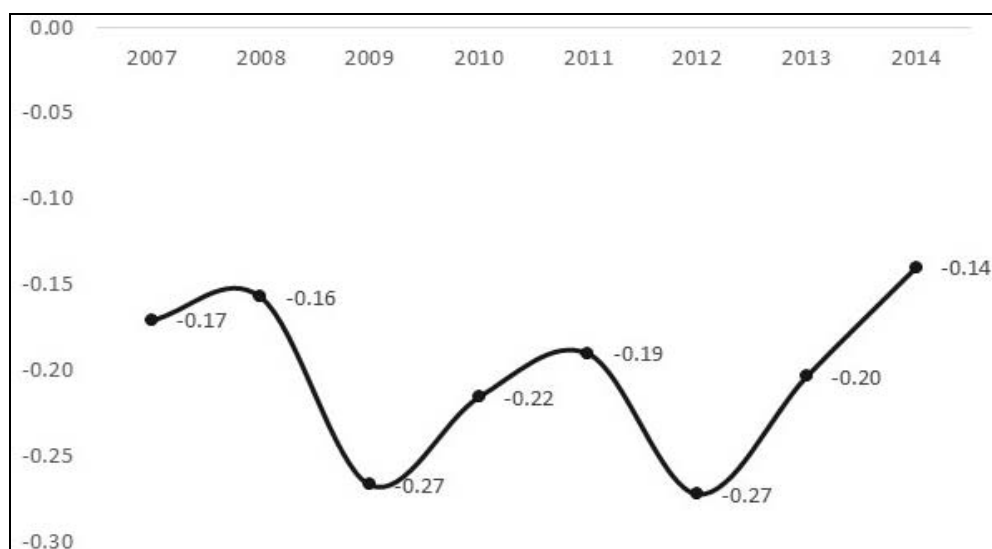
<sup>11</sup> La nivelul Ministerelor și a direcțiilor deconcentrate, există eforturi instituționale izolate de promovare a posturilor disponibile și pe platformele online cele mai utilizate pentru căutarea unui loc de muncă (de exemplu, [bestjobs](http://bestjobs.ro), [ejobs](http://ejobs.ro)). Aceste acțiuni asigură o mai bună vizibilitate pentru posturile scoase la concurs.

<sup>12</sup> Direcția Generală Logistică a Ministerului Afacerilor Interne organizează concurs pentru ocuparea pe perioadă nedeterminată a unui post contractual de execuție de frizer – <http://posturi.gov.ro/post/frizer-directia-general-logistica-a-ministerului-afacerilor-interne/>.

scăzut de percepție a corupției (Ederveen și alții, 2003, 9). Și din acest motiv, dezvoltarea capacității instituționale trebuie să devină principalul obiectiv al programelor finanțate din fonduri structurale (Ederveen și alții 2003, 13).

Principalul document de programare, *Strategia Națională Anticorupție 2012–2015* necesită o evaluare a impactului realizat și o reactualizare a obiectivelor asumate pe termen scurt, mediu și lung. Principala legătură între planificarea realizată în strategia 2012–2015 și cea din *Strategia pentru Consolidarea Administrației Publice 2014–2020* se referă la simplificarea procedurilor administrative (Comitetul Consultativ Tematic Administrație și Bună Guvernanță 2012, 26). Acest obiectiv trebuie corelat cu dezvoltarea disponibilității și dotării serviciilor e-guvernare la nivel național, inclusiv de către grupurile dezavantajate. Pe plan mondial este recunoscut faptul că serviciile e-guvernare reduc semnificativ oportunitățile și șansele de mică corupție sau de solicitare de „atenții” din partea clienților pentru efectuarea unor operațiuni sau activități ce țin de fișa postului. Desigur, în paralel, trebuie implementate politici care să ducă la creșterea competențelor digitale și a utilizării Internetului de către populație și companii.

Grafic 3. Controlul corupției



Sursa: World Bank 2015.

Notă: Indicatorul reflectă percepții ale modului în care puterea publică este exercitată pentru foloase private, inclusiv mica și marea corupție, alături de „confiscarea” statului de către elite și interese private. Valorile indicatorului variază de la -2,5 la 2,5.

O altă linie de intersecție între obiectivele de reformă din administrația publică și cele din domeniul anticorupției este cea a asigurării interoperabilității dintre bazele de date privind sistemul național de evidență a ocupării în administrația publică și portalul declarațiilor de avere și de interese, gestionat de Agenția Națională de Integritate. În acest mod ar putea fi monitorizate în timp real valorile extreme ale veniturilor obținute de diferiți funcționari publici sau personal contractual<sup>13</sup>.

Nu în ultimul rând, promovarea eticii și a mecanismelor anticorupție trebuie să devină obiective asumate la cel mai înalt nivel de către Guvernul României.

## E-GUVERNARE

Pentru a atinge obiectivele de creștere a calității administrației publice, e-guvernarea nu trebuie privită doar ca tehnologizare, ci ca un proces orientat spre îmbunătățirea serviciilor furnizate cetățenilor, a calității vieții și creșterea participării acestora la guvernare, precum și către creșterea satisfacției cetățenilor cu administrația publică. Măsurile privind dezvoltarea e-guvernării trebuie să aibă în vedere atât dezvoltarea infrastructurii și a integrării tehnologiei digitale în activitatea administrației publice, cât și dezvoltarea capitalului uman, cu precădere a competențelor digitale ale populației și personalului administrației publice.

## SIMPLIFICAREA PROCEDURILOR ADMINISTRATIVE

Simplificarea procedurilor administrative atât în relație cu mediul de afaceri, cât și cu cetățenii, reprezintă un obiectiv asumat de toate cele trei documente strategice analizate. Spre exemplu, *Strategia Națională privind Agenda Digitală pentru România 2014–2020* vizează scăderea costurilor de accesare a serviciilor publice prin intermediul utilizării tehnologiei și prin

---

<sup>13</sup> Spre exemplu, vezi cazul veniturilor câștigate la Loteria Română ale unui subeșantion de directori și directori adjuncți ai Direcțiilor Județene/Regionale de Finanțe Publice (Marin 2011).

implementarea portalurilor web de tip „Ghișeu Unic” pentru evenimentele de viață cum ar fi înregistrarea nașterilor, înscrierea la școală, înregistrarea ca șomer, participarea la măsuri active de ocupare, accesarea unor beneficii sociale, rețetele electronice, înregistrarea deceselor etc.

Au fost realizați pași importanți în măsurarea costurilor administrative, inclusiv cele aferente legislației în domenii reglementate de Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, Ministerul Sănătății și Ministerul Educației și Cercetării Științifice (Deloitte 2014). Dată fiind complexitatea sarcinilor administrative gestionate de aceste trei ministere (parțial și în colaborare cu autoritățile locale), recomandăm concentrarea atenției pe perspectiva evenimentelor de viață care au legătură cu serviciile sociale. Conform Anexei 4 a *Strategiei Naționale privind Agenda Digitală pentru România*, acestea sunt: pierderea și căutarea unui loc de muncă; înregistrarea persoanelor cu dizabilități în vederea obținerii drepturilor sociale; pensionarea; obținerea indemnizației pentru creșterea copilului; acordarea stimulentei pentru revenirea mamei la locul de muncă; alocația de susținere a familiei; ajutorul social pentru asigurarea venitului minim garantat; alocația de stat pentru copii și înscrierea la școală (primară/gimnazială/universitate). Dintre acestea, două sunt monitorizate la nivel european: pierderea și căutarea unui loc de muncă și înscrierea la universitate.

Simplificarea procedurilor administrative nu poate fi realizată în absența implementării unor proiecte strategice majore vizând registrele de date (cu prioritate Registrul de Stare Civilă) și asigurarea interoperabilității acestuia cu bazele de date gestionate de cele trei ministere menționate. Realizarea acestui proiect vizează îmbunătățirea acurateței și promptitudinii furnizării datelor și ar asigura premisele pentru scăderea costurilor administrative accesării serviciilor de către cetățeni și companii.

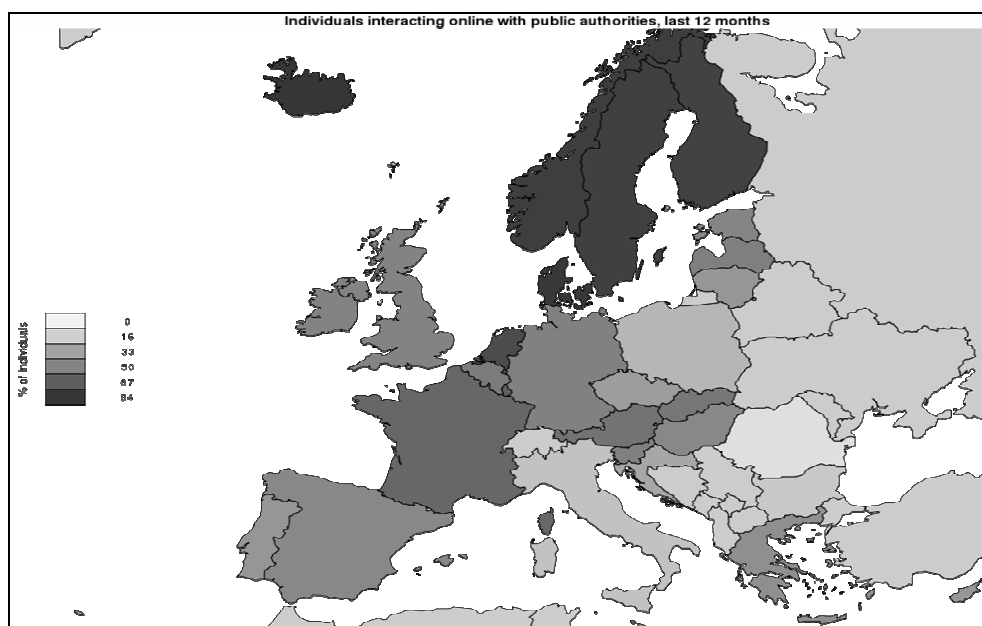
Procedurile administrative trebuie să fie regândite din perspectiva cetățeanului, nu a administrației publice. În acest sens, pentru ca simplificarea să fie resimțită la nivelul utilizatorului trebuie realizate „hărți ale accesării serviciului de către utilizator care să arate pașii pe care cetățenii trebuie să le parcurgă în realitate, nu aceia pe care administrația crede că ar trebui să-i parcurgă” (European Commission 2015, 285). De asemenea, este posibil ca persoanele din grupurile dezavantajate să aibă o „hartă” diferită a accesării serviciului și datorită discriminării din interacțiunile față-în-față cu personalul instituțiilor publice. Pentru o mapare corectă a accesării serviciilor, este recomandat să

fie utilizat în mod intensiv o participare activă a cetățenilor prin intermediul sugestiilor și reclamațiilor care să identifice obstacolele și revenirile repetate ale utilizatorilor serviciului respectiv (European Commission 2015).

## DIGITALIZAREA SERVICIILOR PUBLICE

Utilizarea serviciilor publice digitale (e-guvernare) este în România printre cele mai reduse din statele membre UE (poziția 24 din cele 28 state membre UE). Ponderea indivizilor care au completat formulare online din totalul utilizatorilor de internet din ultimul an (16–74 ani) era în 2014 cea mai scăzută din UE, de doar 5,7%, comparativ cu 33% la nivelul UE (European Commission 2014a).

Harta 1. Indivizii care au utilizat internetul pentru a interacționa cu autoritățile publice, 2014



Sursa: Digital Agenda Scoreboard indicators<sup>14</sup>.

<sup>14</sup> [https://digital-agenda-data.eu/charts/maps-by-country#chart={"indicator-group": "egovernment", "indicator": "i\\_iugov12", "breakdown": "IND\\_TOTAL", "unit-measure": "pc\\_ind", "ref-area": \["BE", "BG", "CZ", "DK", "DE", "EE", "IE", "EL", "ES", "FR", "HR", "IT", "CY", "LV", "LT", "LU", "HU", "MT", "NL", "AT", "PL", "PT", "RO", "SI", "SK", "FI", "SE", "UK", "IS", "NO"\], "time-period": "2014"}](https://digital-agenda-data.eu/charts/maps-by-country#chart={)

Deși în ultimii ani autoritățile din România au înregistrat progrese în domeniul e-guvernării, mai multe informații și servicii fiind disponibile online, datele indică decalaje importante față de celelalte state europene și de UE per-ansamblu, datorate în parte și nivelurilor reduse de capital uman și utilizare a internetului atât de către populație, cât și de către mediul de afaceri. Indicele Economiei și Societății Digitale (DESI) 2015 plasează România pe ultima poziție la nivelul UE 28, cu o valoare de 0,32 comparativ cu media UE de 0,48, în grupul statelor cu performanțe scăzute, alături de Bulgaria, Cehia, Cipru, Grecia, Croația, Ungaria, Italia, Polonia, Slovenia și Slovacia (European Commission 2014a)<sup>15</sup>.

#### UTILIZAREA INTERNETULUI DE CĂTRE GRUPURILE DEZAVANTAJATE

România se situează pe ultimul loc în Europa în privința utilizării Internetului de către persoanele din grupurile dezavantajate (Grafic 4A) și tot pe ultimele poziții în privința disponibilității serviciilor publice pentru grupurile dezavantajate și vulnerabile (Grafic 4B). Primul indicator măsoară utilizarea Internetului în ultimul an de către persoane cu cel puțin o caracteristică din următoarele trei: I. vârsta cuprinsă între 55 și 74 de ani, II. nivel scăzut de educație și III. șomer, inactiv sau pensionat. Cel de-al doilea indicator măsoară modul în care site-urile web și portalurile guvernamentale furnizează legături integrate la surse de informație arhivată (politici, bugete, documente legislative etc.) legate de grupuri vulnerabile și dezavantajate, mai precis persoane sărace, cu dizabilități, în vârstă, imigranți, femei și tineri.

Acești doi indicatori măsoară, desigur, aspecte diferite, iar definirea grupurilor dezavantajate diferă în funcție de sursa datelor. Totuși, din situația

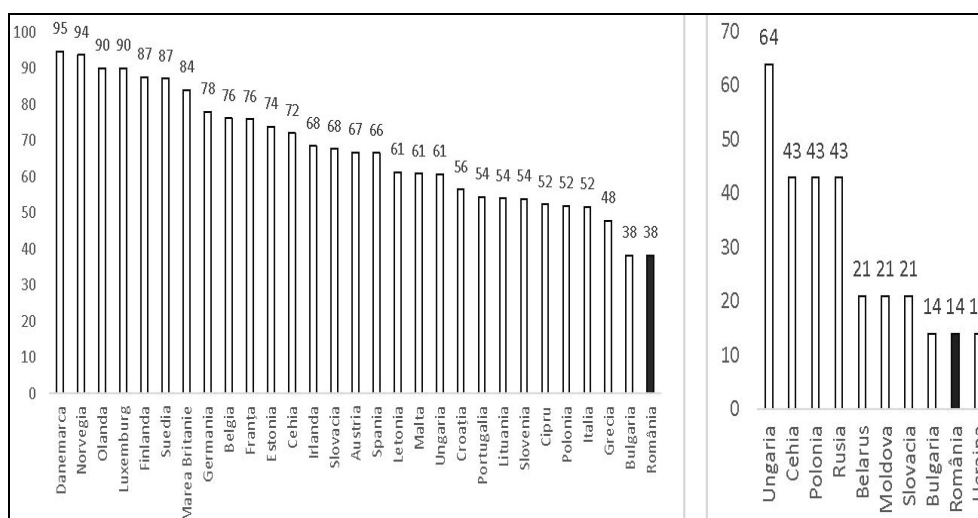
---

<sup>15</sup> Cu toate acestea, România are performanțe bune cu privire la conectivitate, mai ales cu privire la Internetul de mare viteză. Acoperirea cu rețele fixe în bandă largă atinge în 2013 valoarea de 90% dintre gospodării, respectiv aproximativ 80% în mediul rural. Însă România este deficitară în ceea ce privește numărul de abonați ai acestor rețele, în 2014, doar 58% dintre gospodării (European Commission 2014b).

actuală rezultă două linii comune de acțiune de maximă importanță pentru eficacitatea serviciilor e-guvernare în România (pentru dezvoltarea cărora se vor îndrepta resurse considerabile în următorii ani):

- 1) creșterea disponibilității serviciilor publice digitale, inclusiv pentru grupurile dezavantajate și
- 2) îmbunătățirea competențelor digitale pentru grupurile dezavantajate.

Grafic 4. (A) Utilizarea Internetului de către grupurile dezavantajate și (B) Serviciile publice online pentru grupurile dezavantajate și vulnerabile, 2014



Sursa (A): Digital Agenda Scoreboard Indicators<sup>16</sup>.

Notă: Pondere în total indivizi cu vârsta cuprinsă între 16 și 74 ani. Utilizarea Internetului în ultimele 12 luni de către persoanele cu cel puțin o caracteristică din următoarele trei: I. vârsta cuprinsă între 55 și 74 de ani, II. nivel scăzut de educație și III. șomer, inactiv sau pensionat.

Sursa (B): United Nations 2014.

Notă: Pondere din totalitatea serviciilor evaluate.

<sup>16</sup> [https://digital-agenda-data.eu/charts/analyse-one-indicator-and-compare-countries#chart={"indicator-group":"internet-usage","indicator":"i\\_ilt12","breakdown":"rf\\_ge1","unit-measure":"pc\\_ind","ref-area"}](https://digital-agenda-data.eu/charts/analyse-one-indicator-and-compare-countries#chart={)

## **FACTORI FACILITATORI AI CREȘTERII CALITĂȚII ADMINISTRAȚIEI PUBLICE**

### **CAPACITATEA DE PARTENERIAT**

Capacitatea de a iniția și dezvolta relații de parteneriat cu alți actori interesați constituie, într-o societate în care fragmentarea administrativă este foarte mare, iar resursele sunt puține, o oportunitate de a rezolva eficient problemele existente. În România există diverse formule instituționalizate de parteneriat stimulate prin politică publică în care administrația publică poate participa alături de alți actori locali, cum ar fi asociațiile de dezvoltare intercomunitară (ADI-uri), grupurile de acțiune locală (GAL-uri) dezvoltate pe axa LEADER sau grupurile de acțiune locală din mediul urban create pe POCU sau POR (axa DLRC – Dezvoltare Locală Plasată în Responsabilitatea Comunității). Din păcate, aceste formule de parteneriat, în multe cazuri, sunt formale și nu funcționează conform principiilor parteneriatului.

Propunem în consecință ca obiective pe termen scurt: 1. stimularea creării de parteneriate între administrație și actorii locali interesați prin acordarea unui punctaj suplimentar la finanțare acestora; 2. alocarea unei finanțări mai mari proiectelor derulate în parteneriat de actori dintr-o microregiune; 3. stimularea proiectelor de cooperare între structurile partenieriale (GAL-uri, ADI-uri etc.) și 4. stimularea proiectelor de cooperare între actorii din structurile partenieriale (cazul GAL-urilor). Pe termen mediu, este necesară promovarea finanțării cu precădere a proiectelor de dezvoltare derulate în parteneriat la nivel microregional.

### **DESCENTRALIZAREA FISCALĂ ȘI ADMINISTRATIVĂ**

Procesul de descentralizare, inclusiv componenta financiară, a cunoscut mai multe etape prin care au crescut, în mod gradual, competențele și bugetele administrate de autoritățile locale. Ca urmare a modificărilor legislative succesive, ponderea bugetelor locale a depășit o cincime din totalul cheltuielilor publice – aproape o dublare în termeni relativi a bugetelor locale între 1995 și 2012 (Tabelul 1).

În ultimele două decenii, România a cunoscut o creștere masivă a decalajelor de dezvoltare dintre diferitele zone ale țării<sup>17</sup>. Adâncirea decalajelor de dezvoltare în profil teritorial este puternic corelată cu creșterea bugetelor locale, survenită prin descentralizare.

*Tabelul 1*

Indicatori privind decalajele de dezvoltare dintre județe și bugetele locale 1995–2012<sup>18</sup>

| Indicator        |         | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|------------------|---------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| PIB/locuitor     | max/min | 2,4  | 2,4  | 2,5  | 3,1  | 3,5  | 4,8  | 4,0  | 4,2  | 3,9  | 4,1  |
| abatere standard |         | 17,9 | 18,6 | 20,3 | 22,7 | 25,1 | 29,6 | 27,2 | 29,5 | 29,0 | 28,8 |
| bugete locale    | % PIB   | 4,5  | 4,5  | 4,1  | 3,6  | 4,0  | 4,1  | 6,0  | 6,1  | 6,5  | 6,3  |
| bugete locale    | % BGC   | 13,0 | 13,5 | 12,0 | 9,3  | 10,9 | 11,7 | 18,1 | 18,9 | 20,5 | 20,1 |
| Indicator        |         | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |      |
| PIB/locuitor     | max/min | 5,1  | 4,8  | 5,3  | 5,6  | 5,4  | 5,7  | 6,3  | 5,4  |      |      |
| abatere standard |         | 33,5 | 34,9 | 35,2 | 37,5 | 36,0 | 33,4 | 35,4 | 35,5 |      |      |
| bugete locale    | % PIB   | 6,5  | 7,4  | 8,2  | 8,2  | 8,2  | 7,7  | 7,8  | 7,8  | 7,4  |      |
| bugete locale    | % BGC   | 20,9 | 22,5 | 24,9 | 22,3 | 21,3 | 20,4 | 21,4 | 22,3 | 22,0 |      |

Sursa: INS 2015.

Note: PIB/locuitor max/min – raportul dintre valoarea maximă și cea minimă a PIB/locuitor la nivel județean din anul respectiv; abaterea standard – abaterea în mărime absolută a valorilor indicelui PIB/locuitor față de media aritmetică; BGC – bugetul general consolidat, care reunește bugetul de stat, bugetele locale, bugetul asigurărilor sociale și fondurile extrabugetare.

Creșterea decalajelor teritoriale este determinată de mai mulți factori ce țin, în primul rând, de structura și amplitudinea activității economice la nivel general și în teritoriu. La rândul lor, acești factori se reflectă în valoarea încasărilor fiscale și deci a alocărilor la bugetele locale. Cu alte cuvinte, corelația cu creșterea bugetelor locale are la bază și dinamica altor factori cauzali, structurali, ce acționează în direcția intensificării decalajelor de dezvoltare.

<sup>17</sup> Această creștere poate fi urmărită și prin indicatori ai dispersiei setului de date privind indicele PIB pe locuitor. Între 1995–2012, raportul dintre valoarea maximă și cea minimă a PIB pe locuitor la nivelul UAT urcă de la 2,4 la 5,4 (cu un maxim de 6,3 în 2012). În teritoriu, aceasta se transpune într-o creștere maximă a PIB pe locuitor în București de la 150% la 256% față de media națională (100%) și o scădere maximă a PIB pe locuitor în județul Ialomița de la 122% la 68%. Abaterea standard a indicelui PIB/locuitor la nivel de UAT crește de la 17,9 în 1995 la 35,5 în 2012, iar coeficientul de variație urcă de la 319 la 1 263 (Tabelul 1).

<sup>18</sup> Datele diferă de cele prezentate în Graficele 6 și 7 cu sursa de date Eurostat datorită metodologiilor diferite de calcul.

Prin descentralizarea financiară, mecanismul de constituire a bugetelor locale constituie un factor accelerator al creșterii inegalităților de dezvoltare dintre unitățile administrativ-teritoriale ale României. Nivelul alocărilor bugetare pe locuitor din bugetele locale – incluzând consilii județene și consilii locale – este puternic corelat cu valoarea PIB pe locuitor, fără a ține seama de necesarul de dezvoltare al comunităților și de inegalitățile economice. Acest fapt este valabil pentru fiecare an și pentru fiecare unitate administrativ-teritorială (UAT) din perioada 1998–2012, precum și pentru întreg setul de date, care cuprinde 588 de observații. Cum peste 80% din bugetele locale sunt constituite din cote defalcate din TVA și impozitul pe venit, descentralizarea mai degrabă întărește tendința de concentrare a resurselor în marile aglomerări urbane. La nivel teritorial, aceasta înseamnă diferențe crescânde între bugetele UAT care cuprind sau sunt apropiate de mari aglomerări urbane, precum cele din București-Ilfov, Timiș, Cluj și Constanța, și, respectiv, bugetele UAT preponderent din zone rurale, cu probleme demografice și economice persistente. Creșterea bugetelor locale a avut însă ca efect investiții masive în infrastructura la nivel local, cum ar fi rețelele de apă și canalizare și drumurile orășenești. Deși aceste investiții conduc la creșterea calității vieții locuitorilor din zonele respective, efectul de antrenare asupra întregii economii este foarte slab: mai puțin de 5% din variația PIB pe locuitor fiind explicabile prin această variabilă.

Creșterea puterii autorităților publice locale, cu justificare a creșterii spiritului gospodăresc în interes local, a unei mai bune conectări la nevoile reale locale, a fost mai degrabă o formă de scădere a controlului social. Corupția la nivel național, mai vizibilă și mai controlabilă, s-a extins la nivel local, mai puțin controlabilă, principalii beneficiari fiind mai puțin comunitățile, cât mai ales noii „baroni locali” în coaliție cu cei naționali. S-a creat o nouă coaliție politică națională/locală pentru exploatarea împreună a resurselor publice rămase: bugetul național/local, la care se adaugă și exploatarea resurselor locale. Finanțarea autorităților publice locale a avut ca efect imposibilitatea stabilirii de priorități. Descentralizarea, pe fondul deficitului cronic de control, nu s-a dovedit a fi o mai bună adecvare a cheltuielilor publice la nevoile comunităților, nu a dus la creșterea controlului comunitar și nici a eficienței, ci mai degrabă a corupției locale.

### ALȚI FACTORI FACILITATORI

Managementul eficient al resurselor financiare reprezintă o altă funcție cheie. Ea include managementul finanțelor publice, al sistemului de achiziții publice și al fondurilor europene (European Commission 2015, 15). Aceasta este asimilată unui alt tip de capacitate a administrației publice, cea financiară (Boeckhout și alții 2002) și are, desigur, un rol foarte important în evaluarea calității administrației publice. Multe dintre dimensiunile acestui tip de capacitate sunt relaționate cu cele anterior discutate ale capacității administrative. Elaborarea bugetelor locale/județene/naționale ar trebui să aibă legătură cu elaborarea, implementarea, monitorizarea și evaluarea documentelor strategice; simplificarea procedurilor de achiziții publice (cu impact mai ales asupra mediului de afaceri și în cadrul managementului fondurilor europene) este în legătură cu dimensiunea de e-guvernare – dezvoltarea sistemelor electronice de achiziții, îmbunătățirea structurilor (inclusiv a legislației), cu cea a resurselor umane, precum și a sistemelor și instrumentelor pentru managementul fondurilor europene (îmbunătățirea capacității administrative a cererii și ofertei de fonduri europene).

Îmbunătățirea calității sistemului judiciar, legată de promovarea eticii și a mecanismelor anticorupție, reprezintă de asemenea un tip de „aplicație” al bunei guvernante, alături de dezvoltarea mediului de afaceri (European Commission 2015, 15).

### CONCLUZII

Acest capitol a propus câteva obiective specifice legate de obiectivul general de dezvoltare a calității administrației publice ca o condiție necesară pentru îmbunătățirea calității furnizării serviciilor publice și, mai general, pentru o bună guvernare. Obiectivele derivă din analiza documentelor strategice naționale și internaționale și a datelor disponibile. Pentru a monitoriza implementarea acestor obiective pe orizontul de timp scurt, mediu și lung, materialul propune o serie de indicatori cheie care să arate progresul României în direcția atingerii obiectivului general. Desigur acest set de indicatori de monitorizare

este limitat de disponibilitatea actuală a datelor privind administrația publică și ar putea fi îmbunătățit pe măsură ce se ating alte obiective propuse pe termen scurt, cum este cel privind îmbunătățirea statisticii ocupării în administrația publică.

### Bibliografie

- Boeckhout, Sjaak, Luc Boot, Menno Hollanders, Klaas-Jan Reincke and Jan Maarten de Vet. *Key Indicators for Candidate Countries to Effectively Manage the Structural Funds*. NEI Regional and Urban Development. Rotterdam: Principal Report for EC DG Regio/DG Enlargement, 2002.
- Comitetul Consultativ Tematic Administrație și Bună Guvernare. 2012. *Analiza socio-economică realizată la nivelul Comitetului Consultativ Tematic Administrație și Bună Guvernare*. [www.fonduriadministratie.ro](http://www.fonduriadministratie.ro)
- Deloitte, Archidata. 2014. *Servicii de asistență tehnică „Măsurarea costurilor administrative și identificarea sarcinilor administrative aferente legislației în domeniile reglementate de Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, Ministerul Sănătății și Ministerul Educației Naționale”*. [www.sgg.ro/docs/File/UPP/doc/raport-final-15283-Munca-Sanatate-Educatie-ro.pdf](http://www.sgg.ro/docs/File/UPP/doc/raport-final-15283-Munca-Sanatate-Educatie-ro.pdf)
- Demmke, Christoph and Timo Moilanen. 2012. *The future of public employment in central public administration. Restructuring in times of government transformation and the impact on status development*. European Institute of Public Administration. [http://www.eupan.eu/files/repository/2013021293522\\_Study\\_The\\_future\\_of\\_public\\_employment.pdf](http://www.eupan.eu/files/repository/2013021293522_Study_The_future_of_public_employment.pdf)
- Sjef Ederveen, Henri L.F. de Groot and Richard Nahuis. 2003. *Fertile Soil for Structural Funds?*. Tjalling C. Koopmans Research Institute Discussion Paper Series, No. 03–14.
- European Commission. 2015. *Quality of Public Administration. A Toolbox for Practitioners*. <http://ec.europa.eu/esf/main.jsp?catId=3&langId=en&keywords=&langSel=&pubType=434>
- European Commission. 2014a. *Digital Economy and Society Index 2015*. Country Profile – Romania.
- European Commission. 2014b. *Digital Agenda Scoreboard. Broadband markets*.
- European Commission. 2014c. *Programming Period 2014–2020. Monitoring and Evaluation of European Cohesion Policy, European Social Fund*. Guidance Documents on Indicators of Public Administration Capacity Building.
- European Commission. 2014d. *Commission Delegated Regulation on the European code of conduct on partnership in the framework of European Structural and Investment Funds*. [ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=ro&catId=89&newsId=2019&furtherNews=yes](http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=ro&catId=89&newsId=2019&furtherNews=yes)
- European Commission. 2014e. *Poziția serviciilor Comisiei cu privire la dezvoltarea unui Acord de parteneriat și a unor programe în România în perioada 2014–2020*. [www.nord-vest.ro/Document\\_Files/Noutati-](http://www.nord-vest.ro/Document_Files/Noutati-)

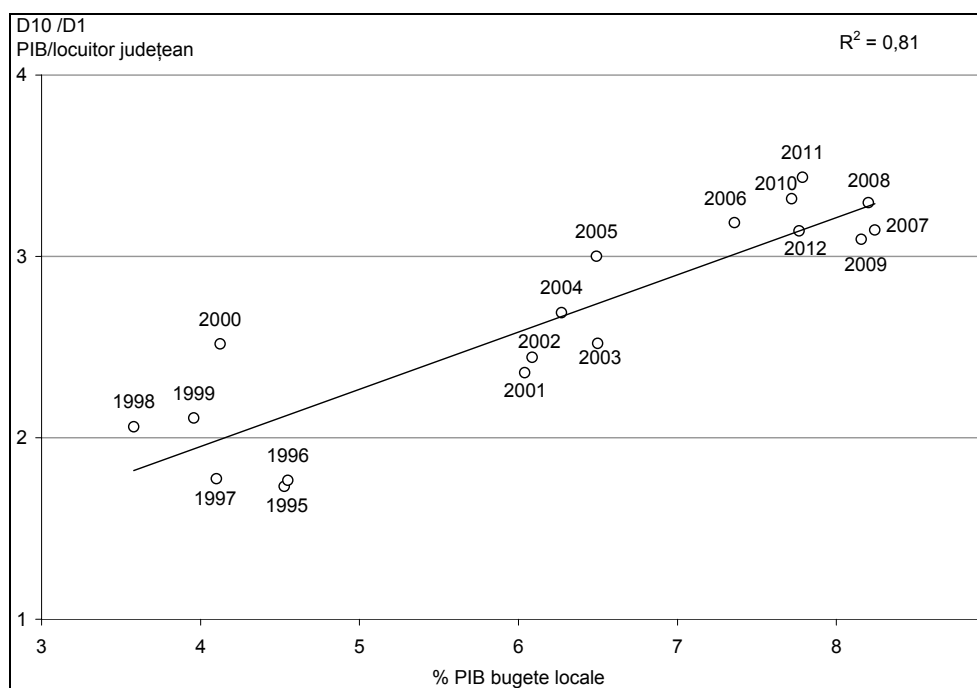
- POR/00001408/7oqrk\_Documentul%20de%20pozitie%20al%20serviciilor%20Comisiei%20Europene\_2014-2020.pdf.
- European Commission. 2014f. *Acord de Parteneriat România*. [www.fonduri-ue.ro/files/documente-relevante/acord/Acord\\_de\\_Parteneriat\\_2014-2020\\_RO.pdf](http://www.fonduri-ue.ro/files/documente-relevante/acord/Acord_de_Parteneriat_2014-2020_RO.pdf).
- European Commission, International Monetary Fund, OECD, United Nations, World Bank. 2009. *System of National Accounts 2008*. [unstats.un.org/unsd/nationalaccount/docs/SNA2008.pdf](http://unstats.un.org/unsd/nationalaccount/docs/SNA2008.pdf)
- Guvernul României. 2014a. *Strategia pentru consolidarea administrației publice 2014–2020*. [www.fonduriadministratie.ro/strategia-pentru-consolidarea-administratiei-publice](http://www.fonduriadministratie.ro/strategia-pentru-consolidarea-administratiei-publice)
- Guvernul României. 2014b. *Strategia privind mai buna reglementare 2014–2020*. [static.anaf.ro/static/25/Anaf/HG\\_1076\\_2014.pdf](http://static.anaf.ro/static/25/Anaf/HG_1076_2014.pdf).
- Guvernul României. 2015. *Strategia Națională privind Agenda Digitală pentru România 2014–2020*. [www.monitoruloficial.ro/emonitornew/emonviewmof.php?fid=MS43MjQwOTQ4MzI2MTk1RSszMA](http://www.monitoruloficial.ro/emonitornew/emonviewmof.php?fid=MS43MjQwOTQ4MzI2MTk1RSszMA)
- Kaufmann, Daniel, Aart Kraay and Massimo Mastruzzi. 2010. *The Worldwide Governance Indicators: Methodology and Analytical Issues*. World Bank. <http://info.worldbank.org/governance/wgi/pdf/wgi.pdf>
- Marin, Monica. 2011. *New and Old managers of Romanian Public Administration*. Public Administration of the Future. Presented Papers from the 19th NISPAcee Annual Conference. NISPAcee Press.
- Marin, Monica. 2012. “Defining and measuring public sector employment: Romania’s case.” *Journal of Community Positive Practice* 4: 667-680.
- Ministerul Justiției. 2012. *Strategia Națională Anticorupție 2012–2015*. <http://sna.just.ro/SNA/SNA20122015.aspx>
- Ministerul Dezvoltării Regionale și Administrației Publice. 2015. *Proiectul Strategiei privind dezvoltarea funcției publice 2015–2020*. Agenția Națională a Funcționarilor Publici. <http://www.anfp.gov.ro/R/Doc/2015/Transparenta%20decizionala/Strategia%20FP%202020%20si%20Plan%20transparenta%20decizionala.pdf>
- Rose, Richard and Kenneth Newton. 2010. *Second European Quality of Life Survey. Evaluating the quality of society and public services*. Luxembourg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. [www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef\\_publication/field\\_ef\\_document/ef09110en.pdf](http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef09110en.pdf)
- The Council of European Municipalities and Regions. 2014. *Planning of EU structural funds. Is Local Government treated as a real partner*. [http://www.ccre.org/en/papiers/index\\_broch](http://www.ccre.org/en/papiers/index_broch)
- University of Gothenburg. 2010. *Measuring the Quality of Government and Subnational Variation*. European Commission, Directorate General Regional Policy. [http://ec.europa.eu/regional\\_policy/sources/docgener/studies/pdf/2010\\_government\\_1.pdf](http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/studies/pdf/2010_government_1.pdf)
- Vet, Jan Maarten, Aimar Ferran, Guijarro, Sacha Koppert and Colm McClements. 2011. *Assessment of administrative and institutional capacity building interventions and future needs in the context of European Social Fund (VC/2009/066 - 009)*. Final

- Report for DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities of the European Commission. Rotterdam: Ecorys.
- World Bank. 2013. *Analysis of Capacity Building Activities in the Public Administration*.
- Zamfir, Cătălin și Iulian Stănescu (coord.). 2015. *România la răscruce, opțiuni pentru viitor*. București: Editura Pro Universitaria.
- Zamfir, Cătălin (coord.), Ionuț Anghel, Daniel Arpinte, Georgiana Bonea, Bianca Buligescu, Cosmin Briciu, Alexandra Deliu, Mihai Dumitru, Dana Eremia, Simona Ilie, Adina Mihăilescu, Gabriela Neagu, Ana Maria Preoteasa, Cosmina Pop, Corina Popa, Iuliana Precupețu, Mihnea Preotesi, Viorica Rotaru, Marian Runceanu, Monica Șerban, Mariana Stanciu, Manuela Sofia Stănculescu, Simona Stănescu, Iulian Stănescu, Cristina Tomescu, Elena Tudor, Laura Tufă și Elena Zamfir. „Analiza situației României în domeniul calității vieții”, în *Strategia de dezvoltare a României în următorii 20 de ani. volumul 1* coordonator Ionel Valentin Vlad, 284–309. București: Editura Academiei Române.

## ANEXA

CORELAȚIA ÎNTRE PONDEREA ÎN PIB A BUGETELOR LOCALE 1995–2012  
ȘI CREȘTEREA INEGALITĂȚILOR ECONOMICE DINTRE UAT  
(JUDEȚE, MUNICIPIUL BUCUREȘTI)

Grafic 5



Sursa: INS – baza Tempo, *Anuarul Statistic al României*.

Notă: PIB/locuitor D10/D1 – raportul dintre valoarea decilei 10 (cele 4 unități administrativ-teritoriale cu cel mai ridicat PIB/locuitor) și a decilei 1 (cele 4 unități administrativ-teritoriale cu cel mai redus PIB/locuitor) din anul respectiv PIB/locuitor.

**PARTEA A DOUA**

**INDICATORI OBIECTIVI**

**AI CALITĂȚII VIETII**



# **BUGETUL ȘI NIVELUL DE TRAI ÎN GOSPODĂRIE<sup>1</sup>**

SIMONA ILIE

## **INTRODUCERE**

Gospodăriile obțin resurse pentru acoperirea necesarului de consum urmare a participării indivizilor la procesul productiv (venituri primare), completate de cele ce le pot reveni prin redistribuirea resurselor naționale, în acord cu principii de justiție socială formulate legislativ (venituri din transferuri). În timp ce primele sunt supuse regulilor competiționale ale pieței, ultimele fac obiectul politicilor sociale. Alături de acestea, cu frecvență redusă la nivel național, în bugetul gospodăriilor pot apărea și alte tipuri de venituri.

Dacă distincția privind veniturile primare a fost formulată în economia clasică (David Ricardo), iar mecanismele de constituire ale veniturilor redistribuite și eficiența lor au fost supuse atenției odată cu regresul statului bunăstării în a doua parte a secolului trecut (de exemplu: Barr 1993), la începutul acestui secol a început să preocupe măsura în care creșterea economică s-a resimțit și a fost percepută ca atare în bugetele gospodăriilor. Această ultimă observație aparține lui Atkinson (2009), care argumentează astfel necesitatea de a pune în relație dinamica veniturilor gospodăriilor cu cea a venitului național și, totodată, actualitatea și importanța observării bugetelor pe surse de constituire.

O astfel de abordare servește monitorizării performanțelor politicilor care influențează veniturile gospodăriilor. Persistența sărăciei sau accentuarea inegalității se repercutează în profilul consumului, conducând în timp la apariția fenomenului de deprivare și chiar la marginalizare și excluziune

---

<sup>1</sup> O parte a acestei lucrări a fost publicată în: Ilie, Simona. 2017. „Venitul gospodăriei și performanță în politica socială” *Calitatea Vieții* 4.

socială; o structură sau alta a bugetelor, asemeni impactului resimțit în consum, necesită soluții și măsuri diferite pentru controlul sărăciei și inegalității.

Secțiunea de față urmărește dinamica riscului de sărăcie sub impactul principalelor categorii venituri ale gospodăriei, caracteristici ale sărăciei, aspecte ale deprivării materiale, profilul bugetului de cheltuieli și alte aspecte – consecință a acumulării sărăciei. Analiza ghidează formularea de propuneri privind direcții și măsuri pentru combaterea sărăciei în România în următoarele decade din perspectiva bugetului gospodăriilor.

## CATEGORII DE VENITURI

Cea mai frecventă clasificare a veniturilor gospodăriilor urmărește distincția anterior amintită:

a. veniturile primare sau ale factorilor de producție. Sunt venituri obținute prin distribuția rezultatelor producției între posesorii factorilor care au contribuit la realizarea ei: forța de muncă, capital, teren (Cowell 2007). La nivelul gospodăriilor, cele mai frecvente astfel de venituri sunt cele din muncă (rezultând din calitatea de salariat, angajator sau lucrător pe cont propriu). Aceștia li se adaugă posibile venituri din proprietatea asupra capitalului sau terenului, alcătuind categoria venitului din proprietăți (dobânzi, dividende, chirii, vânzări).

b. veniturile redistribuite sau din transferuri sunt, la rândul lor, formate din multiple surse: venituri de tip asigurator, asistențial sau din transferuri private (Barr 1993; Zamfir 1995). Primele sunt condiționate de veniturile din muncă, nivelul acestora influențând nivelul veniturilor asigurate. Mecanismele de asigurare pot fi private sau sociale și determină resursele ce revin persoanei odată cu ieșirea de pe piața muncii ca urmare a vârstei, șomajului sau a unor condiționări ale stării de sănătate. Cele mai diverse mecanisme de determinare se întâlnesc în cazul pensiilor, care pot fi constituite în sistemul solidarității sociale (modelul *pay-as-you-go*), prin investiții în sisteme ocupaționale (în general obligatorii) sau în scheme private (voluntare). Veniturile de tip asistențial exprimă opțiunea guvernelor în direcția protecției celor expuși riscului de sărăcie, sprijinul care le este dedicat fiind condiționat de

dovedirea situației de risc. Fiind tot un venit redistribuit, transferurile private se adaugă acestei categorii, alături de transferurile primite de la ONG-uri active în domeniul social; activitatea acestora poate fi uneori parte a suportului social acordat a se acorda celor în nevoie, caz în care (cel puțin parțial) aceasta este subsumată planului de protecție socială la nivel comunitar (Ilie 2014).

Cu câteva excepții, veniturile gospodăriei pot avea și formă nonmonetară (bunuri sau servicii).

Accepțiunea extinsă a veniturilor, cuprinzându-le și pe cele nonmonetare, permite estimarea sărăciei utilizând conceptul de deprivare. Townsend a definit sărăcia prin lipsa de acces la „dietă, facilități, standarde, servicii sau activități comune sau obișnuite în societate” (Townsend 1979, 915); o gospodărie în această situație se găsește în situația deprivării relative, prin raportare la consumul obișnuit la un moment dat în societate, având posibilități mai mici de a lua parte la viața societății.

Într-o analiză privind controversele și dimensiunea sărăciei, Gordon (2006) puncta faptul că sărăcia indică lipsa resurselor, în timp ce deprivarea este o consecință a acesteia. Cu atât mai mult, persistența sărăciei, a insuficienței veniturilor, duce la acumularea lipsurilor și la consolidarea stării de deprivare.

Măsurarea sărăciei în spațiul european utilizează conceptul deprivării, surprinzând totodată distincția făcută de Gordon. Aceasta are ca punct de start identificarea riscului de sărăcie, determinat pe baza veniturilor monetare printr-o metodă relativă<sup>2</sup>, ca insuficiență a veniturilor unei gospodării în raport cu nivelul „comun, obișnuit”. În completare, sunt urmăriti o serie de indicatori de consum care definesc un stil de viață „comun” în societatea europeană de astăzi. Venitul sub prag, nerealizarea indicatorilor de consum, ca și a unui indicator–prag de ocupare la nivelul gospodăriei definesc riscul acesteia de se găsi în situație de sărăcie și excluziune socială.

Lucrarea de față supune observației România comparativ cu spațiul european (UE28) și, marginal, situația particulară a unora dintre țările membre. Datele referitoare la venituri se referă la ultimul an cu informații complete,

---

<sup>2</sup> Rata riscului de sărăcie (monetară) este o măsură de tip relativ a estimării sărăciei, calculată ca procent între numărul celor al căror venit disponibil nu depășește 60% din nivelul median al veniturilor disponibile în gospodării și total populație.

2015 pentru venituri, respectiv 2010 pentru consum<sup>3</sup>. Sursa principală sunt datele Eurostat, completată cu date privind structura bugetelor de venituri ale Institutelor naționale de statistică, date care nu sunt acoperite în efortul de uniformizare realizat de Eurostat.

Statisticile naționale cu privire la structura bugetelor răspund specificului național al formării veniturilor, detalierea structurii bugetare, așa cum este accesibilă publicului larg, ținând cont de prevalența diferitor surse de venit, obiectivelor explicate în susținerea anumitor grupuri de risc, în detalierea public/privat sau în relaționarea cu statistica macroeconomică. Din acest motiv analiza comparativă a bugetelor diferitor țări trebuie abordată cu prudență.

### **IMPACTUL DIFERITELOR CATEGORII DE VENIT ASUPRA NIVELULUI DE TRAI**

Bugetul gospodăriilor românești este dominat de drepturi de tip salarial, reprezentând 56,2% din venitul total brut al gospodăriei (prelucrări după date INS 2015). Acestea sunt urmate de cele din transferuri sociale (23,8%), de veniturile din munca în gospodăria proprie (echivalarea consumului propriu nonmonetar – autoconsumul: 10,7%), de cele din activitatea antreprenorială (inclusiv cea pe cont propriu) și proprietăți (3,5%), respectiv de alte venituri (1,4%).

Observând structura bugetelor câtorva țări (Tabelul 1) regăsim dominația veniturilor de tip salarial ca numitor comun (54–64% din bugetul gospodăriilor, rezultat din diferența primelor două rânduri), dar și particularități naționale notabile, care permit înțelegerea impactului diferit al transferurilor asupra dimensiunii sărăciei.

O diferență majoră în structura bugetelor este dată de contribuția pensiilor ocupaționale sau a celor private la total buget. Cu o contribuție mică pe ansamblu (14,7%), în Marea Britanie veniturile tip pensie sunt relativ egal constituite din pensii publice și private, spre deosebire de

---

<sup>3</sup> Cu o mai mare stabilitate în timp, determinată de obiceiuri de consum, date despre consumul gospodăriilor sunt disponibile la intervale mai mari de timp (5–6 ani).

Finlanda, unde pensiile publice sunt marginale sau de țările fostului bloc comunist, unde pensiile ocupaționale/private<sup>4</sup> nu au o contribuție notabilă (și nu sunt separat specificate) în bugete.

O altă diferență ține de forma nonmonetară a veniturilor. Aceasta cuprinde contravaloarea unor produse și servicii primite de către angajați de la angajatori, ca parte a înțelegerilor contractuale (de exemplu: telefon, transport, pachet de servicii de sănătate, vouchere, alte produse sau servicii cu preț redus sau gratuit), recompense sau rezultate ale muncii realizate în natură de către cei ocupați pe cont propriu, ca și produsele și serviciile primite de populație sub forma suportului social (de exemplu: transport gratuit, masa gratuită a copiilor la școală, servicii de sănătate sau educație, întreținerea locuinței, vouchere etc.). De regulă marginale în raport cu nivelul general al veniturilor, astfel de venituri nu sunt menționate distinct (de exemplu: Polonia) sau sunt general specificate (de exemplu: Republica Cehă). Spre deosebire, în Marea Britanie subvențiile primite de gospodării echivalează veniturile din pensii, în timp ce în România veniturile în natură echivalente celor din Marea Britanie reprezintă doar 1,4% din bugetul gospodăriilor. Acestea sunt completate însă în România de venituri în natură obținute (și totodată consumate) de populație prin munca în gospodăria proprie, categorie de venit care urmează pensiilor ca importanță în buget (10,7%) și care ar putea fi asimilată veniturilor din munca pe cont propriu.

Similar țărilor nordice, promotoare ale modelului social-democrat, această din urmă categorie are o contribuție mică la buget, dar – spre deosebire – veniturile asistențiale (inclusiv șomajul, grupate în categoria alte transferuri publice)<sup>5</sup> contribuie la bugetul gospodăriilor de peste 2,5 ori mai puțin în România.

---

<sup>4</sup> Implementate relativ curând, în aceste țări pensiile ocupaționale și cele private nu produc încă efecte notabile în bugetul gospodăriilor.

<sup>5</sup> Beneficiile de șomaj se acordă în virtutea unui principiu asigurator, presupunând plata unor contribuții sociale dedicate care asigură individului dreptul de a beneficia de acest sprijin în cazul în care devine șomer. Drepturile aferente perioadei de șomaj au și un profil asistențial: se acordă o perioadă limitată, uneori condiționat și de alte considerente decât statutul de șomer, sumele anumitor perioade sau categorii de șomeri nefiind determinate procentual din veniturile anterioare șomajului (Stroie 1999). Pe acest considerent, ca și prezenței mai reduse în buget ele pot fi asociate veniturilor asistențiale.

Tabelul 1

Structură estimativă a bugetului gospodăriei în câteva<sup>6</sup> țări europene, 2015, %

| Țări/<br>Categorii de venit brut        | Marea<br>Britanie | Danemarca | Finlanda | Ungaria | Republica<br>Cehă | România                |                          |
|-----------------------------------------|-------------------|-----------|----------|---------|-------------------|------------------------|--------------------------|
|                                         |                   |           |          |         |                   | buget cu<br>autoconsum | buget fără<br>autoconsum |
| din muncă, din care                     | 60,7              | 68,2      | 62,8     | 69,0    | 71,8              | 60,7                   | 68,0                     |
| <i>pe cont propriu</i>                  | 6,9               | 4,5       | 4,1      | 7,8     | 12,8              | 4,5                    | 5,0                      |
| venituri din capital și<br>proprietate  | 3,1               | 4,4       | 7,9      | 1,9     | 2,7               | 1,7                    | 2,1                      |
| venituri din pensii, din<br>care        | 14,7              | 18,6      | 20,3     | 23,6    | 18,9              | 20,5                   | 23,0                     |
| <i>pensii publice</i>                   | 6,5               | 11,9      | 2,3      | 23,6    | 18,9              | 20,5                   | 23,0                     |
| <i>pensii private/<br/>ocupaționale</i> | 8,2               | 6,7       | 18,0     |         |                   |                        |                          |
| alte transferuri publice                | 6,6               | 8,0       | 7,7      | 5,4     | 3,8               | 3,3                    | 3,6                      |
| alte venituri                           |                   | 0,8       | 0,5      |         |                   | 1,8                    | 1,9                      |
| venituri în natură<br>(autoconsum)      |                   |           |          |         |                   | 10,7                   |                          |
| alte venituri în natură                 | 14,9              |           |          |         | 2,9               | 1,4                    | 1,5                      |
| venituri nete, % din<br>venitul brut    | 71,4              | 63,7      | 75,1     | 79,9    | 86,3              | 83,5                   | 81,5                     |

Surse: calcule ale autoarei pe date ale Institutelor naționale de statistică<sup>7</sup>.

## SĂRĂCIA MONETARĂ; DIMENSIUNI ȘI CARACTERISTICI

În prezent, fără ca aceasta să fie o situație de excepție, România atinge maximul european în privința riscului de sărăcie. Diferențiat după cele trei

<sup>6</sup> Selecția țărilor s-a făcut pe baza datelor disponibile pentru țări UE28, care au putut fi grupate, cu estimație rezonabilă, pe structura prezentată. Datele Germaniei și Poloniei nu au fost prezentate din aceste considerente.

<sup>7</sup> Marea Britanie: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/personalandhouseholdfinances/incomeandwealth/datasets>, financial year ending 2016- Table 2;

Danemarca: <http://www.statbank.dk/statbank5a/selectvarval/saveselections.asp>- INDKP101;

Finlanda: [http://tilastokeskus.fi/meta/til/tjt\\_en.html](http://tilastokeskus.fi/meta/til/tjt_en.html), [http://tilastokeskus.fi/til/tjt/kas\\_en.html](http://tilastokeskus.fi/til/tjt/kas_en.html) - 140\_tjt\_tau\_107;

Ungaria: [https://www.ksh.hu/docs/eng/xstadat/xstadat\\_annual/i\\_zhc014c.html](https://www.ksh.hu/docs/eng/xstadat/xstadat_annual/i_zhc014c.html)- HU 2\_2\_1\_1ie

Republica Cehă: [https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/en/index.jsf?page=vystup-objekt&pvo=ZUR01&z=T&f=TABULKA&katalog=30847&c=v3~8\\_\\_RP2015](https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/en/index.jsf?page=vystup-objekt&pvo=ZUR01&z=T&f=TABULKA&katalog=30847&c=v3~8__RP2015); România: Tempo\_INSSE/BUF105I, vizualizat august 2017

mai grupe constituente ale bugetului observăm că veniturile primare<sup>8</sup>, expun sărăciei un segment de populație între cele mai mari din Europa (49,5% față de 44,7% media UE28). Se definește astfel sărăcia pretransfer. Prin adăugarea transferurilor (în urma redistribuirii) dimensiunea sărăciei (posttransfer) poate scădea la mai mult de jumătate din nivelul inițial. În mai mare măsură în relație cu veniturile din muncă, contribuția pensiilor<sup>9</sup> la reducerea sărăciei este în general superioară celei rezultate din veniturile de tip asistențial.

Impactul transferurilor din pensii asupra sărăciei situează România la nivelul mediu european (cu o reducere de 40,8% față de 41,6%, Tabelul 1). Efectul semnificativ al pensiilor vine din numărul mare al populației beneficiare, depășindu-l pe cel al salariaților, dublat de rata ridicată de înlocuire a veniturilor din muncă prin pensii<sup>10</sup>, care se regăsește între maximele europene; în ultimii 10 ani am fost constant depășiți la acest indicator doar de Luxemburg și Franța, și recent și de Italia, Ungaria și Spania (0,63 – nivelul ratei de înlocuire în România față de 0,53 media UE28; Eurostat 2015).

Prin natura lor, veniturile de tip asistențial nu au valori ridicate și nu e de așteptat să producă efecte spectaculoase în reducerea sărăciei. Totuși, valori de 19–25% reducere a sărăciei inițiale prin asistența socială, adică aproximativ 10% populație salvată astfel de la sărăcie, înregistrează 12 dintre țările UE28, în timp ce în România reducerea cu 7,9% a sărăciei pretransfer (minimul european) permite ieșirea din sărăcie a doar 3,1% din populație (Grafic 1).

Tabelul 2 prezintă impactul celor trei mari categorii de venit asupra dimensiunii sărăciei în câteva dintre țările UE28, selecția urmărind țări aflate în poziții extreme după indicatori definitorii ai sărăciei. Se observă că țările își pot păstra sau nu locul în ierarhia sărăciei pre- și posttransfer, dovedindu-se astfel că riscul de sărăcie posttransfer nu este univoc definit de cel pretransfer.

---

<sup>8</sup> Măsurate pe bază de eșantion național; în România se realizează prin Ancheta Integrată în Gospodărie, de către INSSE.

<sup>9</sup> Pensiile private sunt „contabilizate” uneori drept venituri din muncă (cazul UK), subliniind astfel relația directă cu acestea: dependența de nivelul veniturilor din muncă și mecanismul competițional pe baza cărora se formează.

<sup>10</sup> Raportul dintre nivelul median al veniturilor din pensie al populației 65–74 ani și nivelul median al veniturilor din muncă a populației 50–59, exceptând orice alt venit ar putea avea aceste persoane.

Ungaria, Irlanda și chiar Grecia, cu risc pretransfer similar sau mai mare decât al României, coboară notabil sub riscul de sărăcie al României post-transfer. Pe de altă parte, Republica Cehă și Olanda se plasează la minimele europene atât pre- cât și posttransfer, în timp ce România se află între țările cu niveluri ridicate în ambele momente. Pe ansamblu însă, între cele două ierarhii există o corelație pozitivă semnificativă (coeficient de corelație de 0,427, semnificativ la nivel de încredere de 0,05), dovedind contribuția decisivă a veniturilor primare asupra nivelului general de trai în societate.

Cu un nivel al sărăciei pretransfer similar României, performanța mai ridicată a transferurilor (cu deosebire a celor asistențiale) plasează Ungaria sub media europeană posttransfer. Un impact mai puțin accentuat al transferurilor asistențiale și performanțe ale sistemului de pensie similar Ungariei duc Polonia dintr-o poziție pretransfer mai favorabilă într-una mai defavorabilă posttransfer.

În Irlanda, cea mai slabă performanță europeană a veniturilor tip pensie este contracarată de cea mai bună performanță a veniturilor asistențiale, generând un risc de sărăcie posttransfer, ca și o severitate a insuficienței veniturilor sub media europeană (Tabelul 2, col. 4 și 7).

Prin comparație cu Spania și Grecia, țări cu un modelul sudic de stat al bunăstării (Boeri 2002), și care pun accent pe implicarea familiei în sprijinirea celor în nevoie, alocând puțin în această direcție, dar considerabil pensiilor, România pierde printr-un punct de start mai dezavantajos și eficiență mai scăzută a veniturilor asistențiale față de Spania, respectiv printr-un notabil mai scăzut impact al pensiilor față de Grecia.

O intensitate accentuată a sărăciei ar putea să nu conducă la deprivare materială sau la acumularea consecințelor negative ale insuficienței veniturilor curente dacă este de scurtă durată. Nu este însă cazul României, care, în plus față de riscul ridicat de sărăcie, are și cea mai mare severitate a sărăciei (a insuficienței veniturilor; Tabelul 2) și persistență ridicată a acesteia (Grafic 1); procentul celor care s-au aflat în risc de sărăcie în toți cei 4 ani din ultimii 4 a fost, în 2015, de 15,9% față de 7,3% media UE28, respectiv față de circa 11%, în Bulgaria, Spania sau Lituania (Eurostat 2015).

Aceste observații confirmă ipoteza conform căreia impactul scăzut al veniturilor asistențiale conduce la o severitate accentuată și o persistență

îndelungată a sărăciei, așa cum demonstrează coeficienții de corelație: impactul veniturilor asistențiale (cât de mare este segmentul de populație scos din sărăcie) este negativ corelat cu severitatea sărăciei ( $-0,698^{**}$ ), persistența acesteia ( $-0,557^{**}$ ), dar și cu impactul pensiilor ( $-0,423^{*}$ ). De asemenea, severitatea și persistența sărăciei sunt direct corelate cu nivelul sărăciei pretransfer (coeficienți de  $0,468^{*}$ , respectiv  $0,516^{**11}$ ).

*Tabelul 2*  
Caracteristici ale riscului de sărăcie și impactul transferurilor  
în câteva țări ale UE28, 2015

| Țări           | Riscul de sărăcie pe categorii de venit |                           |                                                   | Reducerea riscului de sărăcie rezultat în urma veniturilor primare |                            | Distanța medie a veniturilor celor săraci față de pragul de sărăcie <sup>12</sup> |
|----------------|-----------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
|                | venituri primare                        | venituri primare + pensii | venituri primare + pensii + venituri asistențiale | pensii                                                             | venituri asistență + șomaj |                                                                                   |
| România        | 49,5                                    | 29,3                      | <u>25,4</u>                                       | 40,8                                                               | <u>7,9</u>                 | <u>38,2</u>                                                                       |
| Republica Cehă | <b>37,0</b>                             | <b>16,8</b>               | <b>9,7</b>                                        | <b>54,6</b>                                                        | 19,2                       | 19,2                                                                              |
| Ungaria        | 49,1                                    | 25,7                      | 14,9                                              | 47,7                                                               | 22,0                       | 21,8                                                                              |
| Polonia        | 43,6                                    | 22,9                      | 17,6                                              | 47,5                                                               | 12,2                       | 22,3                                                                              |
| Danemarca      | 40,6                                    | 25,8                      | 12,2                                              | 36,5                                                               | 33,5                       | <b>3,0</b>                                                                        |
| Irlanda        | 46,3                                    | <u>36,2</u>               | 16,3                                              | <u>21,8</u>                                                        | <b>43,0</b>                | 18,5                                                                              |
| Spania         | 47,0                                    | 30,1                      | 22,1                                              | 36,0                                                               | 17,0                       | 33,8                                                                              |
| Grecia         | <u>52,9</u>                             | 25,5                      | 21,4                                              | 51,8                                                               | <u>7,8</u>                 | 30,6                                                                              |
| UE28           | 44,7                                    | 26,1                      | 17,3                                              | 41,6                                                               | 19,7                       | 24,8                                                                              |

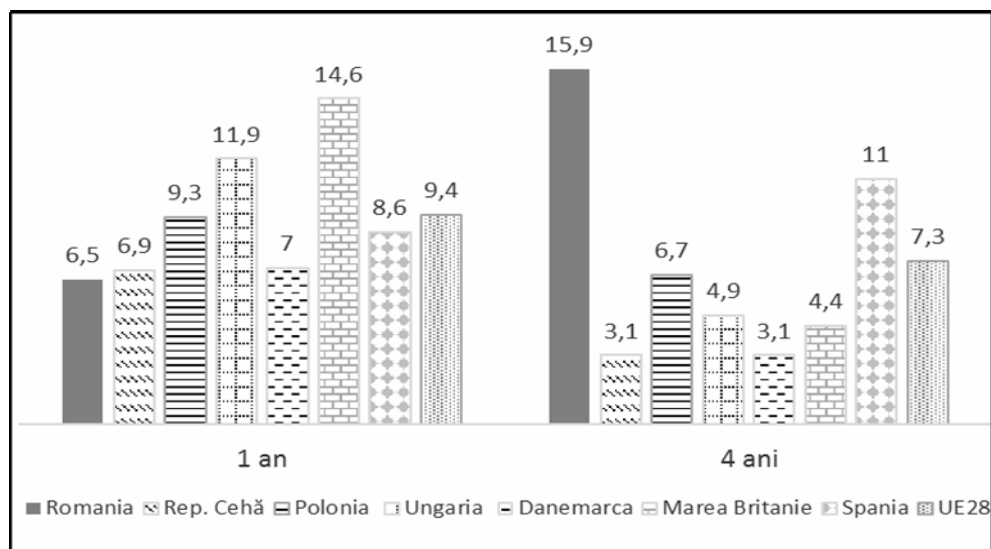
Sursa: Eurostat 2015.

Concluzionând, putem afirma că o sărăcie accentuată pretransfer nu poate fi surmontată în termeni de intensitate și durată prin transferuri, că țările spațiului european tind să se bazeze fie pe veniturile din pensii fie pe cele asistențiale în reducerea sărăciei pretransfer, dar eficiente în combaterea severității și duratei sărăciei sunt veniturile asistențiale.

<sup>11</sup> \*\* corelație semnificativă la nivel de semnificație de 0,01; \* corelație semnificativă la nivel de semnificație de 0,05.

<sup>12</sup> Distanța medie față de prag reprezintă diferența dintre media veniturilor celor aflați sub pragul de sărăcie și acest prag raportat de asemenea pe prag, exprimat procentual. Cu cât indicatorul este mai mare cu atât mai departe de prag sunt cei aflați în sărăcie, deci mai accentuată este sărăcia.

Grafic 1. Persistența expunerii la riscul de sărăcie în ultimii 4 ani, % gospodării



Sursa: Eurostat 2015.

## CONSUMUL CURENT AL GOSPODĂRIEI

Consumul per capita în România se situa în 2010 la 28,6% din consumul mediu (estimat) al grupului țărilor cu economie dezvoltată UE15<sup>13</sup>, respectiv la 60% din cel al țărilor cu recentă tranziție la economia de piață (mai puțin România și Bulgaria – grupul UE8). În plus, bugetul gospodăriei românești este centrat pe un consum primar, cel de alimente și băuturi nonalcoolice, cheltuieli care în 2014 au reprezentat aproximativ 40% din bugetul gospodăriei. La acestea se adăugau 17,2% cheltuieli pentru locuință și utilități (INS–Tempo). Convertite în PPS, aceste elemente de cheltuieli ating 70% din consumul gospodăriilor, calculat la 1000 de unități cheltuite (Grafic 2a).

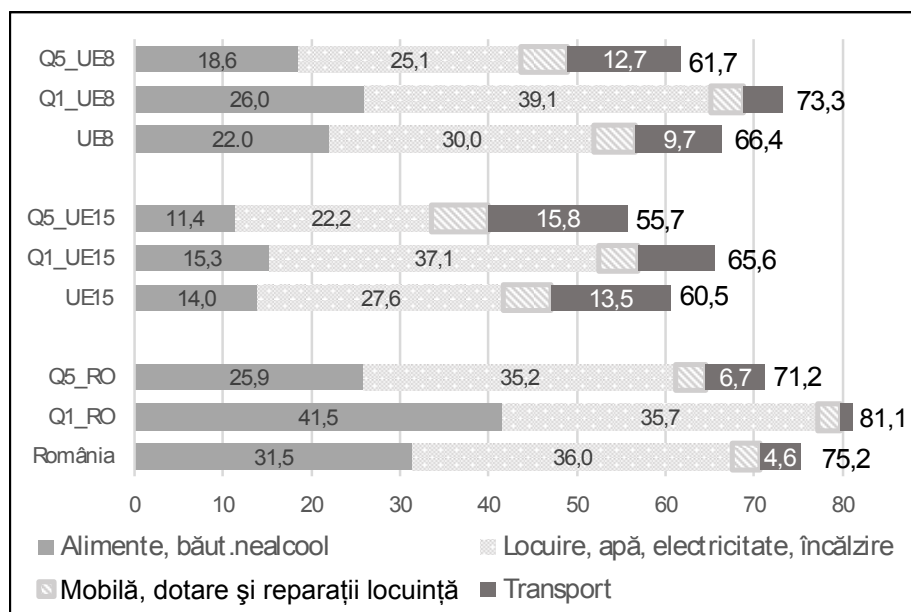
<sup>13</sup> UE15, țări ale spațiului european tradițional membre ale spațiului UE, Austria, Belgia, Danemarca, Finlanda, Franța, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Luxembourg, Olanda, Portugalia, Spania, Suedia, Marea Britanie, țări cu economie de piață consolidată. UE8 – R. Cehă, Slovacia, Ungaria, Polonia, Estonia, Letonia, Lituania, Slovenia: țări care au traversat recent tranziția spre organizarea capitalistă a economiei. Consumul mediu estimat s-a calculat prin media aritmetică simplă a nivelului țărilor constituențe.

Profilul consumului din România tinde să fie singular în peisajul țărilor europene. Chiar dacă bugete bipilon întâlnim și în alte țări, hrana și locuirea solicitând în mod deosebit resursele gospodăriilor, acestea fie au niveluri mai mici (Lituania 28,5/ 28,5; Letonia 26,1/23,5; Republica Cehă 22,3/ 20,7), constrângând mai puțin celelalte cheltuieli, fie sunt semnificativ mai mult solicitate de cheltuielile pentru locuire (Bulgaria 29,3/37,2; Polonia 22,7/32,7; Ungaria 18,6/39,3; Croația 25,6/32,3; Italia 18,6/32,2). Majoritatea țărilor UE15 au însă un buget monopilon dezvoltat în jurul locuirii, urmate de cheltuielile pentru transport și alimente, relativ egale, urmate îndeaproape de cheltuielile pentru recreere și cultură sau diverse bunuri nealimentare și servicii private.

Similarități se conturează între cei mai bogați 20% dintre români și chintila săracă (cei mai săraci 20%) din spațiul UE8, respectiv între cel mai bogat segment al spațiului UE8 și modelul mediu de consum al UE15.

Necesarul de consum alimentar se obține în România printr-un efort bugetar dublu comparativ cu țările europene cu economie dezvoltată (31,5% din buget față de 14%), la care se adaugă cheltuielile pentru băuturi alcoolice, tutun și narcotice (5,9%), de asemenea duble.

Grafic 2a. Structura bugetelor de cheltuieli (la 1000 PPS), 2010, %;  
alimente, locuire, transport



Sursa: Eurostat 2016.

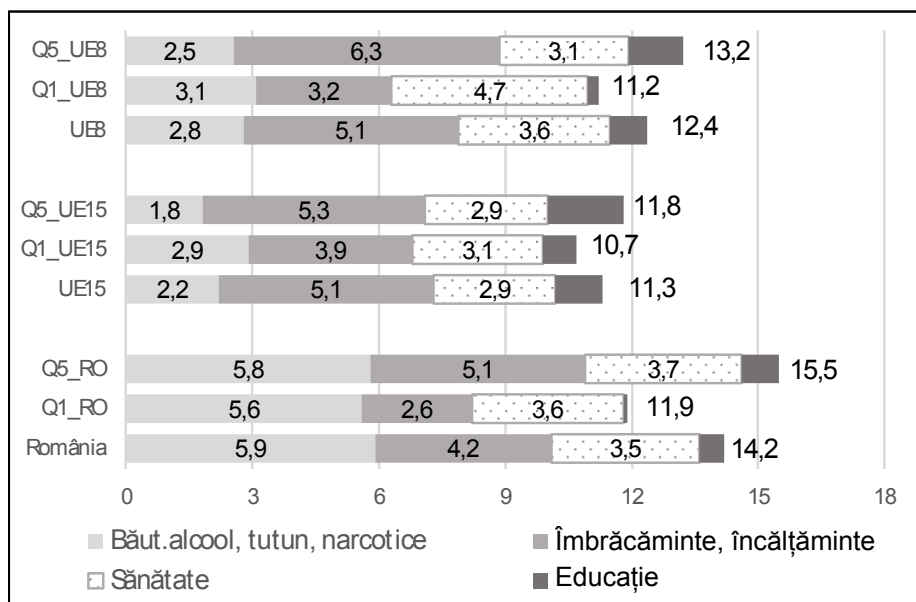
Cheltuielile pentru transport din România se situează la minima europeană. Nivelul acestora în consumul celor mai săraci 20% este neglijabil (1,1%) și indică practic imobilismul membrilor gospodăriei, deoarece subvențiile pentru transport (ca venit în natură) sunt la rândul lor mici și nefocalizate în funcție de nivelul de venit; acestea sunt acordate pensionarilor pentru transportul rutier și pe căi ferate, elevilor și studenților, persoanelor cu dizabilitate accentuată (cu subvenționare integrală sau parțială a costului).

Rezultat al unui mix de condiționări, precum starea generală de sănătate, preocuparea pentru sănătate (sub forma comportamentului preventiv sau prin sisteme de asigurări) sau proporția în care statul le subvenționează, cheltuielile pentru sănătate tind să solicite mai puțin resursele populației în țările dezvoltate decât în cele cu recent istoric comunist (2,9% față de 3,5–3,6%; Grafic 2b). Relevant în acest sens este faptul că cheltuielile pentru asigurări (de orice fel) reprezintă 55% din totalul cheltuielilor diverse în țările UE15, 36% în țările UE8 și doar 17% în România (Eurostat 2015). Alături de sănătate și cheltuielile directe pentru educație tind să prezeze mai puțin bugetele gospodăriilor din țările UE15 decât pe cele din fostele țări comuniste. Considerate de interes național, ambele sunt direcții care pot fi consistent finanțate de către stat/comunitate, cu dedicație universală sau focalizată pe grupurile în nevoie.

Cheltuielile pentru educație (cu câteva excepții sub 2% în total buget) și cele pentru hoteluri și restaurante sunt extrem de reduse în cazul celui mai sărac segment din România (0,1%, respectiv 0,3%; Grafic 2b și c). Contribuția acestora din urmă, ca și a celor pentru recreere și cultură, este de câteva ori mai mică în România comparativ cu ambele grupe de țări observate.

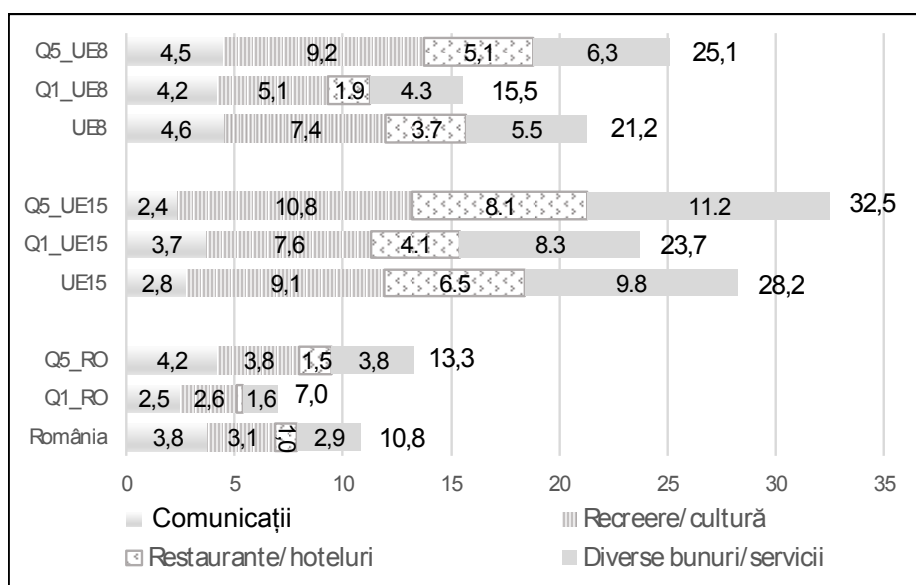
Resursele disponibile naționale (de apă sau energie, profil climatic și de relief) induc variație inerentă în consum, definind chiar obiceiul de consum; Portugalia și Spania, spre exemplu, au peste 50% din consumul de carne reprezentat de pește, Malta are mai puțin de 10% cheltuieli pentru locuire, în timp ce România are consum cerealier ridicat. Cum consumul de cereale (și calorii astfel rezultate) descrește cu nivelul de dezvoltare al țării, simultan cu creșterea consumului de fructe (Anker 2006), iar România se află la baza ierarhiei țărilor europene privind consumul/venitul, putem concluziona că prevalența consumului cerealier românesc se datorează deopotrivă condițiilor geografice și nivelului general de trai scăzut.

Grafic 2b. Structura bugetelor de cheltuieli (la 1000 PPS), 2010, %;  
cheltuieli nealimentare, educație și sănătate



Sursa: Eurostat 2016.

Grafic 2c. Structura bugetelor de cheltuieli (la 1 000 PPS), 2010, %; servicii, diverse



Sursa: Eurostat 2016.

În condiții de insuficiență a resurselor disponibile populația recurge la acoperirea cu prioritate a nevoilor de bază în avantaj financiar maxim posibil (produse ieftine, chiar contrafăcute, consum nediversificat), dar și la consumul motivat egocentric (tutun, alcool – ca „unica” plăcere/viciu asumat sau achiziția unui bun „la modă”) paliativ la dificultatea constantă de a-și asigura subzistența; interesul pe termen lung, individual și național, nu este parte a rațiunii de consum în aceste condiții. Este rolul decidentului de a modela consumul din aceste rațiuni prin legislație fiscală, de comerț sau de protecție socială în vederea realizării unor obiective precum prevenția în sănătatea publică, educație și formarea forței de muncă, promovarea resurselor și producției naționale sau promovarea coeziunii sociale, ca valoare națională.

### SĂRĂCIA ACUMULATĂ

Am văzut că starea de sărăcie poate persista în timp într-o gospodărie, astfel încât cheltuieli și dotări ale gospodăriei considerate firești în societate nu mai pot fi realizate sau obținute, urmare a acumulării/permanentizării insuficienței veniturilor. Astfel de cheltuieli acoperă consumul de bază (alimentație și întreținerea locuinței), dar și elemente ale dezvoltării, precum acces la echipamente sau servicii de comunicații și timp liber, larg asimilate în zilele noastre în consumul gospodăriilor. Nerealizarea lor indică nivelul deprivării materiale, iar nerealizarea simultană a cel puțin 4 din cele nouă elemente urmărite în statistica internațională indică nivelul deprivării materiale severe. Tabelul 3 prezintă aceste elemente, ca și alte câteva specifice condițiilor de viață.

Cu o singură excepție, uzura locuinței ca potențial pericol asupra sănătății, România se găsește între țările cu cea mai defavorabilă situație din spațiul european. Cele mai mari decalaje față de paternul european privesc indicatorii posesiei băii, dușului, toaletei și apei curente în locuință, a mașinii de spălat rufe și a telefonului (care indică o expunerea la deprivare de 12,7 până 7,7 ori mai mare în România). Totuși, cele mai deficitare elemente ale consumului sunt concediul anual (67,6%), cheltuielile neașteptate (51,4%) și locuirea

decentă în raport cu vârsta, genul și starea civilă (populație locuind în condiții de supraaglomerare: 49,7%), elemente de consum cu niveluri ale deprinderii mai ridicate și în spațiul european.

*Tabelul 3*  
Nivelul deprinderii materiale și câteva caracteristici  
ale locuirii, 2015, %

| Caracteristici ale consumului și locuirii                                         |                                                                                   | România | UE28 | Cea mai favorabilă situație în UE28 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------|------|-------------------------------------|
| Imposibilitatea de a asigura/acoperi                                              | consum carne sau echivalent proteină la 2 zile                                    | 19,7    | 8,5  | 1,7 (Danemarca)                     |
|                                                                                   | căldură adecvată                                                                  | 13,1    | 9,4  | 0,9 (Luxemburg)                     |
|                                                                                   | restanțe utilități /chirii /împrumuturi                                           | 19,6    | 11,5 | 4,5 (Rep. Cehă)                     |
|                                                                                   | cheltuieli neașteptate                                                            | 51,4    | 37,5 | 19,8 (Suedia)                       |
|                                                                                   | concediu: cel puțin o săptămână în afara localității                              | 67,6    | 34,4 | 9,2 (Suedia)                        |
| Nu dețin                                                                          | TV                                                                                | 1,5     | 0,4  | 0,1 (trei țări)                     |
|                                                                                   | telefon                                                                           | 4,6     | 0,6  | 0 (șase țări)                       |
|                                                                                   | mașină spălat                                                                     | 10,7    | 1,1  | 0 (Suedia)                          |
|                                                                                   | autoturism                                                                        | 35,5    | 7,9  | 2,0 (Luxemburg)                     |
| Deprivare materială severă (absența a cel puțin 4 din cele 9 elemente de mai sus) |                                                                                   | 22,7    | 8,1  | 0,7 (Suedia)                        |
| Alte caracteristici de dotare și locuire                                          | nu au computer                                                                    | 18,4    | 4,6  | 0,9 (Suedia)                        |
|                                                                                   | nu au baie, duș, toaletă cu apă curentă în locuință                               | 30,5    | 2,4  | 0 (cinci țări)                      |
|                                                                                   | uzura locuinței: acoperiș ne-etanș, pereți scoroși, podele sau ferestre cu mușgai | 12,8    | 15,2 | 4,4 (Finlanda)                      |
|                                                                                   | supraglomerarea/ locuință <sup>14</sup>                                           | 49,7    | 16,7 | 1,4 (Cipru)                         |

Sursa: Eurostat 2015.

Indicatorii deprinderii, inclusiv posibilitatea unui concediu în afara localității de rezidență, s-au îmbunătățit postintegrare (Grafic 3a și 3b). Deși problema asigurării căldurii adecvate în locuințe s-a atenuat simțitor, indicatorii plății utilităților și a cheltuielilor neprevăzute s-au îmbunătățit abia după 2012, odată cu redresarea veniturilor reale ale populației postcriză (vezi și Grafic 4). O dinamică accentuat favorabilă a înregistrat deținerea computerului

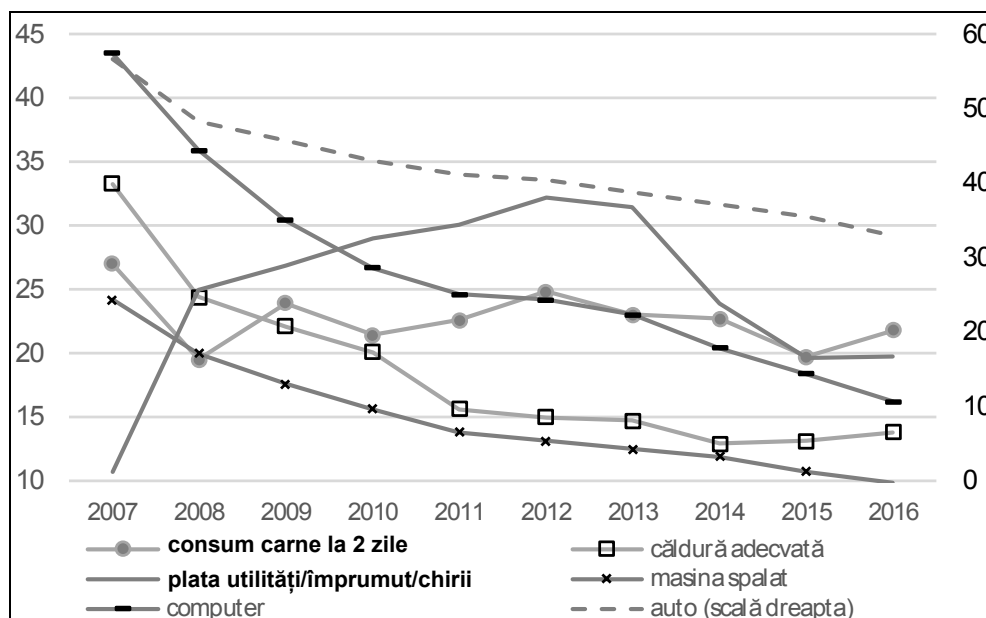
<sup>14</sup> % din populație trăind în gospodării care nu asigură locuirea separată a gospodăriilor multinucleu, sau cu cel mult 2 copii de același gen pe cameră, dacă sunt la vârsta adolescenței, sau 1 adult pe cameră dacă nu este într-o relație de cuplu (Eurostat 2015).

(asemeni mașinii de spălat, autoturismului și telefonului), la care au contribuit politica generoasă de creditare anterioară crizei, accesibilizarea unora dintre aceste produse prin scăderea prețurilor, dar și transferurilor private din membrilor gospodăriei care muncesc în străinătate. Insuficiența veniturilor din perioada crizei economice 2009–2011 a expus populația la acumularea de datorii la plata utilităților și la imposibilitatea acoperirii cheltuielilor neprevăzute, care au început să se atenueze odată cu reluarea creșterii economice (2014). De asemenea pe un trend pozitiv, indicatorii de locuire (aglomerare și posesia camerei de baie cu apă curentă în locuință) plasează România într-o situație defavorabilă comparativ cu pattern-ul european. Consumul de carne nu s-a modificat notabil, deși a fost sensibil la contextul economic. Acești din urmă indicatori indică existența unui nucleu dur al sărăciei pe care dinamica general pozitivă posteriză nu l-a atins, ca posibile determinări culturale ale acestor elemente de consum. Este rolul decidenților de a face această demarcație și de a acționa prin reglementări pentru a asigura dezvoltarea sănătoasă, echilibrată a populației.

Indicatorul care măsoară riscul de sărăcie și excluziune socială ține seama în plus de prezența membrilor gospodăriei pe piața muncii. Cei care se află în risc de sărăcie sau sunt în situație de deprivare materială severă sau fac parte din gospodării cu intensitate foarte scăzută a muncii (sub 20%) se găsesc în risc de sărăcie și excluziune socială. Din perspectiva celui de-al treilea parametru, România se găsește într-o situație favorabilă, având o mică expunere a gospodăriilor la subutilizarea potențialului de muncă (doar 7,9% populație în astfel de gospodării față de 10,7% medie UE28; Eurostat 2015). Situația se datorează ocupării nonsalariale atipice extinse (vezi capitolul privind ocuparea în acest volum); acesta susține pozitiv indicatorii ocupării, fără ca slaba lor productivitate să poată contracara lipsa veniturilor din ocuparea salarială sau pe cont propriu standard.

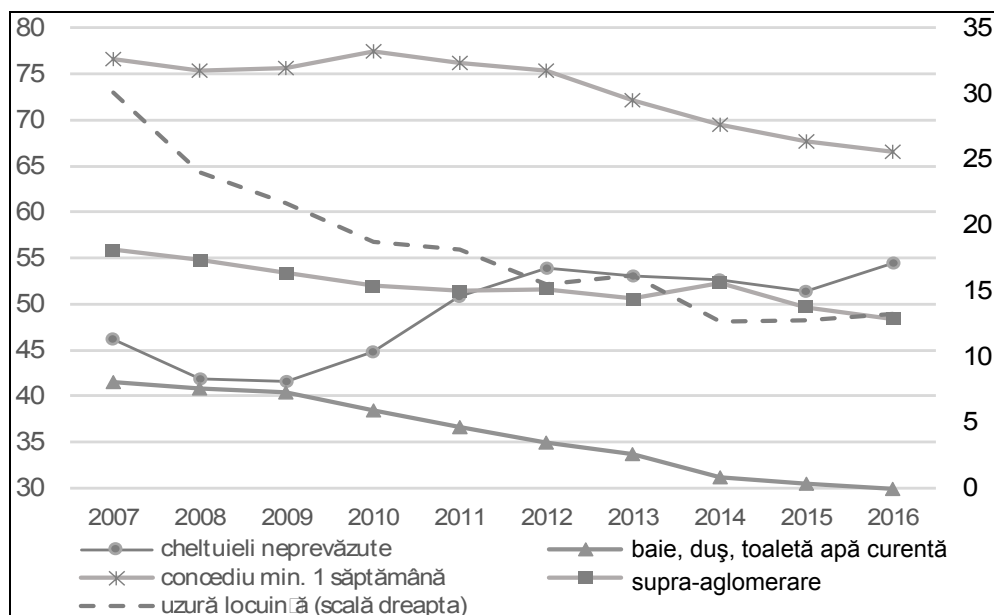
Pe ansamblu, riscul de sărăcie și excluziune se află în vecinătatea maximului european al Bulgariei, de 41,3% (37,4% față de 22,8% media UE28; Eurostat 2015) și a Bulgariei. Fără schimbări majore în privința utilizării potențialului de muncă și în condiții de revenire a riscului de sărăcie după momentul crizei, scăderea riscului de sărăcie și excluziune socială se datorează îmbunătățirii notabile a indicatorului de deprivare materială severă.

Grafic 3a. Dinamica unor elemente de consum, România, postintegrare, %



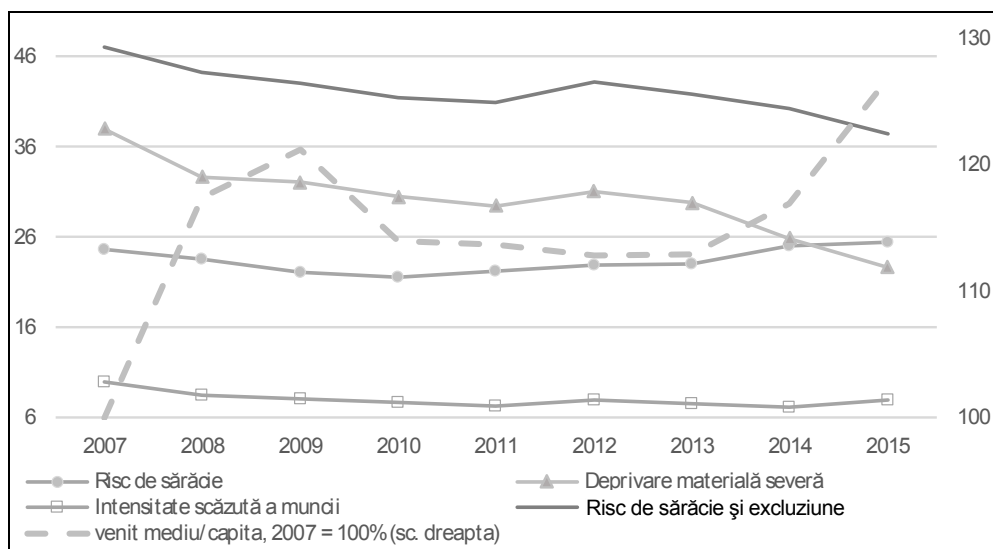
Sursa: Eurostat 2016.

Grafic 3b. Dinamica unor elemente de consum și locuire, România, postintegrare, %



Sursa: Eurostat 2016.

Grafic 4. Dinamica riscului de sărăcie și excluziune socială și a venitului gospodăriei, în România postintegrare, %



Sursa: Eurostat 2015; INS 2015 calcule autoare.

## CONCLUZII. DIRECȚII DE DEZVOLTARE

Analiza bugetului de venituri și cheltuieli al gospodăriilor conturează câteva concluzii cu privire la dinamica sărăciei. Fără accent pe suport social (spre deosebire de țările nordice și Marea Britanie), cu o contribuție în buget a veniturilor din capital și proprietăți între minime și în absența veniturilor tip pensie privată, nivelul sărăciei din România este puternic condiționat de veniturile salariale. Situația nu este singulară, studiul identificând contribuția definitorie a veniturilor primare (din muncă îndeosebi) asupra dimensiunii riscului de sărăcie posttransfer. Veniturile în natură/nonmonetare se constituie dintr-o sursă consistentă a bugetului românesc, dar improprie unei economii moderne, rezultat al muncii generate de lipsa ocupării standard. Dacă avem în vedere că revirimentul economic postcriză a fost însoțit de o ușoară creștere a riscului de sărăcie rezultă, o dată în plus, ca principală direcție de acțiune pentru combaterea sărăciei – creșterea ocupării și controlul inechității veniturilor din muncă.

O altă direcție rezultă din corelația inversă dintre suportul social acordat prin venituri asistențiale și intensitatea și persistența sărăciei. În absența unei protecții sociale focalizate, deprivarea materială a gospodăriilor în nevoie se va accentua și consolida, pe tot mai multe elemente de consum; se conturează ca direcție creșterea cheltuielilor de tip asistențial și mai buna lor focalizare. Dacă mici dezechilibre de venit pot fi soluționate prin măsuri financiare focalizate, ajustarea consumului de durată (educație, sănătate, locuire și dotare etc.) presupune măsuri complexe, care interferează domenii precum cel fiscal, al politicilor de locuire, al celor sanitare și de sănătate, al serviciilor sociale rezidențiale etc.

Momentul crizei economice (2009–2010) nu a stopat tendința pozitivă în indicatorii de deprivare materială severă, cu excepția cheltuielilor curente de anvergură, precum plata utilităților, ca și plata celor neprevăzute, care s-au amânat până la momentul relansării economiei (2013). Există totuși un nucleu al consumului prea puțin atins de contextul economic pozitiv postcriză – legat de consumul proteic și condiții de locuire, care necesită intervenție concertată, multidomeniu. Fără să fi fost afectat excesiv urmare a crizei, consumul proteic este între cele mai deficitare din Europa.

Între măsurile oportune în direcțiile amintite pot fi menționate:

- măsuri de creșterea ocupării standard, de calitate dezvoltate în jurul unei plan al direcțiilor prioritare de dezvoltare pe termen mediu și lung (vezi și capitolul privind ocuparea);
- creșterea suportului pentru dezvoltarea micului antreprenoriat local (prin programe de consiliere și asistență antreprenorială, programe de formare profesională continuă (CVT); stabilitate legislativă;
- reducerea impozitării pe forța de muncă, mai ales pe segmentul veniturilor mici; introducerea impozitului progresiv pe venituri anuale;
- agrearea unui coș minim de consum la nivel național ca reper al dinamicii salariului minim; revizuirea sa periodică prin consultări între partenerii sociali, Ministerul Muncii, Instituții de Cercetare ale Academiei Române și alte instituții centrale care gestionează date statistice relevante;
- formularea unor principii ale justiției sociale și ale unor grupuri/situații prioritare de suport în acord cu situație actuală și direcțiile prioritare de dezvoltare; ajustarea tuturor reglementărilor legislative în acord cu aceste priorități (legislația muncii, fiscalitate, protecție socială, locuire, sănătate, educație);

- creșterea cheltuielilor dedicate asistenței sociale și cât mai buna lor focalizare; îmbunătățirea comunicării interinstituționale între entități publice care lucrează cu diferite grupuri de risc, mai buna comunicare cu ONG-urile active în domeniul social;
- dezvoltarea serviciilor sociale, inclusiv prin intensificarea atragerii ONG-urilor locale în programul de intervenție socială; aceasta permite mai buna identificare a nevoii și mai buna gestionare a resurselor locale potențiale;
- stimularea unui consum alimentar echilibrat, sănătos prin subvenții la produse considerate de bază în dezvoltare (de exemplu: pește, lapte, fructe), dar mai ales prin extinderea educației pentru sănătate din perspectiva consumului. Aceasta implică deopotrivă Ministerul Educației și Cercetării, Ministerul Sănătății Publice, Ministerul de Finanțe. Acestea vizează deopotrivă copiii și adolescenții, cât și educația alimentară și sanitară cuprinsă în cursurile dedicate femeilor din grupurile vulnerabile, inclusiv beneficiarilor de VMG. Astfel de acțiuni pot fi realizate de către specialiști din universități și institute de cercetare cu profil medical sau de biochimie și pot fi parte a activității lor de cercetare, respectiv activitate practică;
- promovarea produselor de fabricație națională, în limitele asumate prin convențiile internaționale, prin apariția steagului pe eticheta produsului, impunerea unor cote minime marilor lanțuri de magazine, alimentare și nealimentare, de comercializare a produselor de proveniență națională (parțial inițiate).

### Bibliografie

- Anker, Richard. 2006. *A new methodology for estimating internationally comparable poverty lines and living wage rates – Working Paper No. 72*. Geneva: ILO – Policy Integration Department Statistical Development and Analysis Group. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.624.2047&rep=rep1&type=pdf>
- Atkinson, Anthony B. 2009. “Factor shares: the principal problem of political economy?” *Oxford Review of Economic Policy*, 25 (1): 3–16. <https://doi.org/10.1093/oxrep/grp007>
- Barr, Nicholas. 1993. *The Economics of the Welfare State* (2nd edition). Stanford University Press.
- Boeri, Tito. 2002. “Let Social Policy Models Compete and Europe Will Win” draft, lucrare prezentată la conferința *Transatlantic Perspectives on US-EU Economic Relations: Convergence Conflict and Cooperation*. [https://sites.hks.harvard.edu/m-rcbg/Conferences/us-eu\\_relations/boeri\\_us\\_european\\_trends.pdf](https://sites.hks.harvard.edu/m-rcbg/Conferences/us-eu_relations/boeri_us_european_trends.pdf)

- Cowell, Frank A. 2007. *Income Distribution and Inequality*. London: Suntory and Toyota International Centres for Economics and Related Disciplines, London School of Economics. [http://eprints.lse.ac.uk/3780/1/Income\\_Distribution\\_and\\_Inequality.pdf](http://eprints.lse.ac.uk/3780/1/Income_Distribution_and_Inequality.pdf)
- Gordon, David. 2006. "The concept and measurement of poverty." In *Poverty and Social Exclusion in Britain*, edited by Christina Pantazis, Dave Gordon and Ruth Levitas, 29–69. Bristol: The Policy Press.
- Ilie, Simona. 2014. „Granițe regional-locale ale bunelor practici în ocuparea grupurilor vulnerabile; comentarii pe marginea unui seminar internațional.” *Calitatea Vieții* XXV (2): 193–202. <http://www.revistacalitateavietii.ro/2014/CV-2-2014/05.pdf>
- Townsend, Peter. 1979. *Poverty in the United Kingdom. A Survey of Household Resources and Standards of Living*. Harmondsworth Middlesex, England: Penguin Books Ltd.
- Stroie, Simona. 1999. „Politici de suport pentru șomeri.” În *Politici sociale în România 1990–1998*, edited by Cătălin Zamfir. București: Editura Expert.
- Zamfir, Elena. 1995. „Mecanismele producerii bunăstării în economia de piață.” În *Politici sociale. România în context european*, coordonatori Elena Zamfir and Cătălin Zamfir, 36–43. București: Editura Alternative.

## O ANALIZĂ COMPARATIVĂ A DETERMINĂRII PRAGURILOR DE SĂRĂCIE

ADINA MIHĂILESCU

### MINIMUL DE TRAI DECENT ȘI DE SUBZISTENȚĂ CALCULAT PRIN METODA NORMATIVĂ ÎN INSTITUTUL DE CERCETARE A CALITĂȚII VIEȚII

„Metoda normativă” este o metodă de cercetare științifică de tip analitic, care stabilește cuantumuluri ce nu depind de nivelurile de consum înregistrate la un moment dat, ci se bazează pe norme apreciate în studii de specialitate. Aceste studii urmăresc dezvoltarea și manifestarea individului în viața de zi cu zi, atât în spațiul familial, cât și în afara lui, în societate.

Din perspectivă istorică, metoda a stat la baza unor analize și studii științifice riguroase (Barbu 1992, 250–261; Zamfir 1995; Mihăilescu 2001, 2002, 2004) pentru cunoașterea obișnuințelor de consum ale populației și determinarea *nivelurilor de trai decent și de subzistență*. Tipologiile urmărite în cercetarea consumului, în anul 2001, au cuprins, din mediul urban, cuplul de salariați cu doi copii în întreținere și cuplul de pensionari, iar din mediul rural: familia de doi agricultori, activi, cu doi copii în întreținere, ca și familia de doi vârstnici, persoane inactive, posibil foști agricultori, lucrători pe cont propriu al pământului sau foști salariați în structurile de stat (Mihăilescu 2001, 2002).

„Minimul corespunzător nivelului de trai decent” poate fi definit ca necesarul de resurse pentru un consum curent (alimente, îmbrăcăminte, încălțăminte, locuință, servicii), la care se adaugă *educația și formarea profesională* pentru afirmarea persoanei, ca și *statutul său social* ce permite dezvoltarea și participarea individului și familiei sale în societate. În calculul minimului de trai decent, pentru toate categoriile de familii analizate (salariați cu doi copii, urban și rural, cuplu de vârstnici din urban și rural) a fost

prevăzut un *cuantum de 10% din calculul final al coșului de consum*, pentru un *fond de siguranță și economie*, în vederea acoperirii diverselor cheltuieli necesare în situații deosebite, nuntă, botez, dar și boală, spitalizare, deces.

„Minimul de subzistență” se oprește doar la aspectele legate de supraviețuirea persoanei, fiind diferit de minimul decent de trai, prin elementele de dezvoltare și afirmare socială.

Metoda normativă<sup>1</sup> are, comparativ cu alte metode științifice, o serie de caracteristici.

1) Rigurozitate și obiectivitate în calcul deoarece *consumul alimentar* se bazează pe norme calculate științific de specialiștii nutriționiști, eliminându-se evaluările subiective ale populației în ceea ce privește necesarul alimentar la un moment dat. Normele de consum pentru o persoană adultă și activă profesional, care lucrează în condiții medii de efort fizic și intelectual, se încadrează între 2 700 și 3 200 calorii pe zi. În cercetarea noastră s-a optat pentru definirea minimului de trai, cu un consum alimentar necesar de 2 700 calorii pe zi, adică minimul stabilit de nutriționiști.

2) La stabilirea produselor de *îmbrăcăminte/încălțăminte* pentru un adult bărbat/femeie și copil băiat/fată s-au avut în vedere: datele de evaluare cuprinse în „Diagnoza Calității Vieții” (Baza de date *Diagnoza calității vieții 1990–2010*), cercetare realizată pe eșantioane reprezentative la nivel național; datele Institutului Național de Statistică; consultarea specialiștilor în consumul de bunuri și servicii; analiza publicațiilor și emisiunilor de televiziune din domeniul marketingului de bunuri nealimentare.

3) În privința serviciilor, s-au luat în considerare elemente cum sunt: *sănătatea, educația, transportul și locuința*.

4) Metoda oferă transparență în cunoașterea elementelor de ordin material, cultural, de sănătate etc., ce sunt destinate minimului de trai decent și de subzistență.

5) Metoda normativă este mai realistă comparativ cu metoda relativă care stabilește pragul sărăciei ca proporție (40–60%) din venitul mediu sau median al gospodăriilor, caz în care are loc o subevaluare a necesarului în țările mai sărace (procentul se calculează la o medie sau mediană mică a veniturilor).

---

<sup>1</sup> O prezentare detaliată a elementelor care intră în calculul minimului de subzistență și a minimului de trai decent a fost realizată în Mihăilescu (2011).

Pe baza studiilor efectuate de-a lungul timpului în cadrul Institutului de Cercetare a Calității Vieții, se poate spune că media calculată pentru consum la familiile de salariați și pensionari din București nu diferă considerabil de cheltuielile de consum ale familiilor cu structură identică din țară, fie ele din mediul urban sau rural și care sunt înregistrate de anchetele sociale ale Institutului Național de Statistică.

Redăm în continuare valorile consumului real determinat de INS și valorile minimului de trai decent calculate în ICCV (Tabelul 1).

*Tabelul 1*

Structura cheltuielilor totale de consum pentru minimul decent de trai, la diferite tipuri de familii. Compararea cheltuielilor de consum determinate de INS cu coșul de consum calculat prin metoda normativă în ICCV (%)

| Cheltuieli totale de consum                                | Familia de doi salariați cu doi copii în întreținere (3,1 persoane) – Metoda normativă ICCV | Familia standard INS (2,7 persoane) | Familia de doi pensionari (1,9 persoane) – Metoda normativă ICCV | Familia de doi agricultori cu doi copii în întreținere (3,1 persoane) – Metoda normativă ICCV |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                            | ICCV* Minimul Decent                                                                        | INS**                               | ICCV* Minimul Decent                                             | ICCV* Minimul Decent                                                                          |
| – alimente și băuturi (echivalentul cheltuielilor bănești) | 45,5                                                                                        | 46,0                                | 40,7                                                             | 16,6<br>(52,3% echivalentul bănesc al autoconsumului)                                         |
| – îmbrăcăminte, încălțăminte                               | 6,1                                                                                         | 5,7                                 | 4,3                                                              | 11,0                                                                                          |
| – locuință, apă, electricitate, gaze și alți combustibili  | 13,3                                                                                        | 17,9                                | 18,0                                                             | 13,7                                                                                          |
| – mobilier, dotare și întreținerea locuinței               | 3,1                                                                                         | 4,2                                 | 3,9                                                              | 8,1                                                                                           |
| – sănătate                                                 | 5,8                                                                                         | 4,9                                 | 8,6                                                              | 1,9                                                                                           |
| – transport                                                | 7,2                                                                                         | 6,3                                 | 7,9                                                              | 4,6                                                                                           |
| – poștă și telecomunicații                                 | 0,9                                                                                         | 5,0                                 | 1,4                                                              | 3,6                                                                                           |
| – educație, recreere și cultură                            | 2,3                                                                                         | 4,4                                 | 2,0                                                              | 3,0                                                                                           |
| – diverse produse și servicii***                           | 5,8                                                                                         | 5,6                                 | 3,2                                                              | 27,5% (din care 24,1% sunt cheltuieli cu lucrările agricole)                                  |
| – fond de siguranță și economii                            | 10,0                                                                                        | –                                   | 10,0                                                             | 10,0                                                                                          |
| Total valoric 2015                                         | 2 287                                                                                       | 2 351,5                             | 1 420                                                            | 1 843                                                                                         |

\* Calculul a fost efectuat pentru anul 2015, luna octombrie.

\*\*INS, 2016, 2017.

\*\*\* La diverse produse și servicii au intrat serviciile de igienă personală, de reparare și întreținere a bunurilor, cheltuieli cu lucrările agricole în cazul familiilor din mediul rural (ICCV).

Prin metoda normativă (ICCV), consumul este normat de specialiștii nutriționiști așa cum persoanele și familiile lor ar trebui să consume pentru a fi sănătoase în raport cu efortul fizic, psihic și intelectual desfășurat de salariați și de copii, în timp ce consumul mediu lunar (INS) reflectă ceea ce cheltuie populația, uneori fără a se respecta normele de nutriție, sănătate și igienă.

Consumul salariaților așa cum este el declarat de populație și măsurat de către INS reprezintă circa 80% din cel stabilit de nutriționiști, în timp ce familiile de agricultori cu copii în întreținere au un consum ce se situează mult sub nivelul de trai minim decent.

După cum se observă nu sunt diferențe valorice importante între cele două metode în cazul familiei de salariați, numai că în cazul consumului real acesta este distribuit inegal, ceea ce devine îngrijorător când ne referim la gospodăriile sărace.

### **COSTUL REAL AL VIEȚII DETERMINAT PRIN METODA NORMATIVĂ ICCV ȘI METODA INS, ÎN ANUL 2015**

La nivelul anului 2015, luna octombrie, necesarul de trai în mediul urban avea o valoare a coșului minim de consum de 2 287 lei pentru o familie medie formată din „3,1 persoane”, adică doi adulți și doi copii aflați în întreținerea acestora. În mediul rural, unde o parte din produse și servicii sunt asigurate prin funcționarea propriei gospodării, valoarea acestui coș minim era de 1 843 de lei.

În modelul de calcul al costului vieții din perspectiva reală, aflăm din datele Anuarului Statistic al României 2016 că prin răspunsurile primite de respondenți sunt evaluate cheltuielile efectuate de populație în vederea procurării produselor alimentare, nealimentare și a serviciilor de pe piață (inclusiv autoconsumul, bunurile și serviciile produse în gospodării). În calculul INS, costul vieții în anul 2015 (INS 2016, 2017, 225), era de 2 129,5 lei, pentru o familie medie formată din „2,7 persoane” din urban și de 1 386,9 lei, pentru aceeași componență familială, dar din mediul rural (tabel).

*Tabelul 2*  
Cheltuieli de consum

| <b>Metoda</b>        | <b>Cheltuielile minime decente de consum calculate de ICCV (lei)</b> | <b>Cheltuielile totale de consum/ costul vieții calculat de INS* (lei)</b> |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Scala de echivalență | 3,1 persoane                                                         | 2,7 persoane                                                               |
| Luna/Anul            | Octombrie 2015                                                       | Media cheltuielilor 2015                                                   |
| <b>Salariați</b>     | 2 287                                                                | 2 129,5                                                                    |
| <b>Agricultori</b>   | 1 843                                                                | 1 386,9                                                                    |
| <b>Pensionari</b>    | 1 420                                                                | 1 397,0                                                                    |

\* INS, 2016, 2017.

Consumul mediu alimentar la principalele produse agroalimentare se prezintă în Tabelul 3, comparativ metoda Institutului Național de Statistică, și metoda normativă ICCV.

*Tabelul 3*  
Consumul mediu agroalimentar, după modelul INS, în anul 2015  
și determinările normative stabilite de nutriționiști

| <b>Metoda</b>                                    | <b>INS *</b> | <b>Minim decent**</b> |
|--------------------------------------------------|--------------|-----------------------|
| Pâine și produse de franzelărie (kg/lunar/pers.) | 8,11         | 9                     |
| Carne și preparate din carne (kg/lunar/pers.)    | 4,49         | 6                     |
| Lapte (l/lunar/pers)                             | 5,76         | 6,6                   |
| Brânzeturi și smântână (kg/lunar/pers)           | 5,76         | 6,9                   |
| Cartofi (kg/lunar/pers)                          | 3,20         | 6,9                   |
| Legume și conserve din legume (kg/lunar/pers)    | 7,55         | 10,4                  |
| Fructe (kg/lunar/pers)                           | 3,69         | 4,8                   |

\* Sursa: INS 2016.

\*\* Calculat în funcție de normele determinate de către Mincu (1975) și Gonțea (1975).

Modelul statistic ne arată că, pe ansamblul gospodăriilor, în anul 2015, consumul mediu zilnic pe o persoană era de 2 401 calorii, 2 314 la un salariat, 2 404 la un agricultor și 2 562 la un pensionar (INS 2015), față de 2 700 calorii/ persoană adultă activă, calculat de nutriționiști.

Consumul de pâine normat de nutriționiști, prin comparație cu consumul real INS, este mai mic. Consumul de carne, lapte, brânzeturi și smântână al populației, la ora actuală, nu este acoperit așa cum sunt prevăzute normele de hrană stabilite de nutriționiști, iar cartofii, legumele și fructele sunt departe de un consum corect, așa cum sunt prezentate în modelul INS.

Tabelul 4, prezintă pentru anul 2015 coșul de consum minim decent și de subzistență, pe cele mai importante tipuri de familii și pe medii de rezidență,

calculate în ICCV, iar pentru comparabilitate coșul calculat de INS, în același an.

*Tabelul 4*

Coșul de consum pentru un nivel minim decent și de subzistență, ICCV și INS

| Octombrie 2015                                             |                    |                         |                    |                         | Anul 2015<br>Structura cheltuielilor<br>totale de consum<br>calculat de INS (lei,<br>lunar pe gospodărie) |
|------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------|--------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Minim de trai ICCV /<br>Statut ocupațional                 | Decent<br>în urban | Subzistență<br>în urban | Decent<br>în rural | Subzistență<br>în rural |                                                                                                           |
| (1)                                                        | (2)                | (3)                     | (4)                | (5)                     | (6)                                                                                                       |
| Salariat în<br>urban/agricultor în rural                   | 739                | 598                     | 594                | 521                     | 788,7 (513,7)                                                                                             |
| 2 salariați în<br>urban/agricultori în rural               | 1 403              | 1 138                   | 1 130              | 994                     | 1 340,8 (873,2)                                                                                           |
| 2 salariați în<br>urban/agricultori în rural<br>cu 1 copil | 1 920              | 1 559                   | 1 548              | 1 352                   | 1 735,2 (1 130,1)                                                                                         |
| 2 salariați în<br>urban/agricultori în rural<br>cu 2 copii | 2 287              | 1 854                   | 1 843              | 1 609                   | 2 129,5 (1 386,9)                                                                                         |
| 2 salariați în<br>urban/agricultori în rural<br>cu 3 copii | 2 694              | 2 157                   | 2 140              | 1 870                   | 2 523,9 (1 643,7)                                                                                         |
| 2 pensionari (vârstnici în<br>rural)                       | 1 420              | 1 137                   | 1 356              | 1 049                   | 1 397,0 (1 397,0)                                                                                         |

Notă: Coloanele (2–5) ale tabelului sunt rezultatul calculelor minimurilor de trai decent și de subzistență pentru luna octombrie 2015, prin metoda normativă, efectuate în cadrul ICCV de autoare.

Coloana (6) \* INS 2017, 225.

Datele arată, indiferent de metoda utilizată, că populația poate cunoaște perioade mai grele de viață, chiar de sărăcire, dar există și perioade când segmente de populație au un parcurs de viață constant și echilibrat. Ambele metode prezentate în această secțiune sunt utile. Ele se suprapun pe anumite componente sau se completează unele pe altele, oferind în final o imagine asupra standardului de viață al populației României.

### Bibliografie

- Barbu, Gheorghe. 1992. „Nivelul minim de trai – concept și instrument operațional în realitatea românească.” *Calitatea Vieții* 3–4: 250–261.
- Gonțea, Iancu. 1975. *Alimentația rațională a omului modern*. București: Editura Didactică și Pedagogică.

- INS. 2016. *Coordonate ale nivelului de trai în România. Veniturile și consumul populației, în anul 2015*. București: Institutul Național de Statistică al României.
- INS. 2017. *Anuarul Statistic al României 2016*. București: Institutul Național de Statistică al României.
- Mihăilescu Adina. 2012. *Coșul de consum al populației României*. București: Editura Expert.
- Mihăilescu, Adina. 2001. „Metodologia de calcul a minimului de trai decent și de subzistență.” *Calitatea Vieții*, XII(1–4): 49–72.
- Mihăilescu, Adina. 2002. „Metodologia de calcul al minimului de trai decent și de subzistență pentru o familie de agricultori.” *Calitatea Vieții*, XIII (1–4): 1–16.
- Mihăilescu, Adina. 2004. *Minimul de trai și costurile sociale concepute operaționale în evaluarea calității vieții*. Iași: Editura A’92.
- Mihăilescu, Adina. 2011. „Cercetarea costului vieții.” În *Paradigma Calității Vieții* coord. Ioan Mărginean and Iuliana Precupețu, 172–183. București: Editura Academiei Române.
- Mihăilescu, Adina. 2014. *Minimul de trai instrument în politicile sociale*. București: Editura Academiei Române.
- Mincu, Iulian. 1975. *Alimentația rațională a omului sănătos*. București: Editura Medicală.
- Zamfir, Cătălin. 1995. *Dimensiuni ale sărăciei 1994*. București: Editura Expert.
- Baza de date *Diagnoza calității vieții 1990–2010*. București: ICCV.

# **CONSUMUL MEDIU ÎN ROMÂNIA ÎN PERSPECTIVĂ EUROPEANĂ**

MARIA LIVIA ȘTEFĂNESCU

## **INTRODUCERE. ASPECTE GENERALE ÎN CERCETAREA CONSUMULUI**

Analizele sociologice relevă o puternică dependență între structura consumului și nivelul de sărăcie al unei țări. Analiza consumului este relevantă prin faptul că poate furniza date despre sărăcie și gradul de inegalitate a veniturilor (Kakwani 1980).

În prezenta lucrare vom analiza evoluția consumului mediu în țările europene, luând în considerare anii 2005 și 2010 pentru care dispunem de date Eurostat pentru 31 de țări din Europa<sup>1</sup>.

Printre principalele scopuri urmărite de Uniunea Europeană se găsește și diminuarea disparităților dintre țările membre. Acest fapt se realizează concret prin respectarea unor principii generale și totodată prin promovarea anumitor politici de dezvoltare. În acest context este important să înțelegem în ce măsură asistăm la o convergență a procesului de evoluție pentru diversele regiuni europene.

Monfort (2008) a analizat cele două tipuri principale de convergență, denumite beta, respectiv sigma. Convergența de tip beta se bazează pe faptul că regiunile mai sărace au adesea o rată de creștere mai mare decât regiunile bogate. Menținerea acestui fenomen pe o perioadă mai îndelungată conduce la o diminuare accentuată a diferențelor dintre state. Intensitatea procesului de convergență este dictată de semnul și mărimea parametrilor ecuației (liniare) de creștere ce a fost utilizată în cercetarea fenomenului analizat.

---

<sup>1</sup> <http://ec.europa.eu/eurostat/web/household-budget-surveys/database>

Dezavantajul convergenței de tip beta, în care statele au rate diferite de creștere, constă în faptul că țările respective se pot apropia în timp de stări de relativ echilibru ce pot fi, însă, distincte.

Convergența de tipul sigma se referă în mod esențial la reducerea în timp a disparităților dintre regiuni. În acest caz se utilizează diverși indicatori pentru evaluarea similarităților dintre state (Monfort 2008). Menționăm în mod special indicii Gini și Atkinson sau măsuri ale dispersiei fenomenului respectiv, de exemplu, abaterea standard sau un indicator normalizat precum coeficientul de variație. În prezenta lucrare ne vom raporta la un fenomen de convergență de tip sigma.

Este important de a grupa statele europene în funcție de consumul lor mediu și totodată de a urmări stabilitatea în timp a unor asemenea grupuri. Pornind de la o reprezentare grafică a raporturilor dintre țări se poate obține o primă clasificare a acestor entități.

Ierarhizarea „obiectelor” analizate după unul sau mai multe criterii constituie o metodă robustă de clasificare, deoarece nu se raportează direct la valori numerice ce caracterizează obiectele ci se referă la rangurile entităților (Everitt și alții 2011).

În acest studiu am folosit reprezentările grafice și construirea de ierarhii în vederea obținerii de clase cuprinzând țările UE. Concret, au fost definite clusterelor *GI* și *GS* ce vizează statele europene ce au un consum relativ mic, respectiv un consum important.

În privința unui eventual proces de convergență a fenomenului de sărăcie, raportat adesea la consum, apar aspecte surprinzătoare. Menționăm astfel cazul unor țări cu o rată relativ mare de creștere dar care însă se caracterizează de un venit redus pe cap de locuitor (Ravallion 2012).

În actualul studiu, din lipsa unor serii de timp cu un număr relativ mare de termeni, am evitat dezvoltarea unor modele complexe de previziune. Modelele de prognoză propuse, ce utilizează numai rata de creștere a consumului mediu la nivelul anului 2010, nu au un grad de acuratețe prea mare. Aceste modele prezintă însă avantajul de a ne da o primă imagine cu privire la evoluția țărilor vecine României. Rafinarea prezentului model de prognoză, prin introducerea unor noi variabile, va conduce cu siguranță la rezultate mai nuanțate.

### BAZA DE DATE

Datele referitoare la consumul mediu din țările europene au fost preluate din baza de date Eurostat a Uniunii Europene luând în considerare anii 2005 și 2010<sup>2</sup>. Drept indicator s-a folosit media cheltuielilor de consum pe adult echivalent exprimată în unități PPS (Purchasing Power Standards). Vom folosi în continuare, pe scurt, termenul de „consum mediu” ce se raportează la puterea standard de cumpărare.

Prin UE vom desemna entitatea „Uniunea Europeană”, valorile privind consumul mediu fiind estimate în acest caz pentru UE27.

O sinteză a datelor ce vor fi analizate în continuare este prezentată în Tabelul 1.

*Tabelul 1*

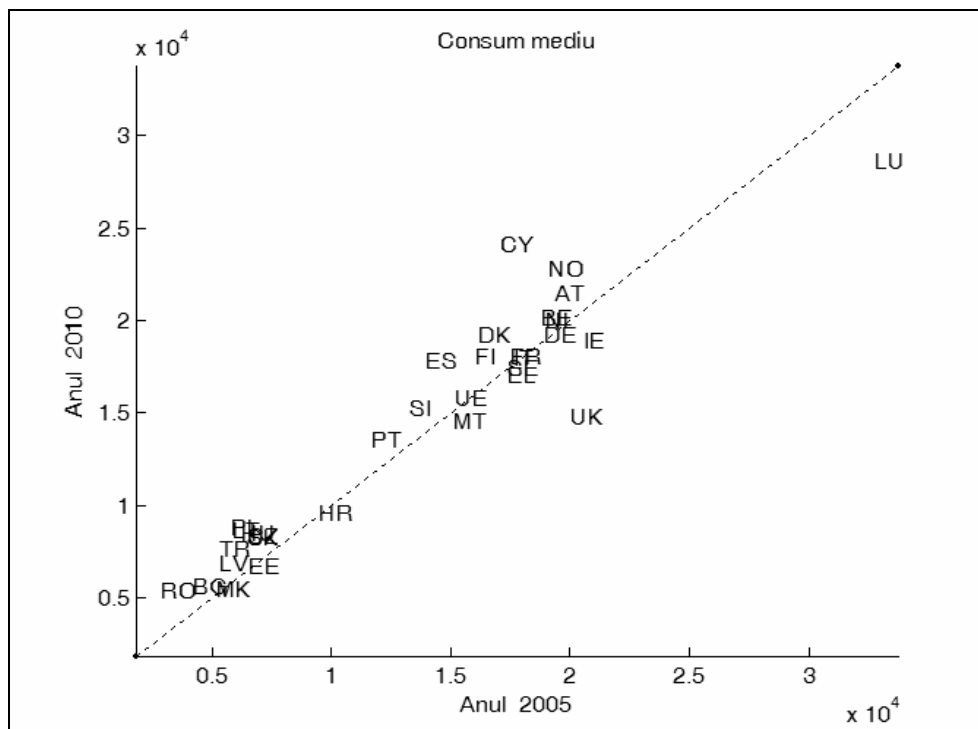
Consumul mediu pe adult echivalent în țările europene (unități PPS)

| Nr. | Țara       | Abv. | An 2005 | An 2010 | Nr. | Țara           | Abv. | An 2005 | An 2010 |
|-----|------------|------|---------|---------|-----|----------------|------|---------|---------|
| 1   | România    | RO   | 2,866   | 5,385   | 17  | UE27           | UE   | 15,225  | 15,832  |
| 2   | Bulgaria   | BG   | 4,213   | 5,644   | 18  | Finlanda       | FI   | 16,082  | 18,097  |
| 3   | Macedonia  | MK   | 5,181   | 5,454   | 19  | Danemarca      | DK   | 16,199  | 19,204  |
| 4   | Letonia    | LV   | 5,316   | 6,863   | 20  | Cipru          | CY   | 17,094  | 24,111  |
| 5   | Turcia     | TR   | 5,341   | 7,670   | 21  | Grecia         | EL   | 17,391  | 17,036  |
| 6   | Polonia    | PL   | 5,817   | 8,801   | 22  | Suedia         | SE   | 17,414  | 17,436  |
| 7   | Lituania   | LT   | 5,892   | 8,668   | 23  | Franța         | FR   | 17,523  | 18,085  |
| 8   | Ungaria    | HU   | 6,241   | 8,511   | 24  | Italia         | IT   | 17,623  | 17,950  |
| 9   | Slovacia   | SK   | 6,517   | 8,315   | 25  | Belgia         | BE   | 18,831  | 20,139  |
| 10  | Cehia      | CZ   | 6,520   | 8,328   | 26  | Germania       | DE   | 18,952  | 19,234  |
| 11  | Estonia    | EE   | 6,531   | 6,755   | 27  | Olanda         | NL   | 19,018  | 20,016  |
| 12  | Croația    | HR   | 9,478   | 9,605   | 28  | Norvegia       | NO   | 19,125  | 22,820  |
| 13  | Portugalia | PT   | 11,674  | 13,566  | 29  | Austria        | AT   | 19,344  | 21,509  |
| 14  | Slovenia   | SI   | 13,299  | 15,273  | 30  | Marea Britanie | UK   | 20,047  | 14,779  |
| 15  | Spania     | ES   | 13,940  | 17,858  | 31  | Irlanda        | IE   | 20,583  | 18,950  |
| 16  | Malta      | MT   | 15,108  | 14,576  | 32  | Luxemburg      | LU   | 32,794  | 28,621  |

Sursa: Eurostat.

<sup>2</sup> <http://ec.europa.eu/eurostat/web/household-budget-surveys/database>

Grafic 1. Reprezentarea țărilor europene în funcție de consumul mediu respectiv



### TENDINȚE DE CONSUM ÎN STATELE EUROPENE

Datele Eurostat oferă o imagine de ansamblu a anilor 2005 și 2010, privind disparitățile de consum existente în 31 de țări europene. Referitor la consumul mediu, ierarhiile din 2005 și 2010 ale statelor UE sunt foarte asemănătoare (valoarea corelației Spearman, dintre rangurile atribuite țărilor în cele două perioade, este ridicată ( $\tau = 0,885$ ). Acest lucru confirmă indirect o stabilitate a statelor UE dacă vom lua în considerare consumul mediu pe locuitor.

Atât în 2005, cât și în anul 2010, România se situează pe ultimul loc în privința consumului mediu pe locuitor. Consumul mediu în România este extrem de scăzut și a reprezentat în anul 2005 numai 19% din media europeană, crescând în 2010 la 34%.

Cu câteva excepții, consumul mediu în statele Uniunii Europene a crescut. Această evoluție confirmă indirect o relativă îmbunătățire a nivelului de trai în țările respective.

Tendința generală de creștere a consumului mediu în Europa este bine aproximată de o ecuație liniară de evoluție (eroare de numai 10%), aspect ce permite o facilă interpretare a rezultatelor. Valoarea corelației dintre consumurile medii ale anilor 2005 și 2010 este deosebit de ridicată ( $\rho = 0,946$ ). Remarcăm încă o dată puternica stabilitate din domeniul consumului statelor UE.

Fluctuația consumurilor din țările europene s-a diminuat de-a lungul timpului (coeficientul de variație scade de la 0,505 în anul 2005 la 0,424 în 2010). Acest lucru atestă o tendință de convergență a statelor UE din punctul de vedere al consumului populației. Asistăm, așadar, la o eliminare treptată în timp, în domeniul consumului, a disparităților dintre statele membre UE.

Apelând la datele despre consum am divizat statele europene în două grupuri, clasa *GI* ce cuprinde țări cu un consum relativ scăzut, respectiv grupul țărilor *GS* ce au un consum mediu pe locuitor ridicat (Graficul 1). Astfel, cu datele din anul 2010 s-au obținut următoarele două clase: *GI* = {România, Macedonia, Bulgaria, Estonia, Letonia, Turcia, Slovacia, Cehia, Ungaria, Lituania, Polonia, Croația}, respectiv *GS* = {Portugalia, Malta, Marea Britanie, Slovenia, Grecia, Suedia, Spania, Italia, Franța, Finlanda, Irlanda, Danemarca, Germania, Olanda, Belgia, Austria, Norvegia, Cipru, Luxemburg}.

Menționăm faptul că și în anul 2005 grupurile *GI* și *GS* cuprind aceleași state europene. Această situație sugerează păstrarea în anul 2010 a unor raporturi structurale de consum prezente și în etapa anterioară.

Fenomenul de convergență în timp se manifestă și la nivelul grupurilor de state *GI* și *GS* ce sunt caracterizate printr-un consum relativ mic, respectiv ridicat. Evidențiem în acest mod o menținere în Europa a două grupări de state, *GI* și *GS*, ce au „viteze” diferite de dezvoltare. Într-un asemenea context vor trebui aplicate politici distincte de dezvoltare durabilă ce se vor adapta celor două clase *GI* și *GS*.

### RATA DE CREȘTERE A CONSUMULUI MEDIU

În cele ce urmează vom analiza rata de creștere a consumului mediu în țările europene enumerate în Tabelul 1.

Considerând  $a_1$  drept consumul mediu al anului 2010 iar  $a_0$  consumul mediu din anul anterior (2009), definim rata de creștere anuală  $r$ , la nivelul anului 2010, prin următoarea expresie implicită

$$a_1 = a_0 (1 + r)$$

Remarcăm faptul că, în mod obișnuit, rata de creștere anuală  $r$  variază în funcție de anul de referință.

Dacă  $r > 0$  avem o creștere a consumului în 2010 față de anul anterior, pentru  $r = 0$  consumul din 2010 este același cu cel din 2009, iar pentru  $r < 0$  consumul scade în anul 2010 comparativ cu anul 2009.

În Tabelul 3 sunt calculate ratele de creștere  $r$  ale consumului mediu la nivelul anului 2010.

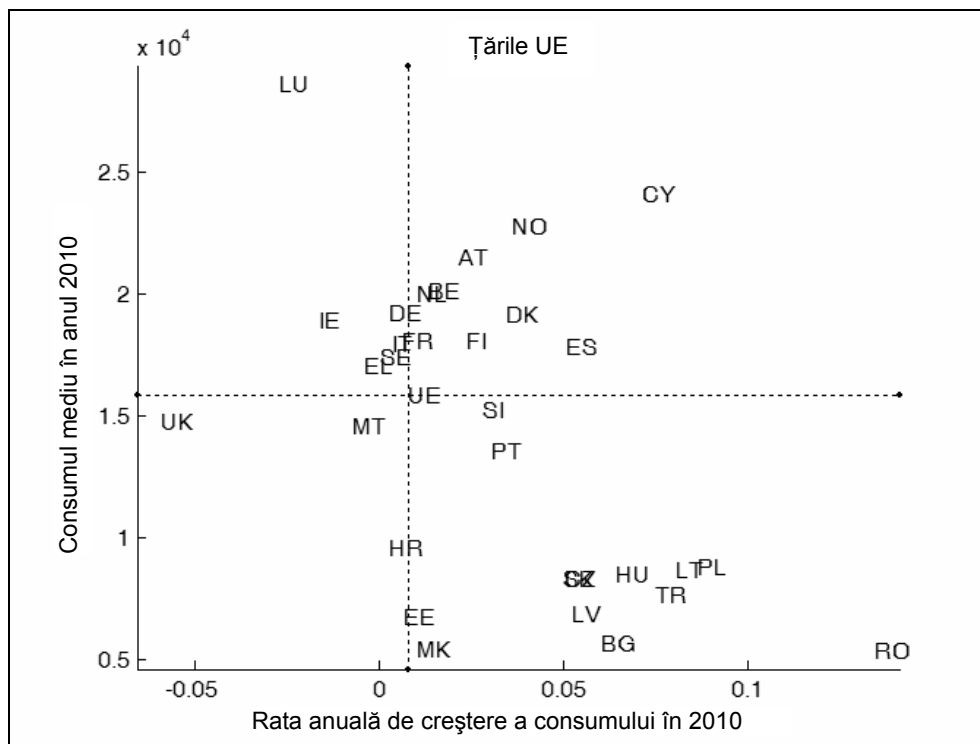
*Tabelul 2*  
Rata de creștere  $r$  a consumului mediu în anul 2010

| Nr. | Țara       | Abv. | Rata de creștere $r$ | Nr. | Țara           | Abv. | Rata de creștere $r$ |
|-----|------------|------|----------------------|-----|----------------|------|----------------------|
| 1   | România    | RO   | 0,1344               | 17  | UE27           | UE   | 0,0078               |
| 2   | Bulgaria   | BG   | 0,0602               | 18  | Finlanda       | FI   | 0,0239               |
| 3   | Macedonia  | MK   | 0,0103               | 19  | Danemarca      | DK   | 0,0346               |
| 4   | Letonia    | LV   | 0,0524               | 20  | Cipru          | CY   | 0,0712               |
| 5   | Turcia     | TR   | 0,0751               | 21  | Grecia         | EL   | -0,0041              |
| 6   | Polonia    | PL   | 0,0863               | 22  | Suedia         | SE   | 0,0003               |
| 7   | Lituania   | LT   | 0,0803               | 23  | Franța         | FR   | 0,0063               |
| 8   | Ungaria    | HU   | 0,0640               | 24  | Italia         | IT   | 0,0037               |
| 9   | Slovacia   | SK   | 0,0499               | 25  | Belgia         | BE   | 0,0135               |
| 10  | Cehia      | CZ   | 0,0502               | 26  | Germania       | DE   | 0,0030               |
| 11  | Estonia    | EE   | 0,0068               | 27  | Olanda         | NL   | 0,0103               |
| 12  | Croația    | HR   | 0,0027               | 28  | Norvegia       | NO   | 0,0360               |
| 13  | Portugalia | PT   | 0,0305               | 29  | Austria        | AT   | 0,0214               |
| 14  | Slovenia   | SI   | 0,0281               | 30  | Marea Britanie | UK   | -0,0592              |
| 15  | Spania     | ES   | 0,0508               | 31  | Irlanda        | IE   | -0,0164              |
| 16  | Malta      | MT   | -0,0071              | 32  | Luxemburg      | LU   | -0,0269              |

Comparativ cu toate celelalte țări europene, în anul 2010, România prezintă o rată anuală de creștere a consumului mediu simțitor mai mare. Acest fapt sugerează potențialul deosebit al României în a mări într-un termen scurt consumul său mediu, depășind ușor țări europene ce au o rată de creștere cu mult mai mică.

În Graficul 2 sunt reprezentate grafic țările europene în raport cu rata lor anuală  $r$  de creștere din anul 2010 (Tabelul 2) precum și consumul lor mediu la nivelul anului 2010. Entitatea UE va fi socotită drept punct de referință.

Grafic 2. Rata anuală de creștere a consumului și consumul mediu din 2010



Analiza reprezentării grafice din graficul 2 aduce mai multe precizări:

- România are cea mai mare rată de creștere  $r$ , cu mult superioară celorlalte țări europene. Pare puțin probabil ca România să-și mențină nivelul actual al acestei rate de creștere pe termen lung. În cazul României nu dispunem de date suficiente Eurostat în vederea stabilirii unei tendințe medii privind rata sa  $r$  de creștere;

- cea mai mică rată  $r$  de creștere, pronunțat negativă, aparține Marii Britanii. Valorile foarte negative ale ratei de creștere duc inevitabil la un declin rapid al consumului mediu. Tendința anului 2010, de descreștere a consumului mediu, constituie însă un „accident” pentru Marea Britanie. Date suplimentare Eurostat din anii 1988, 1994 și 1999 confirmă această opinie;

- rata de creștere  $r$  nu este neapărat mai redusă pentru țările ce au un consum mediu ridicat. Astfel, Cipru și eventual Spania, Danemarca sau Norvegia au rate de creștere mari, consumul mediu al acestor state situându-se totodată peste media europeană dată de variabila UE. Infirmăm astfel o teorie a „convergenței” țărilor din UE ce stipulează faptul că statele ce au un consum mediu mare compensează adesea acest fapt printr-o rată de creștere relativ redusă;

- un consum mediu scăzut, sub media europeană, pare a impulsiona o rată de creștere ridicată. Este cazul României, Poloniei sau Lituaniei. Totuși această ipoteză nu este susținută de Marea Britanie sau Malta;

- stabilirea unei dependențe funcționale între rata de creștere anuală și consumul mediu respectiv pare dificil de acceptat. Graficul 2 infirmă un asemenea demers.

Am analizat consumul mediu pe adult echivalent în 31 de țări europene. Consumul mediu a fost exprimat în unități PPS (puterea standard de cumpărare). Atât în anul 2005, cât și în 2010, România se situează pe ultimul loc privind media cheltuielilor de consum pe adult echivalent, în timp ce Luxemburgul ocupă prima poziție în privința consumului mediu.

În raport cu mărimea consumului mediu există două grupări distincte de state europene, anume:  $GI$  (consum inferior),  $GS$  (consum superior).  $GI = \{\text{România, Macedonia, Bulgaria, Estonia, Letonia, Turcia, Slovacia, Cehia, Ungaria, Lituania, Polonia, Croația}\}$ ;  $GS = \{\text{Portugalia, Malta, Marea Britanie, Slovenia, Grecia, Suedia, Spania, Italia, Franța, Finlanda, Irlanda, Danemarca, Germania, Olanda, Belgia, Austria, Norvegia, Cipru, Luxemburg}\}$ .

Atât în 2005, cât și în anul 2010, grupurile  $GI$  și  $GS$  cuprind aceleași state. Acest fapt sugerează păstrarea în anul 2010 a unor raporturi structurale de consum prezente și în etapa anterioară.

Media europeană a consumului a crescut în timp. În schimb, abaterea standard a fluctuațiilor țărilor analizate a scăzut, fapt ce relevă o tendință de convergență de tip sigma a acestor țări, în problematica consumurilor medii. Acest ultim aspect este confirmat și de descreșterea coeficientului de variație în perioada 2005–2010 ce a fost studiată.

Fenomenul de convergență în timp se manifestă și la nivelul grupurilor de state  $GI$  și  $GS$ , țări ce se remarcă atât prin valori foarte diferite ale

consumului mediu cât și prin nivelul lor distinct de dezvoltare. Mai mult, în anul 2010 intensitatea procesului de convergență, ce a fost cuantificată de coeficientul de variație, este foarte asemănătoare pentru cele două grupuri de țări.

Cu unele excepții, asistăm la o creștere în timp a consumului mediu pentru majoritatea țărilor europene. Tendința generală de creștere este bine aproximată de o ecuație de regresie liniară ( $err = 0,10576$ ). Modelele bazate pe clasificări ierarhice sunt robuste, deoarece utilizează ranguri ale obiectelor și nu evaluări cantitative ale consumului. În acest context au fost obținute ierarhiile țărilor europene în funcție de consumul lor mediu din anii 2005 și 2010. Cele două ierarhii nu se identifică, dar sunt destul de apropiate, valoarea coeficientului de corelație Spearman fiind mare,  $\tau = 0,8853$ . Acest fapt sugerează un grad ridicat de stabilitate în timp a raporturilor dintre țările europene privitoare la consum.

România se situează pe ultimul loc atât în ierarhia stabilită în anul 2005, cât și în cea din 2010.

Clasele *GIE* și *GSE* cuprind țări ale căror poziție într-o anumită clasificare este mai mare, respectiv mai mică decât poziția entității UE. Cu numai două excepții, Spania și Marea Britanie, grupurile *GIE* și *GSE* nu variază în raport cu perioada realizării ierarhizării. Așadar, din punctul de vedere al consumului se manifestă în timp o stabilitate a componenței claselor *GIE* și *GSE*.

Mai mult, noile categorii *GIE*, *GSE* coincid în mare măsură cu vechile grupuri *GI*, *GS* ce sunt evidențiate în Graficul 2. Vechea clasificare *GI*–*GS* era impusă indirect de volumul consumului, scăzut sau ridicat.

Verificarea convergenței țărilor UE nu se poate realiza prin utilizarea modelelor bazate pe construirea de ierarhii. În schimb o asemenea abordare robustă are posibilitatea de a evidenția menținerea unei stabilități structurale între țările UE.

Este inadecvată ipoteza unei dependențe funcționale stricte între rata de creștere anuală și consumul mediu respectiv. Menționăm și alți factori ce sprijină afirmația anterioară: mărimea ratei de creștere dintr-o țară este adesea strâns influențată de unele măsuri economice concrete; păstrarea unei rate pozitive de creștere, cu valori ridicate pe o perioadă mai lungă, poate conduce la mărimi apreciabile ale consumului mediu, fapt ce contrazice ideea de convergență.

### Bibliografie

- Brockwell, Peter J., and Richard A. Davis. 2002. *Introduction to time series and forecasting* (Second edition). New York: Springer.
- Everitt, Brian S., Sabine Landau, Morven Leese and Daniel Stahl. 2011. *Cluster Analysis* (5th Edition). New York: John Wiley and Sons.
- Kakwani, Nanak Chand. 1980. *Income inequality and poverty: methods of estimation and policy applications*. New York: Oxford University Press.
- Lewis-Beck, Michael S. 1980. *Applied regression – An introduction*. Series: Quantitative Applications in the Social Sciences, vol. 22. California: Sage Publications.
- Mihăilescu, Adina. 2012. *Coșul de consum al populației din România*. București: Editura Expert.
- Monfort, Philippe. 2008. *Convergence of EU regions – Measures and evolution*. Working Papers, Regional Policy, no. 1. European Union. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.593.7351&rep=rep1&type=pdf>
- Montgomery, Douglas C., Cheryl L. Jennings, and Murat Kulahci. 2015. *Introduction to time series analysis and forecasting* (second edition). New York: John Wiley & Sons.
- Peña, Daniel, George C. Tiao, and Ruey S. Tsay (eds.). 2001. *A course in time series analysis*. New York: John Wiley & Sons.
- Ravallion, Martin. 2012. “Why don’t we see poverty convergence?” *American Economic Review*, 102 (1): 504–523. DOI: 10.1257/aer.102.1.504

# **INEGALITĂȚILE DE VENITURI**

IONUȚ-MARIAN ANGHEL  
ELENA TUDOR

## **CUM ARATĂ INEGALITĂȚILE DE VENITURI DIN ROMÂNIA ÎN COMPARAȚIE CU CELELALTE ȚĂRI ALE UNIUNII EUROPENE?**

Creșterea inegalităților în România este rezultatul schimbărilor macrostructurale survenite în perioada tranziției, deși tranziția în sine nu poate fi, așa cum vom arăta, principalul vinovat pentru creșterea inegalităților. La aproape un sfert de secol de la căderea regimurilor comuniste, inegalitățile de venit au crescut fără excepție în toate țările foste socialiste, cea mai mare parte dintre acestea devenind în prezent membre ale Uniunii Europene. Dacă în 1989, media indicelui Gini pentru cele 12 țări care au aderat în valurile din 2004 și 2007 era de 22 (Bandelj și Mahutga 2010), în 2014, aceasta a crescut la 31. În interiorul acestui grup regăsim diferențe semnificative ale inegalităților de venit. Dacă în unele state precum Cehia și Slovenia, nivelul inegalităților a rămas constant mai scăzut de-a lungul tranziției, având un indice Gini apropiat țărilor scandinave, recunoscute pentru distribuția echitabilă a veniturilor, alte state precum România, Bulgaria și statele baltice au experimentat o explozie a inegalităților, cu valori ale indicelui Gini mai apropiate de statele anglo-saxone. România este printre cele mai inegalitare societăți dintre statele membre ale UE, cu un indice Gini de 37,4 în 2015 (vezi Tabelul 1), apropiat Bulgariei (37), dar cu mult peste media UE, de 31. În perioada 2007–2011, perioadă care a inclus și criza economică, România a experimentat cea mai mare scădere a coeficientului Gini (de la 38,3 în 2007 la 33,5 în 2011), dar nu datorită politicilor redistributive. Dimpotrivă, în această perioadă am asistat la o reformă amplă a sistemului de asistență socială, prin care beneficii categoriale au fost transformate în unele bazate pe testarea mijloacelor, cuplată cu o întărire a capacității instituționale spre o

mai bună țintire a beneficiilor către populația cu riscul cel mai mare de sărăcie (Pop 2013). Se poate aprecia că scăderea s-a datorat mai degrabă tăierilor salariale din sectorul public și contracției profiturilor asigurate de piața imobiliară (Domnișoru 2014). Odată ce economia a revenit la creștere economică, indicele Gini a urcat din nou până la 37,4 în 2015, situându-se pe penultima poziție în UE, înaintea Lituaniei.

*Tabelul 1*

Valoarea indexului Gini în perioada 2007–2015

|          | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| UE27     | 30,6 | 30,9 | 30,5 | 30,5 | 30,8 | 30,4 | 30,5 | 30,9 | 31,0 |
| România  | 38,3 | 36,0 | 34,5 | 33,5 | 33,5 | 34   | 34,6 | 35   | 37,4 |
| Bulgaria | 35,3 | 35,9 | 33,4 | 33,2 | 35,0 | 33,6 | 35,4 | 35,4 | 37,0 |
| Cehia    | 25,3 | 24,7 | 25,1 | 24,9 | 25,2 | 24,9 | 24,6 | 25,1 | 25,0 |
| Slovenia | 23,2 | 23,4 | 22,7 | 23,8 | 23,8 | 23,7 | 24,4 | 25,0 | 24,5 |
| Polonia  | 32,2 | 32,0 | 31,4 | 31,1 | 31,1 | 30,9 | 30,7 | 30,8 | 30,6 |
| Ungaria  | 25,6 | 25,2 | 24,7 | 24,1 | 26,9 | 27,2 | 28,3 | 28,6 | 28,2 |

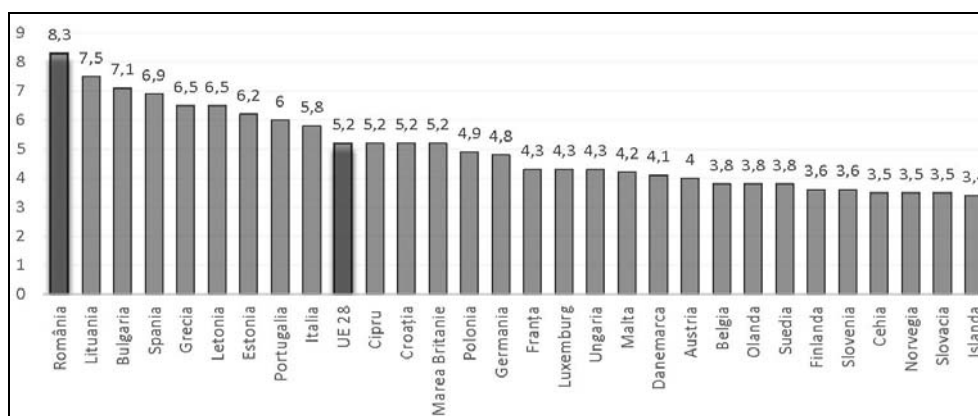
Sursa: Eurostat 2015.

Avem o imagine și mai pesimistă dacă ne uităm la distribuția veniturilor pe quintile. Peste 40% dintre veniturile la nivel național sunt deținute de către quintila 5. Raportul dintre quintila superioară și cea inferioară (S80/S20) în 2015 este de 8,3, înregistrând cea mai mare valoare la nivelul UE (vezi Tabelul 3 din Anexă sau Figura 1 mai jos). Apropiate de această valoare mai sunt Lituania (7,3) și Bulgaria cu un raport de 7,1. Alte țări din Centrul și Sud-Estul Europei ocupă o poziție mai bună, Ungaria având un raport de 4,3, în timp ce în Polonia raportul este de 4,9, departe de performanțele unor țări precum Cehia (3,5) și Slovenia (3,6). Astfel, după un singur deceniu (2004–2014), 20% dintre români dețineau aceeași pondere din venitul național ca omologii lor din Spania, Italia sau Portugalia, țări tradițional inegalitare.

Creșterea inegalităților este reflectată în primul rând de diferențele între munca salarială și veniturile celor din categoriile agricultură de subzistență, economie informală și lucrători familiari neremunerați. Peste 90% dintre cele aproape 2 milioane de persoane ocupate în agricultură sunt încadrate de fapt în categoria lucrătorilor familiari neremunerați și a agriculturii de subzistență, având venituri mici și fluctuante (vezi Grafic 4 din Anexă). Contravaloarea consumului de produse agricole din propria gospodărie reprezintă o pondere importantă pentru prima decilă a veniturilor (43%) și

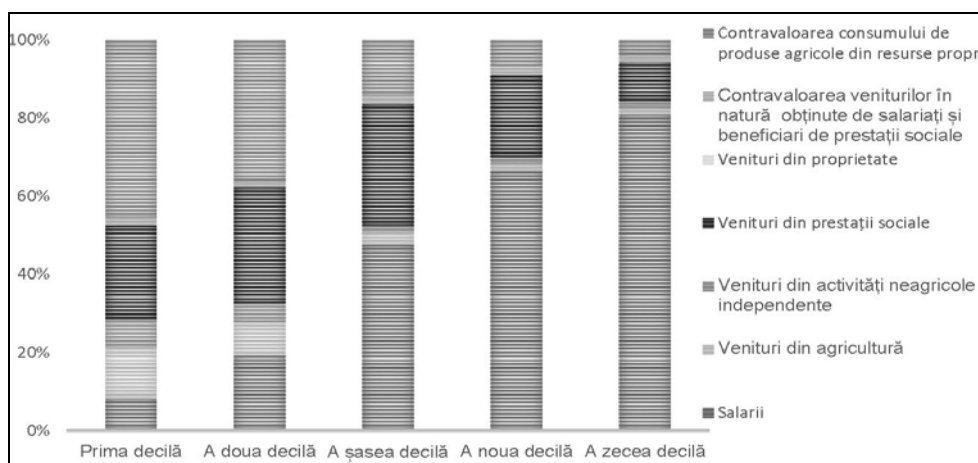
scade treptat până la 4% în cazul ultimei decile. În schimb, ponderea salariilor pentru prima decilă este de 8%, în timp ce în cazul ultimei decile ajunge la 80% (vezi Grafic 2). Chiar și în aceste condiții, ce fac din cazul României unul particular la nivelul UE, veniturile calculate pe baza auto-consumului scad valoarea indicelui Gini cu cel puțin 4 puncte procentuale (ICCV 2010, 34).

Grafic 1. Raportul dintre quintila superioară și cea inferioară la nivelul anului 2015



Sursa: Eurostat 2015.

Grafic 2. Structura veniturilor gospodăriilor, pe decile (2014)



Sursa: Anuarul Statistic al României 2015.

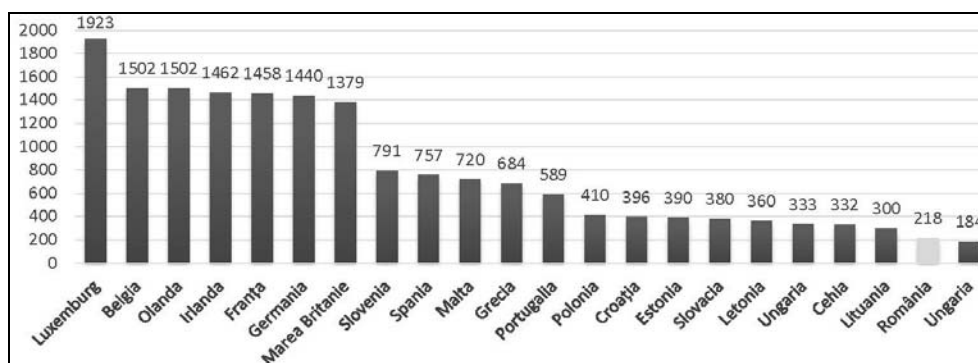
Mai mult, recenta criză economică a adus în prim plan dezechilibrele bugetare ale României, concretizate printr-o creștere a deficitului bugetar,

dar mai ales a deficitului de cont curent, finanțat de-a lungul anilor 2000 prin intermediul investițiilor străine directe și remitențelor (Stănescu 2014). Pentru a-și menține competitivitatea în fața investițiilor străine directe, guvernul României a luat măsuri de subordonare a muncii salariale, alegând să modifice Codul Muncii în 2011 și a introdus Legea Dialogului Social, prin care s-a slăbit puterea de negociere a sindicatelor, s-a eliminat contractul colectiv de muncă la nivel național și s-au descentralizat procesele de negociere colectivă de la nivel național și de ramură, la nivel de sector și companie (Guga 2014). Ne putem aștepta ca diferențele salariale să crească și în interiorul aceleiași ramuri de activitate.

### INEGALITĂȚILE DE VENITURI ÎN FUNCȚIE DE STATUTUL PROFESIONAL AL POPULAȚIEI OCUPATE

Statutul de economie dependentă de investițiile străine directe s-a reflectat de cele mai multe ori în menținerea unui salariu minim pe economie redus, pentru ca România să rămână atractivă în fața investitorilor străini. După cum arată și ciferele de la Eurostat, salariul minim din România, exprimat în euro este printre cele mai mici din UE, fiind devansat doar de Bulgaria (vezi Figura 3). Corolar, chiar și în perioada de criză economică, statul a lăsat practic netaxate profiturile și a mutat povara pe umerii salariaților și consumatorilor. Ponderea în PIB a diferitelor tipuri de impozite indică clar diferența uriașă dintre cele două tipuri de surse bugetare (vezi Grafic 5 din Anexă).

Grafic 3. Salariul minim pe economie exprimat în euro (2015)



Sursa: Eurostat 2015.

Dacă peste jumătate din salariații din România câștigă între aproape 220 și 440 de euro brut, mai puțin de 10% dintre angajați au un salariu brut de peste 1000 de euro (Institutul Național de Statistică 2016, 189) (vezi Grafic 7 din Anexă). Flexibilizarea codului muncii în favoarea patronatului și disoluția puterii sindicatelor riscă să arunce angajații cu forme contractuale temporare sau cu jumătate de normă într-o stare de precaritate socială și o scădere masivă a standardului de viață. Conform datelor Eurostat, România are cea mai mare pondere a persoanelor ocupate cu program parțial de muncă în risc de sărăcie (59%), de trei ori și jumătate mai mare față de media celor 10 state care au aderat în valul din 2004 (17,3%). Totodată, rata riscului de sărăcie a salariaților angajați pe o perioadă determinată de timp este de 12,1% în România, sub media UE28 (15,6%) și a UE10 (17,4%) și având o pondere de cel puțin două ori mai mică decât alte state din Centrul și Sud Estul Europei, precum Ungaria (32%) și Bulgaria (24,7%) (vezi Tabelul 4 din Anexă). Totuși, acest indicator este mai puțin relevant pentru România în contextul comparării sale cu celelalte state din UE, deoarece ponderea salariaților pe perioadă determinată în România ajungea la 1% în 2015. Datorită structurii atipice a ocupării din România, cu mai bine de 2 milioane dintre persoane ocupate lucrând fie ca zilieri, fie în agricultura de subzistență și ca lucrători familiali neremunerați (ultimele două categorii reprezentând 90% din persoanele ocupate în agricultură), statistica UE subraportează ponderea lucrătorilor pe perioade determinate de timp, din moment ce orice formă de ocupare nereglementată de un contract de muncă este, prin natura sa, temporară (Domnișoru 2014, 25).

Datele Băncii Mondiale (World Bank 2015, 51) arată cu privire la procentul categoriei de „persoane active vulnerabile” din totalul angajaților pentru perioada 2009 și 2013 că România se situează pe una dintre ultimele poziții între țările europene cu un procent de 31% – același ca pentru Moldova. Procentul poate fi explicat prin numărul ridicat de persoane din rural care lucrează în agricultură, dar este și un indicator pentru situația precară a unei părți semnificative din populația activă cu privire la posibilitatea integrării pe piața de lucru formală, protecția socială asigurată de aceasta și incapacitatea de a economisi venituri pentru a face față potențialelor situații financiare dificile (World Bank 2015, 55). În timp ce Bulgaria și Ungaria, state foste comuniste, înregistrează pentru aceeași perioadă 8%, respectiv 6%,

Polonia se situează aproape de medie, cu un procent al angajaților vulnerabili din totalul angajaților de 18%.

Dinamica sectorului informal este unul dintre factorii care influențează ponderea categoriilor vulnerabile de angajați: după o reducere a acestuia între 2000 și 2008, în România a cunoscut ulterior o creștere continuă până în 2014 (Davidescu și alții 2015), creștere care poate fi datorată în parte crizei economice. Katalin (2015) atrage atenția asupra faptului că politicile direcționate către acest sector trebuie să aibă în vedere faptul că el cuprinde atât pe cei care își propun evitarea taxării, cât și pe cei care folosesc angajarea în sectorul informal ca strategie pentru subzistență.

Un alt indicator relevant pentru nivelul inegalității sociale se referă la diferențele între angajații care lucrează în sistemul public și cei care lucrează în sistemul privat. Datele sondajului *Structure of earning survey* (SES) realizat de Eurostat arată că diferența cu privire la salarii dintre cele două sectoare a scăzut considerabil în cazul României între anii 2006 și 2010 (de Castro Francisco și alții 2013, 7). Cu toate acestea, reducerea diferențelor se poate pune pe seama scăderilor salariale din sectorul administrativ public, nedând seama neapărat de o reducere a inegalităților la nivel național între cele două categorii. Același studiu arată că România se află printre puținele state cu salarii mai ridicate în sectorul public decât în cel privat (de Castro Francisco și alții 2013, 17).

Cifrele oferite de raportul *Quality Report on Structure of Earnings Survey 2010* (National Institute of Statistics 2010) asupra veniturilor salariale brute anuale câștigate de salariați pe sectoare economice, arată că în 2010 cele mai prost plătite ocupații sunt în domeniile hoteluri și restaurante, agricultură și manufactură, cărora le urmează activitățile din construcții și comerț. O valoare mai ridicată a veniturilor o au salariații care lucrează în imobiliare, sănătate și asistență socială, educație și administrație publică. Pe următoarea treaptă se situează industria extractivă, care se distanțează semnificativ față de grupa anterioară și este urmată de sectorul financiar și bancar, sectorul cu cele mai mari venituri brute înregistrate (Eurostat, SES). Această ierarhie a veniturilor în funcție de diferite activități economice se menține aproximativ aceeași pentru perioada 2008–2015 (vezi Tabelul 2 și Grafic 6). Pentru toate categoriile specificate, veniturile câștigate de salariați se află în creștere de-a lungul timpului, dar în vreme ce aceasta este aproape dublă

pentru toate domeniile între anii 2002 și 2006 (Eurostat, SES), o creștere semnificativă între anii 2006 și 2010 se înregistrează numai pentru ultimele două sectoare de activitate, respectiv industria extractivă și activitățile financiare și bancare (Eurostat, SES).

Tabelul 2

Ponderea salariilor pe activități din salariul mediu net lunar între 2008–2015

|                                                                         | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|-------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Salariul nominal mediu net lunar                                        | 1309 | 1361 | 1391 | 1444 | 1507 | 1579 | 1697 | 1859 |
| Agricultură, silvicultură și pescuit                                    | 0,70 | 0,74 | 0,74 | 0,72 | 0,73 | 0,75 | 0,75 | 0,74 |
| Industria extractivă                                                    | 1,75 | 1,73 | 1,75 | 1,78 | 1,85 | 1,86 | 1,92 | 1,86 |
| Industria prelucrătoare                                                 | 0,80 | 0,84 | 0,89 | 0,92 | 0,92 | 0,93 | 0,93 | 0,92 |
| Energie electrică și termică, gaze, apă caldă                           | 1,83 | 1,89 | 1,92 | 1,93 | 1,93 | 1,85 | 1,82 | 1,66 |
| Distribuția apei, salubritate, deșeuri, decontaminare                   | 0,88 | 0,91 | 0,90 | 0,92 | 0,92 | 0,90 | 0,89 | 0,85 |
| Construcții                                                             | 0,89 | 0,79 | 0,81 | 0,86 | 0,79 | 0,75 | 0,73 | 0,76 |
| Comerț                                                                  | 0,80 | 0,77 | 0,84 | 0,85 | 0,87 | 0,82 | 0,83 | 0,85 |
| Transport și depozitare                                                 | 1,11 | 1,12 | 1,12 | 1,09 | 1,08 | 1,03 | 1,01 | 1,00 |
| Hoteluri și restaurante                                                 | 0,59 | 0,59 | 0,57 | 0,58 | 0,56 | 0,57 | 0,56 | 0,58 |
| Informații și comunicații                                               | 1,62 | 1,81 | 1,93 | 2,05 | 1,99 | 1,94 | 1,98 | 2,06 |
| Intermedieri financiare și asigurări                                    | 2,45 | 2,28 | 2,30 | 2,38 | 2,38 | 2,31 | 2,19 | 2,15 |
| Tranzacții imobiliare                                                   | 0,97 | 0,88 | 0,85 | 0,88 | 0,83 | 0,85 | 0,79 | 0,82 |
| Activități profesionale, științifice și tehnice                         | 1,34 | 1,37 | 1,38 | 1,43 | 1,47 | 1,49 | 1,44 | 1,48 |
| Activități de servicii administrative și de servicii suport             | 0,64 | 0,64 | 0,68 | 0,67 | 0,68 | 0,72 | 0,74 | 0,77 |
| Administrație publică și apărare, asigurări sociale din sistemul public | 1,84 | 1,59 | 1,41 | 1,32 | 1,39 | 1,53 | 1,62 | 1,56 |
| Învățământ                                                              | 1,17 | 1,17 | 0,99 | 0,91 | 0,91 | 0,97 | 1,02 | 1,01 |
| Sănătate și asistență socială                                           | 0,97 | 0,99 | 0,88 | 0,84 | 0,87 | 0,92 | 0,88 | 0,89 |
| Activități de spectacole, culturale și recreative                       | 0,91 | 0,92 | 0,79 | 0,75 | 0,76 | 0,77 | 0,74 | 0,75 |

Sursa: INS, TEMPO.

Este important de precizat că estimările inegalității de venituri reflectă un nivel mai scăzut al acesteia față de realitate: printre problemele metodologice ridicate de obținerea acestor date se numără faptul că cei cu venituri ridicate nu sunt suficient reprezentați în studiile realizate (de exemplu, sub-reprezentarea celor cu venituri ridicate în Ancheta Bugetelor de Familie), iar

măsurarea este afectată de subdeclararea veniturilor de către respondenți (Domnișoru 2014). De aici, derivă o parte dintre diferențele înregistrate de studii cu privire la agricultura de subzistență, la salariați, la cei din sectorul informal și la cei care practică evaziunea fiscală (Domnișoru 2014, 16).

## DIRECȚII DE DEZVOLTARE

O primă direcție de dezvoltare ar trebui să o constituie creșterea ocupării salariate în sectorul agricol. Așa cum am arătat, numărul celor care au venituri foarte reduse și instabile în categoria celor ocupați în agricultură rămâne foarte ridicat de-a lungul timpului. Deoarece măsurile de încercare de convertire a celor din rural către slujbe din urban sau către alte activități în afara sectorului agricol nu au avut succes, recomandăm mai degrabă redirecționarea politicilor către creșterea nivelului de salarizare în interiorul sectorului.

O a doua direcție importantă de dezvoltare ar trebui să fie scăderea inegalităților. Politicile de reducere a inegalităților ar trebui să vizeze inegalitățile existente între diferite sectoare de activitate – datele indică menținerea aceluiași distanțe între veniturile salariale pe care le câștigă cei ocupați în domenii specifice de activitate pe termen lung (perioada de referință pentru textul de față este dată de datele INS disponibile pentru 2008–2015). În acest sens, propunem taxarea progresivă a veniturilor mari din sectoarele financiar, telecomunicații, energie și industria extractivă, administrației publice și apărare. O astfel de măsură nu ar descuraja investițiile deoarece ar afecta angajații din ramurile de activitate care deja dețin monopolul sau controlul asupra resurselor, iar salariile primite nu sunt rezultatul mecanismelor pieței.

## CONCLUZII

Creșterea inegalităților sociale în perioada postcomunistă se datorează în principal transformărilor macrostructurale la nivelul economiei românești dar și unor decizii politice luate în acest timp. În primul rând, statutul României de economie dependentă a conturat politica salarială în toți acești

ani. Pentru a se menține atractivă în fața investitorilor străini, România a propus un salariu minim pe economie aproape imbatabil în toată regiunea. Mai mult de jumătate dintre salariații României câștigau în 2013 sub salariul mediu pe economie, în timp ce ponderea celor care câștigau peste 1000 de euro brut era de sub 10%. După valurile de restructurări economice din anii 1990, indicele Gini a rămas constant la începutul anilor 2000, în jurul valorii de 30, dar a crescut vertiginos după 2004, odată cu introducerea cotei unice de impozitare de 16%, cauzând un al doilea val de inegalități economice după cel din anii '90. Uitându-ne la performanța altor state aflate în tranziție de a reduce inegalitățile economice, observăm, de exemplu, că Cehia și Slovenia au reușit să mențină indicele Gini aproape de valoarea sa din 1989 dar totodată aproape și de valorile statelor scandinave, demonstrând că post-comunismul nu condamnă statele în mod obligatoriu la inegalități. Corolar cu prima concluzie, un ultim aspect ce trebuie menționat este „șubrezirea” agendei sociale ale guvernelor în fața capitalului multinațional: România a devenit de-a lungul anilor 2000 o economie dependentă de investițiile străine directe. Dacă ponderea acestora în PIB la începutul anilor 2000 era de 10%, la finele deceniului, aceasta atingea 42% din PIB, fiind o sursă importantă pentru re tehnologizarea întreprinderilor în vederea creșterii exporturilor dar și pentru finanțarea deficitului de cont curent. Astfel, pentru a menține atractivitatea economiei, soluția propusă de guvernele României a vizat mai degrabă *ținerea sub control a costului muncii și subordonarea muncii salariale în fața capitalului prin:* a) mutarea poverii fiscale dinspre capital spre muncă și consum; b) eliminarea treptată a instituțiilor cu rol intermediar între patron și angajat ce puteau presa pentru mărirea salariilor (sindicate și instituțiile de dialog social), reducând astfel costurile capitalului și c) înăsprirea accesului la ajutorul de șomaj și servicii sociale (Ban 2014; Trif 2013).

### Bibliografie

- Ban, Cornel. 2014. *Dependență și dezvoltare. Economia politică a capitalismului românesc*. Cluj-Napoca: Tact.
- Bandelj, Nina, and Matthew Mahutga. 2010. “How Socio-Economic Change Shapes Income Inequality in Post-Socialist Europe.” *Social Forces* 88 (5): 2133–2161. <https://doi.org/10.1353/sof.2010.0042>
- Davidescu, Adriana, Strat Vasile Alecsandru, and Paul Maria. 2015. “Revisiting the Size of Romanian Informal Economy Using the Gutmann Approach.” *Procedia Economics and Finance* 23: 1037-1045. DOI 10.1016/S2212-5671(15)00546-8

- de Castro, Francisco, Matteo Salto, and Hugo Steiner. 2013. *The gap between public and private wages: new evidence for the EU*. Brussels: European Commission. [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/economic\\_paper/2013/pdf/ecp508\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2013/pdf/ecp508_en.pdf)
- Domnișoru, Ciprian. 2014. *The largest drop in income inequality in the European Union during the Great Recession: Romania's puzzling case*. Geneva: International Labour Organisation.
- Guga, Ștefan. 2014. „Criza ca oportunitate: schimbarea legislației muncii și înfrângerea mișcării sindicale.” În *Epoca Traian Bănescu*, edited by Florin Poenaru and Costi Rogozeanu, 151–186. Cluj-Napoca: Tact.
- ICCV. 2010. *Raportul social al ICCV. După 20 de ani: opțiuni pentru România*. București: Institutul de Cercetare a Calității Vieții.
- Institutul Național de Statistică. 2016. *Anuarul Statistic al României. 2015*. București: Institutul Național de Statistică.
- Katalin, Gál. 2015. “The Informal Economy: Conceptual Background and Theoretical Framework.” In *Discourse as a Form of Multiculturalism in Literature and Communication*, edited by Iulian Boldea, 57–71. Tîrgu-Mureș: Arhipelag XXI Press.
- National Institute of Statistics. 2010. *Quality Report On Structure Of Earnings Survey*. Bucharest: National Institute of Statistics.
- Pop, Luana. 2013. “The Decoupling of Social Policy Reforms in Romania.” *Social Policy & Administration* 47 (2): 161–181. DOI: 10.1111/spol.12013
- Stănescu, Iulian. 2014. *Puterea politică în România. De la comunism la noul capitalism (1989–2014)*. București: Editura Pro Universitaria.
- Trif, Aurora. 2013. “Romania: collective bargaining institutions under attack.” *Transfer* 19(2): 227–237. <https://doi.org/10.1177/0959680116643207>
- World Bank. 2015. World Development Indicators. Washington DC. <https://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>

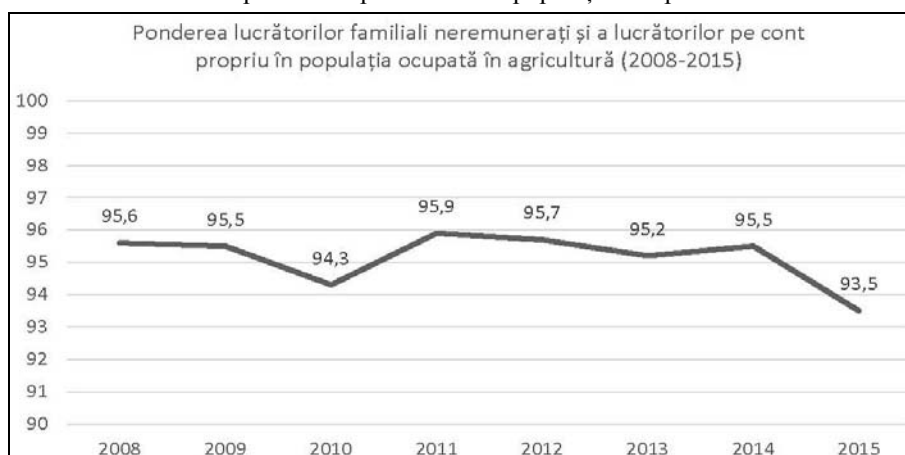
## ANEXA

*Tabelul 3*  
Raportul dintre quintila superioară și cea inferioară

|          | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| UE 28    | :    | :    | :    | 4,9  | 5    | 5    | 5    | 5,2  | 5,2  |
| Bulgaria | 7    | 6,5  | 5,9  | 5,9  | 6,5  | 6,1  | 6,6  | 6,8  | 7,1  |
| Cehia    | 3,5  | 3,4  | 3,5  | 3,5  | 3,5  | 3,5  | 3,4  | 3,5  | 3,5  |
| Polonia  | 5,3  | 5,1  | 5    | 5    | 5    | 4,9  | 4,9  | 4,9  | 4,9  |
| Ungaria  | 3,7  | 3,6  | 3,5  | 3,4  | 3,9  | 4    | 4,3  | 4,3  | 4,3  |
| România  | 8,1  | 7    | 6,5  | 6,1  | 6,2  | 6,6  | 6,8  | 7,2  | 8,3  |

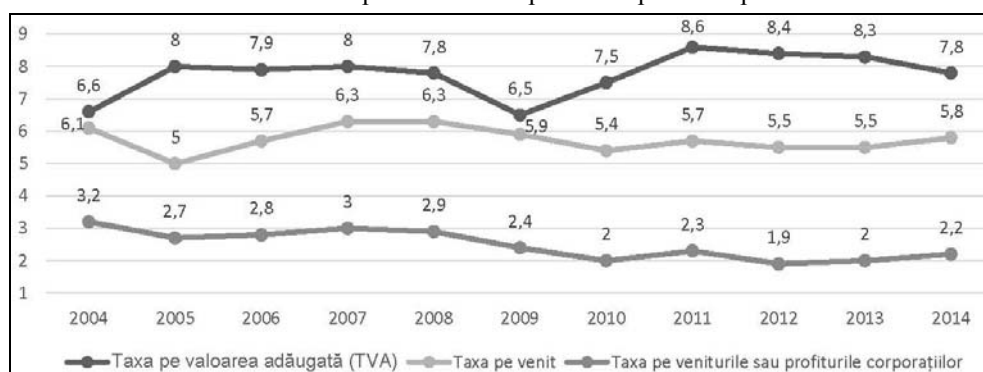
Sursa: Eurostat 2015.

Grafic 4. Populația ocupată civilă în agricultură la nivel de secțiune CAEN Rev.2, după statutul profesional al populației ocupate



Sursa: INS, TEMPO.

Grafic 5. Ponderea în timp a diferitelor tipuri de impozite ca procent din PIB



Sursa: Eurostat 2015.

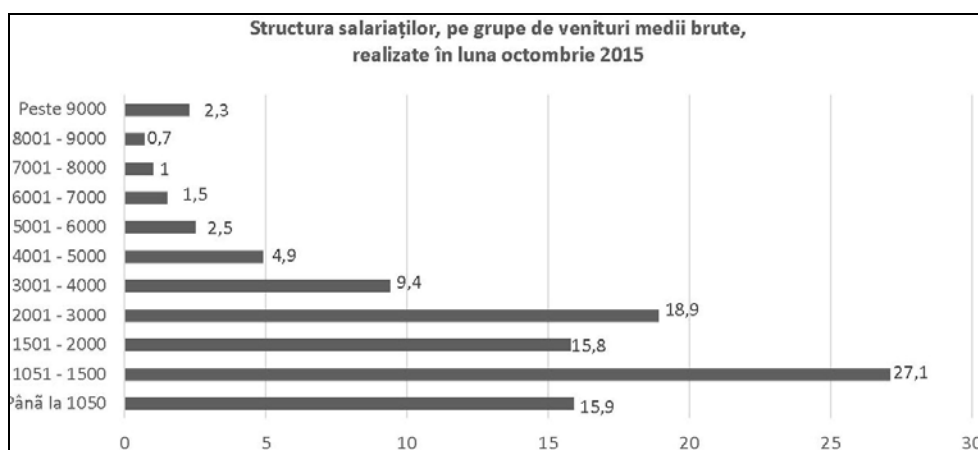
Tabelul 4

Ponderea persoanelor ocupate/salariaților în risc de sărăcie după forma ocupării și a contractului de angajare, 2015

|                                              | <b>Ponderea persoanelor ocupate cu program parțial de muncă în risc de sărăcire (%)</b> | <b>Ponderea angajaților cu contract temporar în risc de sărăcie (%)</b> | <b>Ponderea persoanelor ocupate în risc de sărăcie (%)</b> |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| România                                      | 59,4                                                                                    | 12,1                                                                    | 18,8                                                       |
| Bulgaria                                     | 30,3                                                                                    | 24,7                                                                    | 7,7                                                        |
| Ungaria                                      | 18,2                                                                                    | 32                                                                      | 9,3                                                        |
| Polonia                                      | 18,3                                                                                    | 10,8                                                                    | 11,2                                                       |
| UE28                                         | 15,3                                                                                    | 15,6                                                                    | 9,5                                                        |
| UE10 (Statele Membre care au aderat în 2004) | 17,3                                                                                    | 17,4                                                                    | 8,1                                                        |

Sursa: Eurostat 2015.

Grafic 6. Structura salariaților, pe grupe de venituri medii brute, realizate în luna octombrie 2015



Sursa: Anuarul Statistic al României 2016, 189.

# SĂRĂCIA ÎN ROMÂNIA<sup>1</sup>

MIHNEA PREOTESI

## INTRODUCERE

Între țările foste comuniste, România și Bulgaria au înregistrat un pattern diferit de dezvoltare și performanțe mai scăzute în raport cu demersul de reducere a decalajelor față de țările europene dezvoltate. Unul dintre costurile tranziției a fost creșterea ratei sărăciei. Comparația cu celelalte țări ce au experimentat tranziția postcomunistă plasează România și Bulgaria în afara peisajului Uniunii Europene în ceea ce privește magnitudinea sărăciei. Rata sărăciei în România actuală este mare și în contextul UE, dar și comparativ cu fostele țări comuniste.

Capitolul de față își propune să descrie și să analizeze profilul și magnitudinea sărăciei, trecând în revistă cauzele, factorii și mecanismele ce configurează un profil specific al sărăciei în România, în contextul țărilor UE (UE27 și UE15), precum și comparativ cu țările UE8<sup>2</sup>. De asemenea, vor fi identificate acele grupuri de populație în cea mai mare măsură vulnerabile, cele cu potențialul cel mai mare de accentuare a vulnerabilității și cele cu adresabilitatea cea mai precară din partea sistemului de protecție socială.

---

<sup>1</sup> Capitolul reprezintă o dezvoltare a materialelor ce au stat la baza redactării subsecțiunii *Sărăcia*<sup>1</sup>, elaborată în cadrul proiectului Academiei Române, *Strategia socioeconomică a României în următorii 20 de ani*, coordonator Ionel Valentin Vlad. De asemenea, capitolul preia o parte din articolul Preotesi, Mihnea. 2016. “Groups and Needs: Response of the Social Protection System in Nowadays Romania” *Revista de Cercetare și Intervenție socială* 55: 139–57.

<sup>2</sup> Grupa țărilor UE8, cuprinde țările UE foste comuniste, fără România și Bulgaria: Cehia, Estonia, Letonia, Lituania, Polonia, Slovacia, Slovenia, Ungaria.

## TRANZIȚIA ȘI COSTURILE EI SOCIALE ÎN ROMÂNIA

Restructurarea economiei a însemnat, în esență, dezindustrializarea României. Rezultatul a fost scăderea numărului de salariați, cu 2 milioane în primii 5 ani ai tranziției și cu încă 1,5 milioane, în următorii 5 ani. Aproape două treimi dintre aceștia reprezintă salariați din industrie, ramură economică ce nu a mai recuperat cele 2 milioane de salariați pierduți în acești primi 10 ani de după 1989.

O mare parte a acestor salariați s-a pensionat anticipat, cu pensii mici, erodate aproape continuu în primii 10 ani de tranziție. În această perioadă, PIB-ul a scăzut cu mai mult de o cincime. Alături de pensii, salariile, la rândul lor, s-au erodat semnificativ, iar sărăcia a explodat în primul deceniu al tranziției. O primă explozie a sărăciei a avut loc între 1991–1994. O a doua explozie a sărăciei, de o magnitudine asemănătoare, s-a manifestat între 1996–2000, an în care rata sărăciei absolute a atins un maxim de 35,9%, față de 8% în anul 1990.

*Tabelul 1*  
Indicatori economici (PPC)

|                           | 1990    | 2000  |
|---------------------------|---------|-------|
| PIB (mld. lei)            | 798     | 634   |
| Salariul minim brut (lei) | 659,1   | 207,6 |
| Salariul mediu net        | 1 114,2 | 630,6 |
| Pensia medie              | 527,9   | 276,3 |

*Sursa:* Zamfir și alții 2010.

În primii ani ai tranziției, problema sărăciei a fost, mai degrabă, ignorată de decidenții politici, sărăcia fiind considerată *un cost social inevitabil al tranziției*.

În 1998 s-a constituit, la inițiativa PNUD România, sub patronajul Președintelui țării, *Comisia de prevenire și combatere a sărăciei*, care a elaborat și adoptat *Strategia de prevenire și combatere a sărăciei*. În anul 2001 a fost înființată *Comisia Antisărăcie și Promovarea Incluziunii sociale* (CASPIIS), comisie ce a funcționat până în anul 2006. Comisiei CASPIIS i se datorează stabilirea metodologiei de calcul a sărăciei absolute, construirea unui set de indicatori naționali și județeni selectați spre a fi monitorizați, precum și elaborarea primei hărți a sărăciei la nivel local.

De asemenea, a fost elaborat *Planul Național Antisărăcie și de Promovare a Incluziunii Sociale* și planuri județene ce au preluat și adaptat obiectivele naționale nevoilor locale. Măsurile adoptate, în contextul favorabil al unei perioade de aproape un deceniu de creștere economică continuă, au dus la scăderea consistentă a ratei sărăciei în forma ei absolută.

Cu toate că în prezent situația s-a îmbunătățit în raport cu cea de la începutul anilor 2000, din perspectivă comparativă europeană, menținerea unui nivel scăzut al veniturilor primare și mult mai slabă eficiență a transferurilor sociale în reducerea sărăciei, au reprezentat premise ale menținerii unor decalaje importante privind magnitudinea și profunzimea sărăciei.

## CADRUL CONCEPTUAL ȘI METODOLOGIC

Conceptul de sărăcie este unul multiparadigmatic și multidimensional. Sărăcia poate fi abordată din mai multe perspective:

- sărăcie absolută – abordare normativă/prag minim ce asigură subzistența/traiul decent;
- sărăcie relativă – măsurată prin raportarea la un prag de sărăcie ce reprezintă 60% din mediana veniturilor pe adult echivalent;
- excluziunea socială – vizează participarea pe piața muncii.

Perspectiva statică, ce definește starea actuală de sărăcie este completată de perspectiva dinamică ce vizează vulnerabilitatea la riscul de sărăcie.

Perspectiva excluziunii sociale este una mai largă decât a sărăciei și vizează mai multe dimensiuni: educație, servicii de sănătate, locuire, piața muncii.

Estimarea sărăciei este realizată în România și în Uniunea Europeană printr-o varietate de metode. Ultima metodologie promovată de UE oferind date comparative pentru toate țările membre este *riscul de sărăcie și excluziune socială* (RSES)<sup>3</sup>. RSES este un indicator compozit, ce integrează trei indicatori:

---

<sup>3</sup> Rata riscului de sărăcie sau excluziune socială se definește ca pondere a populației care se află în cel puțin una dintre următoarele 3 situații: 1) se află în risc de sărăcie relativă, respectiv sub pragul de 60% din mediana venitului pe adult echivalent; 2) se află într-o situație de deprivare materială severă; 3) este cuprinsă într-o gospodărie cu o intensitate a muncii foarte scăzută.

deprivare materială severă, sărăcie relativă și gospodării cu intensitate scăzută a muncii. Acest indicator compozit combină cele 3 perspective asupra sărăciei: sărăcia absolută, sărăcia relativă și excluziunea socială. De asemenea, indicatorul intersectează perspectiva statică a sărăciei (starea de sărăcie) cu cea dinamică – vulnerabilitatea/riscul de sărăcie.

O abordare complementară, ce poate fi considerată adecvată în cazuri precum cel al României, în care pragul sărăciei este la un nivel scăzut față de media europeană, este cea din perspectiva așa numitei *bunăstări precare* (Precupețu și alții 2015). Cei aflați în astfel de situații, deși au venituri ce-i plasează deasupra pragului de sărăcie, experimentează situații de viață comparabile cu cei aflați în sărăcie, ce se materializează în deprivare materială severă. Nivelul veniturilor și existența deprivării materiale reprezintă cele două condiții cumulate ce definesc *bunăstarea precară*.

## SĂRĂCIA ÎN ROMÂNIA ACTUALĂ ÎN CONTEXTUL UE

Rata sărăciei în România actuală este mare și în contextul UE, dar și comparativ cu grupul de țări foste comuniste, ales pentru rafinarea analizei comparative (UE8). Diferențele cele mai mari între România și UE 15, dar, aproape în egală măsură și între România și UE8 se înregistrează în cazul anumitor indicatori, precum deprivarea materială severă și în cazul anumitor grupuri vulnerabile, precum copiii și familiile cu copii.

În altă ordine de idei, diferențe foarte mari se înregistrează relativ la anumite grupuri vulnerabile la riscul de sărăcie și excluziune socială, în cazul cărora prioritatea intervenției suportive a politicii sociale este cea mai importantă. În tabelul de mai jos sunt prezentate date privind principalii indicatori ai sărăciei – datele pentru România sunt prezentate comparativ cu media celor mai dezvoltate state din UE (UE15), precum și comparativ cu media statelor grupate sub titulatura UE8.

Din tabelul de mai jos reiese faptul că familiile cu trei copii sau mai mulți și copiii reprezintă categoriile cele mai vulnerabile. O altă categorie vulnerabilă este cea a persoanelor care trăiesc în familii monoparentale (rata sărăciei de 39,1% în anul 2015, Eurostat). Comparăția cu țările UE relevă faptul că decalajele cele mai importante privesc situația familiilor cu cel

puțin 3 copii în întreținere și vizează aspecte ce țin chiar de supraviețuirea lor biologică. Alături de copii și de familiile cu cel puțin 3 copii, tinerii reprezintă o altă categorie vulnerabilă la riscul de sărăcie.

*Tabelul 2*  
Rate de sărăcie, 2015

|         | <b>Riscul de sărăcie și excluziune socială (RSES)</b> | <b>Rata sărăciei relative</b> | <b>Deprivarea materială severă (DMS)</b> | <b>Rata sărăciei relative: copii sub 18 ani</b> | <b>Rata sărăciei relative: familii cu 3 copii și peste</b> | <b>Rata sărăciei relative: familii cu 2 adulți și 2 copii</b> |
|---------|-------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| România | 37,3%                                                 | 25,4%                         | 22,7%                                    | 38,1%                                           | 69,5%                                                      | 26,1%                                                         |
| UE15    | 23%                                                   | 17%                           | 7,2%                                     | 20,4%                                           | 24,5%                                                      | 13,5%                                                         |
| UE8     | 23,5%                                                 | 16,9%                         | 10,3%                                    | 20,8%                                           | 30,2%                                                      | 15%                                                           |

*Sursa:* Eurostat 2015.

Abordarea complementară, normativă, ce pornește de la definirea unui coș minim de bunuri și servicii, conduce la rezultate asemănătoare privind incidența și profilul sărăciei în România. În cadrul ICCV a fost elaborată o metodologie normativă de calcul a acestor coșuri minime de consum pentru diverse tipuri de gospodării (Mihăilescu 2012). O astfel de abordare relativizează costurile aferente subzistenței, respectiv, traiului decent, la structuri diferențiate ale consumului, pe mai multe tipuri de gospodării: gospodării de salariați, de pensionari, de șomeri, cu sau fără copii minori în întreținere.

Pe lângă aceste tipuri de gospodării analiza se aplică și altor categorii identificate ca având anumite vulnerabilități specifice. Un astfel de exemplu este cel al tinerilor ce nu dețin o locuință, pentru o mare parte dintre aceștia, atât costurile aferente închirierii, cât și cele ale achiziționării acesteia prin credit bancar fiind prohibitive.

Calcululele realizate conform metodologiei ICCV (Mihăilescu 2015) relevă faptul că aceste cheltuieli reprezintă peste un sfert din venitul unei familii formate din 2 salariați cu salarii medii pe economie, având doi copii în întreținere. Conform calcululelor autoarei citate, o combinație de venituri sub acest nivel sau existența unui al treilea copil, la venituri echivalente, fac imposibilă accesarea unui credit ipotecar sau plata unei chirii, la nivelul minimal al unei garsoniere.

Astfel de situații ilustrează precaritatea unei părți importante a populației ocupate, aflate peste pragul de sărăcie, dar vulnerabile la riscul de sărăcie. Un concept adecvat analizei acestei categorii este cel de „bunăstare precară”. În

România, categoria de populație aflată în bunăstare precară a fost identificată ca având fie venituri scăzute (aflate în intervalul de 60–100% din venitul median disponibil) fie venituri mai mari, dar suferind de deprivare materială severă (Precupețu și alții 2015). Deși situate deasupra pragului sărăciei, persoanele aflate în această categorie aparțin unor gospodării ce au un profil foarte asemănător gospodăriilor aflate în sărăcie. Predictorii ai sărăciei precum educația, statutul ocupational și tipul ocupației, mediul de rezidență, structura gospodăriei, ocuparea, se regăsesc și între predictorii bunăstării precare. În anul 2011, 38% dintre gospodării se aflau în bunăstare precară.

O parte importantă dintre cei aflați în bunăstare precară sunt persoane ocupate. Ocuparea precară este prezentă, preponderent, în mediul rural. Acest lucru este explicabil, dat fiind faptul că dintre cele 2 milioane de persoane din mediul rural ocupate în agricultură, mai puțin de o zecime sunt salariați în agricultură sau proprietari de ferme și exploatații agricole (INS–TEMPO).

În cadrul populației salariate, deși aflată într-o poziție mai bună decât cea a celor ocupați în activități independente nagricole și a celor ocupați în agricultură în forme nesalariale, o mare parte dintre salariați trăiesc în gospodării aflate în situații de vulnerabilitate socială și în risc de sărăcie. Nivelul scăzut al salariilor, coroborat cu nivelul scăzut al beneficiilor sociale categoricale, precum alocațiile pentru copii, nu permit acestor familii să treacă din zona de bunăstare precară în cea de bunăstare sigură.

## CAUZE ALE SĂRĂCIEI ÎN ROMÂNIA

### 1. Veniturile primare scăzute. Ocuparea precară

În România rata sărăciei persoanelor ocupate este cea mai mare din UE, înregistrând o valoare aproape dublă față de media UE8.

*Tabelul 3*  
Rata sărăciei persoanelor ocupate<sup>4</sup>

|         | 2007  | 2010  | 2013  | 2014  |
|---------|-------|-------|-------|-------|
| România | 27,5% | 27,3% | 22,1% | 20,5% |
| UE27    | 10,3% | 10,8% | 13,1% | 13,6% |
| UE15    | 9,9%  | 10,4% | 13,3% | 14%   |
| UE8     | 13,4% | 13,9% | 11,7% | 10,7% |

Sursa: Eurostat, 2015.

<sup>4</sup> Indicatorul este calculat pentru gospodăriile formate din o singură persoană.

Conform unui studiu realizat recent (INCSMPS 2016), aproximativ 3,8% dintre salariați și 7% dintre persoanele care trăiesc în gospodării cu cel puțin un salariat au venitul disponibil sub pragul de sărăcie. O cincime dintre săracii în muncă sunt persoane salariate, restul fiind persoane aflate în alte forme de ocupare. Între datele administrative privind distribuția veniturilor salariale cele prezentate de Casa Națională de Pensii au un grad de încredere ridicat. Conform distribuției contractelor de muncă cu normă întreagă, o parte consistentă dintre acestea se găsesc în apropierea nivelului salariului minim pe economie.

*Tabelul 4*  
Distribuția contractelor de muncă cu normă întreagă

| Numărul grupei (*) | Limite după venitul brut | Total asigurați | % din total CM | Venitul mediu brut în cadrul grupei |
|--------------------|--------------------------|-----------------|----------------|-------------------------------------|
| 0                  | 0                        | 46 100          | 1,0%           | 0                                   |
| 1                  | 1–1 049                  | 304 334         | 6,4%           | 602                                 |
| 2                  | 1 050                    | 549,091         | 11,5%          | 1,050                               |
| 3                  | 1 051–1 100              | 284 695         | 5,9%           | 1 071                               |
| 4                  | 1 101–1 200              | 267 737         | 5,6%           | 1 151                               |
| 5                  | 1 201–1 400              | 452 441         | 9,4%           | 1 309                               |
| 6                  | 1 401–1 600              | 359 957         | 7,5%           | 1 500                               |
| 7                  | Peste 1 600              | 2 884 097       | 53%            | –                                   |

*Sursa:* CNPP, Direcția informatică și evidență stagii de cotizare – Declarațiile privind evidența nominală a asiguraților raportate de angajatori pentru luna martie 2016.

În ceea ce privește contractele înregistrate cu timp parțial de muncă, nici media, nici mediana salariilor nu depășesc 433 de lei, ceea ce reprezintă mai puțin de jumătate din valoarea salariului minim pe economie de la data raportării datelor.

Chiar dacă statutul ocupațional este al persoanei, sărăcia, precum și sărăcia în muncă se raportează la situația întregii gospodării. Relația dintre sărăcia gospodăriei și sărăcia în muncă este una mediată de mai mulți factori, între care raportul între nivelul salariilor și pensiilor și nivelul beneficiilor sociale categoriale și a celor acordate prin testarea veniturilor (subiectul va fi dezvoltat mai jos, în secțiunea dedicată analizei eficienței transferurilor sociale în reducerea sărăciei).

Tabelul 5

Distribuția contractelor de muncă cu normă parțială

| Numărul grupei (*) | Limite după venitul brut | Total asigurați | % din total CM | Venitul mediu brut în cadrul grupei |
|--------------------|--------------------------|-----------------|----------------|-------------------------------------|
| 0                  | 0                        | 3 661           | 0,5%           | 0                                   |
| 1                  | 1–1 049                  | 608 149         | 82,2%          | 433                                 |
| 2                  | 1 050                    | 5 362           | 0,7%           | 1 050                               |
| 3                  | 1 051–1 100              | 9 339           | 1,3%           | 1 075                               |
| 4                  | 1 101–1 200              | 11 677          | 1,6%           | 1 155                               |
| 5                  | 1 201–1 400              | 18 516          | 2,5%           | 1 305                               |
| 6                  | 1 401–1 600              | 15 068          | 2,0%           | 1 493                               |
| 7                  | Peste 1 600              | 67 821          | 9,2%           | –                                   |

Sursa: CNPP, Direcția informatică și evidență stagii de cotizare – Declarațiile privind evidența nominală a asiguraților raportate de angajatori pentru luna martie 2016.

2. Capacitatea scăzută a statului de a își îndeplini funcția socială – venituri bugetare insuficiente în raport cu gravitatea problemelor sociale ce trebuie adreseate;

Precaritatea veniturilor bugetului central este dublată de precaritatea bugetelor locale, cu preponderență a celor din localitățile rurale și din orașele mici.

3. Impactul scăzut al transferurilor sociale (în afara celor din pensii) în reducerea sărăciei:

– adresabilitate slab focalizată, lipsa prioritizării cheltuielilor sociale în funcție de nevoi-grupuri/nevoi subadresate/neadresate;

– corupție, ineficiența programelor sociale.

Analiza comparativă a indicatorilor sărăciei pretransfer și posttransfer relevă faptul că acesta este factorul cu impactul cel mai semnificativ asupra menținerii decalajelor importante între România și țările din grupul UE15 și din grupul UE8.

Tabelul 6

Eficiența transferurilor sociale altele decât pensiile în reducerea sărăciei

| Țara/<br>grupul de țări | Rata sărăciei<br>pretransfer | Rata sărăciei<br>posttransfer |
|-------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| România                 | 29,3                         | 25,3                          |
| UE15                    | 26,5                         | 17,1                          |
| UE 8                    | 24,1                         | 16,9                          |

Sursa: Eurostat 2015.

În timp ce țări foste socialiste precum Ungaria și Slovenia reușesc să reducă cu peste 11% sărăcia prin transferuri sociale, în România acest procent nu depășește 4%. Comparația ratelor de sărăcie pretransfer relevă diferențe mult mai mici în ceea ce privește ponderea sărăciei. Decalajele vizează, în primul rând, eficiența sistemului de protecție socială.

Unele dintre transferurile sociale adresează vulnerabilități asociate vârstei, unor dizabilități sau unor situații sociale particulare, precum șomajul. O altă categorie de beneficii sociale vizează, fie familiile cu copii, fiind mai mult sau mai puțin focalizate pe sprijinirea copiilor din familiile vulnerabile. O categorie importantă de beneficii sunt cele acordate pe baza testării mijloacelor. Acestea au un caracter cvasipermanent – în unele cazuri sezonier, vizează un număr foarte important de beneficiari, au un cost total relativ ridicat și oferă beneficii de un nivel redus.

O distincție importantă este aceea între beneficiile care au o anumită frecvență și continuitate și cele ocazionale. Cele dintâi adresează situații sociale predefinite, cele din urmă sunt menite să prevină tocmai vulnerabilitatea pe care o pot genera anumite situații excepționale, operaționalizată în situația de „a nu putea face față unor situații neprevăzute”.

În România, unele dintre beneficiile bazate pe testarea veniturilor, precum și unele beneficii categoriale, precum valoarea de bază a indemnizației de șomaj erau legate, initial, în mod explicit, până în anul 2008, de nivelul salariului minim. În 2008 a fost introdus *Indicatorul Social de Referință (ISR)* prin O.U.G. nr. 126/2008 pentru modificarea Legii nr. 76/2002. Acest ISR, deși avea la momentul acela valoare egală cu salariul minim garantat în plată, această valoare nu a mai fost actualizată de atunci, în raport cu evoluția salariului minim, ajustările valorii acestor beneficii făcându-se în ponderile acestor beneficii în raport cu ISR. Deși în actul normativ prin care a fost introdus era prevăzută actualizarea cu salariul minim, faptul că valoarea ISR nu este corelată cu cea a salariului minim, a dus, în condițiile creșterii accelerate a valorii salariului minim din ultimii 3 ani, la o creștere a decalajului prin evoluția diferențiată a valorii beneficiilor sociale.

Creșterea salariului minim, a salariului mediu și a altor venituri, precum pensiile, a dus la o ridicare a pragului sărăciei relative, iar în gospodăriile în care ponderea beneficiilor sociale în venit este una importantă, rata sărăciei a rămas constantă, sau chiar a crescut, în cazul gospodăriilor în care aceste beneficii au o pondere însemnată.

Pe de altă parte, ponderea mare a salariilor de nivel minim sau aflate în preajma acestui nivel, păstrează într-o zonă de „prosperitate precară” mare parte dintre gospodăriile acestor salariați, care continuă să fie vulnerabili la riscul de sărăcie și la creșterea accelerată a prețurilor la servicii de strictă necesitate precum încălzirea locuinței. Creșterea prețurilor la produse și servicii de strictă necesitate afectează prioritar gospodăriile aflate în risc de sărăcie, pentru care ponderea cheltuielilor corelative acestor bunuri și servicii este una foarte importantă.

Măsurile sociale, precum ajutorul de încălzire, au o eficiență diferențiată și o adresabilitate limitată. Anumite categorii, precum cea amintită mai sus, a salariaților și a familiilor lor aflate în zona de prosperitate precară, resimt aceste creșteri fără a avea parte de vreo compensație. Pentru cei care utilizează sistemul centralizat, prețul încălzirii este unul subvenționat, iar aceste creșteri de preț se resimt într-o măsură mai mică (deși, mare parte din această subvenție acoperă, în fapt pierderile uriașe ale sistemului centralizat, învechit și având un randament foarte scăzut). Pentru cei care folosesc sisteme individuale de încălzire și se regăsesc în zona de „prosperitate precară” amintită, impactul este unul direct și necompensat în vreun fel.

Deși în prețuri curente costul energiei este încă unul mai mic în România față de media europeană, în prețuri calculate la paritatea standard a puterii de cumpărare, pentru consumatorii casnici, România are cel mai mare preț la gaz și energie electrică din UE. În aceste condiții, creșterile importante, agreeate de autoritatea de reglementare a prețului energiei vor mări acest decalaj și vor avea un impact puternic tocmai asupra acelei părți a săracilor care muncesc și care nu vor primi nici un fel de compensații.

În altă ordine de idei, persoanele neocupate, precum și aceia aflați în diverse situații de ocupare precară, precum cei care lucrează în agricultura de subzistență și de semisubzistență, resimt într-o măsură mai mică efectele pozitive ale creșterii salariului minim și a pensiilor și, într-o măsură mai mare, creșterile de preț corelative creșterii veniturilor și cererii solvabile, dar și a creșterii prețurilor reglementate, precum cel al energiei.

Un exemplu ce ilustrează slaba focalizare a resurselor, și așa foarte precare în contextul magnitudinii vulnerabilității sociale descris mai sus, este cel al compensării costului încălzirii locuinței.

Pentru cei peste 1 milion de beneficiari de ajutoare de încălzire s-a acordat în 2014 o sumă de 226 603 345 lei, un sfert din aceasta mergând

către subvenții acordate beneficiarilor de căldură furnizate în regim centralizat, în condițiile în care statul subvenționează cu un procent variabil costul gigacaloriei pentru cei arondați sistemului centralizat de încălzire, fără a utiliza o limită de venit.

Aceste măsuri de compensare a vulnerabilității populației în raport cu asigurarea încălzirii locuinței sunt însă foarte diferențiate, atât din punct de vedere al bugetului alocat, cât și relativ la adresabilitatea pe tipuri de vulnerabilități, precum și din punct de vedere al eficienței reducerii vulnerabilității adresate.

În timp ce populația orașelor este, într-o proporție foarte mare, fie racordată la sistemul centralizat de termoficare, fie utilizează sisteme proprii de încălzire cu gaze, populația rurală utilizează, preponderent, încălzirea pe bază de lemne. În majoritatea județelor țării utilizarea sistemelor de termoficare centralizate, cât și cea a centralelor termice individuale reprezintă, mai degrabă, cazuri excepționale în mediul rural. Singurele județe în care această pondere de apropiere de 20% din totalul gospodăriilor rurale sunt Ilfov, Cluj, Brașov, Timiș (Recensământul Populației și locuințelor 2011).

Mecanismul compensatoriu ce vizează ponderea cea mai mare a populației (peste o treime din populație, conform RPL 2011) și care utilizează resursele cele mai importante este cel ce vizează consumatorii din sistemul centralizat de încălzire. Acest mecanism se bazează pe două componente:

- subvenționarea prețului gigacaloriei;
- acordarea de ajutoare pentru încălzire.

Această abordare protecționist-compensatorie duală poate fi considerată a fi una discriminatorie, din mai multe puncte de vedere<sup>5</sup>:

– discriminează pozitiv o categorie de populație față de restul populației, criteriul discriminării nefiind unul bazat pe identificarea unei vulnerabilități specifice. Prețul gazului natural, care a cunoscut o dinamică pozitivă asemănătoare de accentuată în ultimii ani, în raport cu prețul gigacaloriei, nu este subvenționat în nici un fel pentru populația care folosește acest tip de combustibil, în aceeași situație aflându-se și populația care utilizează pentru încălzire lemn sau combustibili lichizi;

– discriminarea are și o componentă intracategorială, această subvenție având o pondere diferențiată între județe și între localități ale aceluiași județ –

---

<sup>5</sup> Pentru analiză detaliată a acestei situații vezi Preotesi, 2015.

subvenția are o pondere între 0–76% (această pondere maximală fiind înregistrată în municipiul Alba Iulia). Diferențele de preț, ponderate cu diferențele procentelor subvenției acordate duc la discrepanțe mari ale prețului gigacaloriei plătit efectiv de populație (de exemplu, la Oltenița, prețul gigacaloriei plătit de populație este de peste trei ori mai mare decât la Întorsura Buzăului și de peste două ori mai mare decât la București (Price Waterhouse Coopers 2011).

Costul total al subvenționării gigacaloriei este unul foarte mare, fiind estimat la 500 de milioane de euro, la nivelul anului 2011 (Price Waterhouse Coopers 2011). Aproape o pătrime din această sumă este cheltuită doar pentru subvenția acordată consumatorilor arondați sistemului centralizat din București. Conform unei Hotărâri a Consiliului Local București, costul subvenționării gigacaloriei aprobat pentru anul 2015 depășește 120 de milioane de euro, sume de nivel asemănător fiind alocate și în 2013 și 2014 (15% din bugetul Primăriei Capitalei, constituit, inclusiv, din impozitele și taxele populației neracordate la sistemul centralizat de încălzire este direcționat exclusiv și independent de alte criterii sociale, către cei arondați acestui sistem centralizat).

HG 246/2006 postulează o rată de suportabilitate de 10% cheltuieli de încălzire din venitul mediu lunar al unei familii. În fapt, acest procent mediu depășește 12% la nivelul întregii populații, în timp ce pentru cei arondați sistemului centralizat, media este de doar 7% (idem). Acest tip de subvenționare a prețului pentru o categorie numeroasă și foarte eterogenă nu are nici justificare morală, nici socială.

În altă ordine de idei, pierderile înregistrate în sistemele de distribuție centralizată a căldurii sunt foarte mari, depășind în anumite orașe 40% (și chiar depășind 50% în Deva, Reșița și Brașov). La o pierdere medie de 29% și o subvenție medie de 40%, peste 70% din subvenție este, practic, acordată companiilor furnizoare de căldură în sistem centralizat, pentru acoperirea acestor pierderi.

Discriminarea pozitivă a categoriei celor arondați sistemului centralizat de furnizare a căldurii este replicată, la o scară mai redusă și în privința acordării ajutoarelor de căldură. În condițiile în care costul încălzirii în regie proprie este mai mare cu cel puțin 20% față de cel înregistrat în sistemul centralizat (diferența crescând la 60% luând în calcul subvenția medie, conform Raportului PWC citat mai sus, această diferență se reflectă și în

impactul social diferențiat al creșterii comparabile a costului gigacaloriei, respectiv, al gazului natural.

O categorie defavorizată este și cea a beneficiarilor ajutorului de încălzire a locuinței ce utilizează drept combustibil pentru încălzire lemnul, specifică, în proporție de peste 90%, localităților rurale. În condițiile în care maximum ajutorului acordat este de 54 de lei, acoperirea acestei cheltuieli cu încălzirea locuinței nu depășește 46% (Preotesi 2015). Așadar, locuitorii orașelor sunt obligați să acopere din venituri insuficiente un consum energetic greu sustenabil financiar, în mare parte învechit, neperformant și poluant.

Locuitorii ruralului „sunt forțați să perpetueze un model de locuire tradițional, caracterizat printr-un consum minim de energie, produsă cu un consum mare de resurse naturale, cu eficiență energetică scăzută și care poate avea efecte dezastruoase, pe termen lung asupra mediului, prin consumul mare de lemn de foc, consum cu potențial important de susținere a unui sistem cvasinereglementat de tăieri de masă lemnoasă” (idem, 86).

Exemplul prezentat pe larg, mai sus, ilustrează un mecanism ce perpetuează lipsa de eficiență a măsurilor de protecție socială în reducerea sărăciei, prin slaba focalizare a resurselor și prin risipirea unei părți importante a acestora către beneficiari care nu ar trebui să fie ținta acestor programe.

Este adevărat, însă, că, pe de o parte, resursele risipite prin subvenționarea costului gigacaloriei nu provin din cele alocate beneficiilor bazate pe testarea mijloacelor, ci din bugetul administrațiilor locale. Pe de altă parte, pentru mulți dintre beneficiarii acestor subvenții, în lipsa acestora, costul încălzirii locuinței ar deveni unul prohibitiv, dar nivelul acestui cost este generat, în mare măsură de pierderile din sistem către acoperirea cărora merge, în fapt, o mare parte din subvenție.

În 2014, bugetul pentru programele bazate pe evaluarea mijloacelor de trai reprezenta doar 17% din bugetul total alocat asistenței sociale. Ponderea foarte mică a cheltuielilor adresate efectiv celor mai săraci 10% din populație ilustrează abordarea amintită mai sus și focalizarea pe beneficiile acordate prin programe generale, categoriale.

Această situație a lipsei de eficiență a transferurilor sociale în reducerea sărăciei a fost identificată ca atare în *Strategia antisărăcie* amintită, care prevedea o creștere a ponderii fiecăreia dintre cele trei componente ale beneficiilor bazate pe testarea mijloacelor: venitul minim garantat, alocația

de susținere a familiei, respectiv, ajutoarele de căldură. În condițiile în care mai mult de jumătate din populație declară că nu poate face față unor situații neprevăzute, când apar astfel de situații, unele tot atât de inevitabile, pe cât de neprevăzute, resursele disponibile puse la dispoziție de sistemul de protecție socială sunt extreme de precare.

Conform unui raport al Ministerului Muncii privind *Evoluțiile în domeniul asistenței sociale în anul 2014*, în anul 2014 au fost plătite de la bugetele locale 82 835 ajutoare de urgență, în valoare totală de 28 527 834 lei. De la bugetul de stat, prin bugetul M.M.F.P.S.P.V., în anul 2014 au fost plătite 1 655 ajutoare de urgență în sumă de 3 866 050 lei.

O imagine ilustrativă a importanței acordate de sistemul de protecție socială acordării ajutoarelor de urgență, corelativ cu risipirea banilor din sistem, oferă punerea față în față a următoarelor două situații.

Familiile beneficiare de venit minim garantat pot primi *ajutoare pentru acoperirea unei părți din cheltuielile de înmormântare*, acordat de către autoritățile publice locale. În anul 2014 s-au acordat 2 620 ajutoare de înmormântare, suma plătită fiind de 1 545 218 lei.

Tot în 2014, în vederea desfășurării unor activități cu ocazia Zilei Internaționale a Vârstnicilor, pentru nouă organizații ale persoanelor vârstnice reprezentative la nivel național, care fac parte din Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice, s-a acordat o sumă aproape echivalentă – 1 520 000 lei.

Discriminarea și tratamentul diferențiat pe baza altor criterii decât cele sociale reprezintă o practică prezentă și în alte cazuri. Dacă în situația subvenționării costului gigacaloriei, resursele slab focalizate dedicate protecției sociale provin din bugetele administrațiilor locale, cazul indemnizației pentru creșterea copilului, în varianta neplafonată este unul relevant pentru risipirea resurselor ce ar trebui să fie destinate reducerii vulnerabilității sociale, și nu prin direcționarea lor către o protecție socială *de lux* a unor categorii evident privilegiate. Deși impune, implicit, îndeplinirea unei anumite condiții de contributivitate, acest beneficiu social nu poate fi considerat, în fapt, unul de tip contributiv, ci unul categorial. O comparație relevantă poate fi făcută cu un beneficiu bazat pe contributivitate, cum este pensia de asigurări sociale (exceptând așanumitele pensii speciale ce reprezintă, la rândul lor, cazuri de discriminare pozitivă ce nu au la bază nici criterii morale, nici criterii sociale).

În cazul pensiilor bazate pe principiul contributivității, contribuția minimă este de 15 ani, iar contribuția pentru a putea beneficia de pensia pentru pensie limită de vârstă și vechime integrală este de minimum 35 de ani. Rata medie de înlocuire a salariului prin pensie, este de sub 50%. Raportat la perioada de 35 de ani de contribuție ce asigură apropierea de procentul amintit, perioada acordării pensiei este cu mult sub jumătate din cea a contribuției (ținând cont de speranța medie de viață). În cazul indemnizației de creștere a copilului, la o contribuție de minim 2 ani, rata de înlocuire a venitului este de 85%, iar beneficiul este acordat o perioadă egală cu cea a contribuției.

În acest context, situația actuală, în care, conform unui comunicat recent al Ministerului Muncii<sup>6</sup>, o treime dintre resursele dedicate acestui beneficiu categorial sunt consumate de 0,17% dintre beneficiari, prezintă un exemplu ilustrativ de risipire a unor resurse și așa insuficiente.

### **DIRECȚII DE ACȚIUNE. PRIORITĂȚI**

Prioritățile acționale pot fi identificate pornind de la grupurile cele mai vulnerabile, cele cu potențialul cel mai mare de accentuare a vulnerabilității și cele cu adresabilitatea cea mai precară, în contextul comparațiilor cu media UE15 și cu media UE8. În situația în care eficiența transferurilor sociale, altele decât pensile în reducerea sărăciei este una foarte scăzută, se impune o creștere a ponderii alocate acestor tipuri de transferuri sociale atât ca pondere în buget, cât și o redistribuire a alocațiilor, cu focalizare pe categoriile cele mai vulnerabile: copii, tineri, familii cu cel puțin 3 copii, vârstnici singuri.

Lipsa unor măsuri eficiente adresate acestor categorii de vârstă este ilustrată de evoluția ratei sărăciei. Populația vârstnică, formată în cvasi-totalitate din pensionari reprezintă singura grupă de vârstă pentru care ponderea sărăciei a scăzut în mod semnificativ în ultimii 9 ani, în timp ce rata sărăciei copiilor și tinerilor a crescut la fel de semnificativ.

---

<sup>6</sup> <http://www.mmuncii.ro/j33/index.php/ro/comunicare/comunicate-de-presa/4576-ip-icc-05092016>

Între 2007–2014 rata sărăciei pentru categoria de vârstă 18–24 de ani a crescut cu aproape 10 procente, de la 23,3%, la 33,2%. Evoluția ratei sărăciei pe grupe de vârstă ilustrează eficiența măsurilor de protecție socială adresate fiecăreia dintre aceste categorii.

Unul dintre dezideratele asumate și respectate, în mare măsură, cel puțin în perioadele de creștere economică a fost creșterea nivelului pensiilor, ca măsură principal focalizată pe reducerea sărăciei persoanelor vârstnice. În consecință, rata sărăciei persoanelor peste 65 de ani a scăzut, în aceeași perioadă, de la 30,6%, la 15,5% (INS 2016).

Rafinarea analizei relevă faptul că și în categoria vârstnicilor, cu excepția pensiilor, celelalte beneficii monetare și, mai ales, cele nemonetare au avut o eficiență foarte redusă în scăderea sărăciei subgrupurilor vulnerabile, precum vârstnicii singuri. Conform *Strategiei de incluziune socială și combatere a sărăciei în perioada 2015–2020*, ponderea acestor cheltuieli în PIB între România (0,04% din PIB) și media UE (0,41% din PIB) este de 1:10.

În altă ordine de idei, este necesară o realocare dinspre beneficiile monetare spre cele nemonetare. O astfel de redistribuire se poate face fără a afecta resursele alocate în prezent.

Una dintre sursele creșterii bugetului alocat transferurilor sociale altele decât pensiile este cea a creșterii ponderii bugetului în PIB. În cadrul *Strategiei Europa 2020*, România s-a angajat să reducă numărul persoanelor în risc de sărăcie relativă cu 580 000 de persoane de la 4,99 milioane în 2008 la 4,41 milioane.

Pentru a asigura atingerea obiectivului de reducere a sărăciei, Guvernul României și-a asumat adoptarea de politici de stimulare a ocupării forței de muncă și a veniturilor obținute din muncă, cu focalizare pe cei mai săraci 20% dintre indivizi.

În plus, va fi introdusă o formulă de beneficii de asistență socială care exceptează o parte din câștigurile (din muncă) ale familiilor de la evaluarea mijloacelor de trai pentru a da beneficiarilor cu capacitate de muncă un stimulent pentru a munci și a beneficia și de măsuri de sprijin de asistență socială.

În Strategia Guvernului, luând în considerare o prognoză moderată a creșterii economice, sărăcia relativă va scădea până în 2020 cu aproximativ 4,8%, de la 22,8% în 2014, la 18,1% în 2016. Simulările arată că programul are un impact similar asupra sărăciei absolute (cu pragul de sărăcie măsurat în 2012 actualizat cu rata inflației) (*Strategia antisărăcie*).

## CONCLUZII

După primii 10 ani de tranziție, pe de o parte, veniturile primare au cunoscut o erodare semnificativă, pe de altă parte, a crescut semnificativ ponderea persoanelor neocupate și a celor în situație de ocupare precară. Costul restructurării economiei a fost creșterea accentuată a incidenței sărăciei, în varianta sa absolută. Reacția decidenților în fața magnitudinii fenomenului sărăciei a căpătat o formă articulată abia după 8 ani de tranziție, prin înființarea unei *Comisii de prevenire și combatere a sărăciei* și, ulterior, a Comisiei Antisărăcie și Promovare a Incluziunii sociale.

Anii de creștere economică ce au urmat au dus la o scădere importantă a ratei sărăciei absolute, dar efectele au fost diferențiate relativ la unele sau altele dintre categoriile vulnerabile la riscul de sărăcie. Cea mai eficientă pârghie de reducere a sărăciei, între cele promovate prin *Planul Național antisărăcie și promovare a incluziunii sociale* a fost cea a politicii în domeniul pensiilor, a căror creștere constantă între 2000–2008 a avut drept efect reducerea importantă a incidenței sărăciei persoanelor vârstnice, categorie acoperită într-o proporție foarte importantă de acest tip de asigurare socială.

A crescut, în schimb, vulnerabilitatea altor categorii: copii, familii cu copii, tineri, precum și a unor categorii aflate în situații particulare de viață, precum vârstnicii singuri, în raport cu care eficiența intervenției sistemului de protecție socială a fost una foarte redusă. De altfel, în context european, decalajele cele mai mari se înregistrează în ceea ce privește eficiența transferurilor sociale, altele decât pensiile, de departe, cea mai scăzută, în România comparativ cu țările UE.

Comparând efectele asupra incidenței sărăciei ale perioadei de regres economic din primii 10 ani de tranziție cu cele ale perioadei de creștere economică cvasicontinuă accentuată ce a urmat (creștere întreruptă doar de criza din 2009–2011), se remarcă, pe de o parte, o scădere importantă a numărului de săraci aflați în situație de sărăcie absolută, pe de altă parte, persistența unei ponderi însemnate a populației aflate într-o zonă de vulnerabilitate socială, la limita sărăciei și creșterea vulnerabilității sociale a copiilor, familiilor cu copii și tinerilor între 18–24 de ani.

Există câteva caracteristici ale sărăciei din România ce configurează un profil al sărăciei ce iese din tiparul european. Una dintre aceste caracteristici este incidența sărăciei persoanelor ocupate, aproape dublă față de celelalte țări care au experimentat tranziția postcomunistă. O altă caracteristică este legată de persistența unor atribute ale sărăciei ce vizează, într-o măsură semnificativ mai mare, față de restul țărilor UE, aspecte ce țin de asigurarea subzistenței familiei, în varianta extremă a supraviețuirii lor biologice.

Pe lângă faptul că incidența sărăciei și vulnerabilității este mult mai mare, eficiența transferurilor sociale altele decât pensiile în reducerea sărăciei este de trei ori mai scăzută în România față de media europeană. Una dintre explicațiile acestei situații propuse în acest material vizează filozofia sistemului de protecție socială, focalizat, prioritar, pe beneficii categoriale acordate unor categorii largi de populație, prezumate a avea anumite vulnerabilități predefinite, ponderea beneficiilor bazate pe testarea mijloacelor fiind una scăzută, iar ponderea beneficiilor dedicate sprijinirii celor aflați în situații ce reclamă intervenții de urgență fiind una extrem de scăzută.

Pe de altă parte, ponderea beneficiilor bănești este una semnificativ mai mare față de cea a serviciilor sociale, ce reprezintă doar 0,6% din PIB (de aproape patru ori mai mică față de media europeană).

„Supraprotecția” unor categorii de persoane care nu au nevoie de protecție generează, în anumite cazuri, inechități sociale majore. Ilustrativă, în acest sens, este situația generată de anularea (temporară) a plafonului pentru indemnizația de creștere a copilului. În condițiile în care, sub plafonul maximal de 3 500 de lei pe familie se încadrau peste 90% dintre posibili viitori părinți, ridicarea plafonului a crescut media indemnizației de la 951 de lei, în 2015, la 1 400 de lei<sup>7</sup>. Creșterea mediei s-a datorat însă, în mare parte, celor câtorva sute de persoane ce au consumat, temporar, o treime dintre resursele dedicate acestui beneficiu categorial.

Risipirea resurselor – și așa insuficiente – prin supradresarea anumitor categorii, privează de sprijinul sistemului de protecție socială tocmai pe cei care ar avea mai mare nevoie de el și perpetuează lipsa de eficiență a sistemului în reducerea sărăciei.

---

<sup>7</sup> Sursa datelor: comunicatul Ministerului Muncii, <http://www.mmuncii.ro/j33/index.php/ro/comunicare/comunicate-de-presa/4576-ip-icc-05092016>.

### Bibliografie

- Eurostat. 2016. *Income and living conditions (database)*. <http://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/data/database>
- Eurostat. 2016. *Monthly minimum wages (database)*. [http://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-datasets/-/EARN\\_MW\\_CUR](http://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-datasets/-/EARN_MW_CUR)
- INCSMPS. 2016. *Studiu referitor la nivelul salariului minim brut garantat în plată în România prin evaluarea efectelor economice și sociale ale aplicării acestuia, identificarea și evaluarea aspectelor care îl influențează, stabilirea acelor aspecte cu impact semnificativ (negativ/pozitiv) asupra mediului socio-economic, stabilirea măsurilor de control a acestora și a măsurilor de ajustare a efectelor negative*. București: Institutul Național de Cercetare Științifică în Domeniul Muncii și Protecției Sociale. [http://www.mmuncii.ro/j33/images/Documente/Transparenta/2016/Studiu\\_salariu\\_minim\\_proiect.pdf](http://www.mmuncii.ro/j33/images/Documente/Transparenta/2016/Studiu_salariu_minim_proiect.pdf)
- INS. 2011. *Recensământul populației și locuințelor*. București: Institutul Național de Statistică al României. <http://www.recensamantromania.ro/wp-content/uploads/2012/08/TS11.pdf>
- INS. 2011. *Recensământul populației și locuințelor. Volumul IV: Clădiri, locuințe, gospodării*. București: Institutul Național de Statistică al României. <http://www.recensamantromania.ro/noutati/volumul-iv-cladiri-locuinte-gospodarii/>
- INS. 2016. Baze de date TEMPO și AMIGO. București: Institutul Național de Statistică al României. [www.insse.ro](http://www.insse.ro)
- INS. 2016. *Tendențe sociale*. București: Institutul Național de Statistică al României.
- Mihăilescu, Adina. 2012. *Coșul de consum al populației României*. București: Editura Expert.
- Mihăilescu, Adina. 2015. „Politica veniturilor în România.” *Revista Sociologie Românească* XIII (2): 88–100. [http://www.arsociologie.ro/images/stories/sr/articles/sr\\_2015\\_2/SR\\_2015\(2\)\\_88-100\\_Mihăilescu.pdf](http://www.arsociologie.ro/images/stories/sr/articles/sr_2015_2/SR_2015(2)_88-100_Mihăilescu.pdf)
- Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice. 2015. *Strategia națională pentru incluziune socială și reducerea sărăciei pentru 2015–2020*. București. [http://www.mmuncii.ro/j33/images/Documente/Familie/2016/StrategyVol1RO\\_web.pdf](http://www.mmuncii.ro/j33/images/Documente/Familie/2016/StrategyVol1RO_web.pdf)
- Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și al Persoanelor Vârstnice. 2014. *Raport al evoluției din domeniul asistenței sociale în 2014*. [http://www.mmuncii.ro/j33/images/buletin\\_statistic/asist\\_TII2014.pdf](http://www.mmuncii.ro/j33/images/buletin_statistic/asist_TII2014.pdf)
- Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și al Persoanelor Vârstnice. 2016. *Informare de presa din 5/09/2016*. Accesat online în 28/11/2016 la adresa <http://www.mmuncii.ro/j33/index.php/ro/comunicare/comunicate-de-presa/4576-ip-icc-05092016>
- Precupețu, Iuliana, Anita Preoteasa and Ionela Vlase. 2015. “Beyond Poverty in Romania: An Analysis of Household-Level Factors of Poverty and Precarious Prosperity.” *Sociologia* 47(3): 253–271.

- Preotesi, Mihnea. 2015. „Câteva studii de comunități.” În *Eficiența energetică – prioritate națională pentru reducerea sărăciei energetice, creșterea calității vieții și siguranța consumatorilor de energie*, coordonată de Cătălin Zamfir. București: Academia Română.
- Preotesi, Mihnea. 2016. “Groups and Needs: Response of the Social Protection System in Nowadays Romania.” *Revista de Cercetare și Intervenție Socială* 55: 139–157. [http://www.rcis.ro/images/documente/rcis55\\_10.pdf](http://www.rcis.ro/images/documente/rcis55_10.pdf)
- Price Waterhouse Coopers. 2011. *Provocări. Oportunități. Energie termică*. Accesat online în 26.11.2016. [http://www.pwc.ro/en/Publications/Assets/Assets\\_2011/Provocari\\_Oportunitati\\_Energie\\_Termica.pdf](http://www.pwc.ro/en/Publications/Assets/Assets_2011/Provocari_Oportunitati_Energie_Termica.pdf)
- Vlad, Valentin Ionel (coordonator). 2016. *Strategia socioeconomică a României în următorii 20 de ani – Volumul 3*. București: Editura Academiei Române.
- Zamfir, Cătălin, Iulian Stănescu and Simona Ilie (coord.). 2010. *Raportul social al ICCV. După 20 de ani: opțiuni pentru România*, București: ICCV. <http://iccv.ro/sites/default/files/Zamfir%20et%20al%202010%20Romania%20dupa%2020%20de%20ani.pdf>

## **DIRECȚII ÎN PROTECȚIA SOCIALĂ**

SIMONA ILIE  
SORIN CACE

Secolul trecut a adus în prim plan modelul statului bunăstării, adică al aceluia în care guvernul își asumă protecția socială a propriilor cetățeni ca obiectiv important, alături de cel al dezvoltării economiei naționale. Această abordare este comună pentru țări socialiste și pentru țări liberale. Mai mult, două țări liberale și două contexte economice dificile au consolidat fundamentul ideologic al statului bunăstării. Criza economică din anii '30, în SUA, respectiv contextul celui de-al Doilea Război Mondial în Marea Britanie, l-a determinat pe Keynes să propună obiectivul ocupării depline, respectiv pe Beveridge să reia acest obiectiv în conjuncție cu un plan/ schemă de alocații familiale și un sistem comprehensiv de servicii de sănătate (Beveridge 1942) pentru a proteja populația în situații de dificultate economică. Inițiative în direcția protecției sociale ale cetățenilor au existat și anterior și ulterior celor două momente și în afara acestor spații naționale, definind abordări diferite ale aceluiași obiectiv. Opțiunea față de inegalitate, specificul pieței muncii și modul de finanțare al protecției sociale au făcut diferența între aceste abordări.

Egalitatea a fost acceptată la începutul sau la sfârșitul proceselor de distribuție/redistribuție a veniturilor (egalitate de oportunități sau de rezultat) sau a fost de interes marginal (modelul liberal), în interiorul aceleiași clase sociale (Raportul Beveridge) sau la nivel societății (în societățile comuniste). Pe piața muncii accentul este pus pe ocuparea forței de muncă masculine (modelul conservator) sau se acceptă pe scară largă participarea femeii (modelul nordic); această perspectivă este în directă relație cu dezvoltarea serviciilor în societate, menite să înlocuiască/ completeze serviciul domestic de îngrijire a celor în nevoie, ca și activitatea casnică, tradițional asociată femeii. Asigurare individuală prin scheme sociale (modelul conservator-asigurator, cel de la antipozi sau chiar cel japonez), finanțare socială

consistentă prin impozite substanțiale redistribuite de către stat prin beneficii sau servicii sociale în acord cu nevoia societății (modelul nordic) sau finanțare socială reziduală simultan cu impozite relativ mici (modelul liberal sau chiar mediteranean) au fost opțiunile în finanțarea protecției sociale. Aceste modele au fost definite și caracterizate de către Esping-Andersen (1990, 1999) și mai apoi de către Boeri<sup>1</sup> (2002a) pentru spațiul și provocările Uniunii Europene, astfel:

– Modelul liberal (Marea Britanie, SUA, Irlanda, Canada, Australia), plasează libertatea în centrul sistemului de valori al societății și consideră că ocuparea deplină se poate realiza prin mecanismele libere ale pieței. Reprezentanții modelului optează pentru definiții foarte restrictive a ceea ce reprezintă risc social, sănătatea și locuirea fiind adesea necuprinse; furnizează protecție socială pe baze selective, prin testarea mijloacelor/resurselor potențialilor beneficiari și încurajează astfel asigurările de tip privat (la limită considerate singurele care nu ating libertatea individului, fiind benevole). O formă de redistribuire acceptată, care nu lezează proprietatea privată, sunt activitățile de caritate (ONG-uri), de asemenea benevole. În spațiul UE, Marea Britanie și Irlanda orientează transferurile monetare spre populația în vârstă pentru continuarea activității pe piața muncii, apelează larg la măsurile de activizare a ocupării, tind să condiționeze transferurile sociale de ocuparea standard, au un grad de sindicalizare<sup>2</sup> scăzut, o relativ ridicată incidență a ocupării slab remunerate și, de așteptat, o inegalitate accentuată a câștigurilor salariale.

– Modelul corporatist sau continental (Germania, Franța, Austria, Italia, Olanda, Belgia, Luxemburg, dar și Japonia) respectă proprietatea privată, având familia și biserica în centrul sistemului de valori, statul intervenind doar când acestea eșuează. Măsurile de suport ale veniturilor sunt puternic acordate cu activitatea de pe piața muncii și cu venitul familiei/individului, pe baza asigurărilor sociale, acoperă atât pensiile cât și sănătatea, dar prin scheme segmentate profesional (pe categorii profesionale sau forme tipice/atipice de ocupare). Biserica și organizațiile voluntare, ca și ajutorul inter-generațional părinți–copii sunt elemente ale sistemului de protecție socială.

---

<sup>1</sup> Reluând lucrarea lui Ferrera (1998).

<sup>2</sup> Gradul de sindicalizare reprezintă procentul forței de muncă (salariale) membră a organizațiilor sindicale.

Cu un grad de sindicalizare mai scăzut decât țările nordice, aplică pe scară largă mecanismele de extindere ale acordurilor<sup>3</sup>.

– Un profil specific al capitalismului este modelul est-asiatic (Japonia). Ocuparea deplină și veniturile salariale și, deci, distribuția veniturilor, sunt puternic controlate, în timp ce sistemul de protecție socială este puternic focalizat, strict bazat pe testarea mijloacelor și stigmatizant. Asemeni modelului corporatist, dar mai sever, asigurările sociale sunt segmentate după status și nivel de educație, putând acoperi în marile corporații nu doar sănătatea și pensiile, ci și aspecte ale timpului liber, cum este participarea la cluburi sportive, sau servicii în caz de deces. Modelul menține însă inegalitățile social-economice, acestea influențând atât șansele de angajare în corporații, cât și nivelul educațional. Criteriile de eligibilitate pentru ajutorul de șomaj sunt extrem de restrictive, dar ele completează programe de calificare profesională bine dezvoltate la sau prin locul de muncă (Perț 1994), astfel încât trecerea de la o calificare la alta este foarte fluentă, dar se menține, de regulă, în cadrul aceleiași corporații.

– Un accent deosebit pus pe familie, ca loc de jure al acordării ajutorului social, care în mod normal nu eșuează, diferențiază – derivat din modelul continental – modelul mediteranean, în care se profilează un sistem al asistenței sociale rezidual. Acest model este cunoscut în prezent drept modelul sudic (Spania, Portugalia, Italia, Grecia) care are și o mai mare deschidere pentru pensionarea anticipată, dar păstrează mecanismele de extindere și, astfel, o relativ egalitară distribuție a câștigurilor salariale pe piața formală a muncii.

– În modelul social-democrat sau nordic (Suedia, Norvegia, Danemarca, Finlanda și Olanda – care are rădăcini în modelul continental; Boeri 2002a) solidaritatea socială este o valoare centrală în societate, iar cheltuielile publice sunt abordate ca o investiție socială. Principiile redistributive sunt universaliste, nivelul beneficiilor, ca și cheltuielile pentru servicii sociale sunt între cele mai mari, ceea ce conduce la un nivel ridicat de impozitare (directă și neasiguratorie). Spre deosebire de ideologia socialistă, acest

---

<sup>3</sup> Mecanismele de extindere a negocierilor colective sunt reglementări naționale prin care deciziile luate în negocierile colective, cu privire la relațiile de muncă și implicit nivelurile de salarizare, se aplică fie calificărilor fie domeniilor similare care nu sunt acoperite de respectivele acorduri colective.

model nu respinge organizarea capitalistă, fiind în esență de factură liberală (Kuhnle 2000). Firesc în acest context, drepturile salariale sunt stabilite prin negocieri colective, fără impunerea unui salariu minim, rezultând o distribuție relativ comprimată a câștigurilor salariale. Acestea sunt, de altfel, țările cu cele mai ridicate rate ale gradului de sindicalizare. Modelul este puternic orientat pe muncă și pune un accent deosebit pe măsurile active de creștere a ocupării și pe implicarea statului în promovarea ocupării depline pe calea creării de locuri de muncă în sectorul public, dar și ocupare cu timp parțial, fiindu-i caracteristică o rată ridicată de participare pe piața muncii, inclusiv a forței de muncă feminine.

– Modelul de la antipozi (Australia, Noua Zeelandă), de accentuată factură liberală, preia câte ceva din generozitatea social-democrată; dublează alocația pentru familia cu copii comparativ cu cea pentru familia de o persoană, pragul de venit în testarea mijloacelor este aproape de cel modal/mediu în societate și nu de pragul de sărăcie (ca în modelul liberal), sistemele de negociere salarială cuprind elemente precum asigurarea unei locuințe sau un nivel de pensie ridicat, cel puțin pentru forța de muncă masculină, a cărei ocupare pare să fie deplină. Poate nu întâmplător, acestea sunt țări pioniere în ce privește fixarea zilei de muncă standard de 8 ore respectiv introducerea salariului minim).

Schimbările economice, politice și sociale ale secolului trecut au provocat continuu statul bunăstării punându-i sub semnul întrebării existența. Inevitabil în perioade de regres economic condițiile de eligibilitate sau cuantumurile suportului social au fost revizuite în sens restrictiv, pentru ca atunci când noi sau mai vechi riscuri sociale se acutizau să fie readus în discuție rolul esențial al statului în asigurarea bunăstării sociale, relaxate condițiile de eligibilitate și cuantumurile. Urmând unei perioade de reducere a ritmului de creștere economică și de retragere a statului din rolul de furnizor al protecției sociale (Pierson 2001) și odată cu colapsul societăților comuniste balanța a înclinat către „justiția” pieței, părănd că nu mai există argumente în favoarea controlului statului privind nivelul ocupării, al inegalității veniturilor și al sărăciei.

În acest context, la începutul acestui secol, Uniunea Europeană (în extindere) milita pentru un model social european care, ulterior Tratatului de la Lisabona (EU 2000), propunea țărilor membre reformarea programelor lor sociale pentru a răspunde adecvat la ceea ce comunitatea țărilor europene

se prefigura că devine o societate a cunoașterii, expusă globalizării și unor ritmuri accelerate de creștere; se aduceau în atenție eradicarea sărăciei și a excluziunii sociale, creșterea ocupării (beneficiind de noi oportunități, dar și nevoi în contextul dezvoltării tehnologice accelerate, urmare a automatizării și informatizării), accent pe educație și formare profesională, pe măsuri active de ocupare, promovarea incluziunii sociale și a egalității de gen, o atenție specială acordată minorităților etnice, copiilor, vârstnicilor sau persoanelor cu dizabilități (în acord cu nevoia națională specifică acestora). O serie de direcții și chiar ținte sociale (și economice) au fost cuprinse în acordurile de accedere și asumate de Statele Membre. Totodată, se recomanda metoda deschisă de coordonare drept sursă de inspirație pentru Statele Membre ale UE, pentru a prelua în eforturile naționale de reformă măsuri de protecție socială de succes în spațiul european.

Cu toate acestea, persistă diferențe naționale, deopotrivă în abordare și rezultate. Modelelor deja amintite li se adaugă țările fostului bloc comunist, care au evoluat diferit în reformarea sistemelor lor de protecție socială. Boeri (2002b) identifică la o extremă țările grupului de la Vișegrad (Republica Cehă, Ungaria, Polonia), cu cheltuieli sociale ridicate și o contribuție semnificativă a transferurilor ne-adresate ocupării în reducerea sărăciei și la cealaltă, Rusia și Ucraina, țări nemembre, cu accentuată inegalitate a câștigurilor salariale, pensiile și transferurile sociale accentuând în plus situația de dificultate la baza distribuției veniturilor. Între acestea se află Bulgaria, România și țările Baltice, care, deși țări membre, au cheltuieli publice relativ scăzute. Un argument amintit de Boeri, pentru care țările CEE nu urmează cu claritate un model sau altul al statului bunăstării este faptul că aceste țări au o bază îngustă de impozitare datorită economiei informale extinse, chiar dacă au măsuri generoase de protecție socială, la care se pot adăuga considerente culturale. În plus, omogenitatea etnică, lingvistică și în general în societate, propria istorie națională a statului bunăstării, politicile economice și de cercetare – dezvoltare, ca și dimensiunea spațiului național sau apropierea de Europa Centrală. În favoarea ultimelor două argumente se pot aminti comerțul și turismul de graniță (care se regăsesc în PIB), performanța economică unor corporații sau facilități productive cântărind diferit în PIB-ul național într-o țară de cinci ori mai mică decât alta în condițiile în care aceasta ar fi printre puținii poli economici (înalt)

productivi. Polonia și Republica Cehă reîntorc atenția asupra profilului protecției sociale și a politicilor de dezvoltare economică.

Toate țările CEE au cunoscut o perioadă de descreștere economică și inflație la debutul tranziției lor, diferind însă în intensitate și durată. Descreștea puterii sindicale a fost un numitor comun, similar tendinței internaționale a perioadei, cu mențiunea că țările fostului bloc comunist au înregistrat cea mai accentuată scădere din spațiul european (Visser 2013). Datorită contribuției mari la constituirea bugetului gospodăriilor, dinamica salariilor se regăsește în mare măsură în cea a veniturilor totale ale gospodăriilor. Republica Cehă este aproape singulară în spațiul european prin nivelul redus de inegalitate și cel al riscului de sărăcie, depășind chiar reprezentante ale modelului nordic, puternic sindicalizate cu principii universaliste ale redistribuției sociale. Singulară este și politica sa salarială, în care praguri multiple ale salariului minim după categoria ocupațională a salariatului sunt însoțite de cea mai egalitară distribuție a veniturilor salariale și cel mai mic risc de sărăcie din spațiul european.

Independent de dezvoltarea statului bunăstării, dar cu impact asupra sa, a evoluat problema măsurării nivelului de trai. Tot într-un stat liberal se regăsesc rădăcinile metodologiei de identificare a unui prag minim necesar traiului; în 1901, în Marea Britanie, propunerea de a estima minimum de consum săptămânal necesar unei familii pentru alimente, îmbrăcăminte, încălzirea locuinței și sănătate fundamenta ceea ce se cunoaște astăzi drept metoda normativă a estimării dimensiunii sărăciei. Odată cu dezvoltarea clasei mijlocii, în urma dezvoltării statului bunăstării în perioada postbelică, a părut mai importantă raportarea situației individuale la media în societate decât la minimul de consum, așa încât s-a impus metoda relativă în estimarea sărăciei. Extinderea spațiului european și procesul globalizării au orientat atenția asupra dinamicii în timp și spațiu a nivelurilor de sărăcie, eforturi care au reliefat specificul național-cultural al acestora. Organisme internaționale au propus metode de tip prag, de 1, 2 sau 4 \$/unități PPC pe zi sau derivate din metode normative, care normează doar anumite categorii de cheltuieli, de regulă pe cele alimentare, restul fiind stabilite procentual, eventual în funcție de o structură de consum (Banca Mondială 2003; Anker 2005). Strategiile răspund unor scopuri diferite, ultimele evitând reluarea anevoioasă a normării consumului non-alimentar, aflat într-o dinamică accelerată. De altfel, această

dinamică a orientat paradigma nivelului de trai spre excluziune socială, urmărindu-se identificarea acelor persoane care nu doar că nu-și pot satisface un minim de necesar de consum, dar datorită insuficienței resurselor se găsesc în situația de a fi excluși din viața societății. Această orientare a inspirat și modelul social european, promotor al incluziunii sociale.

Ambițiosul obiectiv al UE pentru transparență a înclinat balanța în estimarea sărăciei pentru o metodă ușor aplicabilă în toate statele membre, simplă și clară metodologic, preferându-se astfel metoda relativă, care estimează procentul de populație al cărei venituri se situează sub nivelul median de venit în fiecare stat membru. Deoarece din perspectiva minimului de trai indicatorul astfel obținut este insuficient, statistica internațională a detaliat informațiile căutând și alte caracteristici ale venitului precum distanța față de pragul de sărăcie, grupurile prioritar afectate (definite în raport cu obiectivele sale de incluziune – grupuri cu risc de excluziune, nivel de educație, disparități regionale), dar și indicatori care caracterizează consumul pe ansamblu. În felul acesta, statistica se apropie de abordarea normativă<sup>4</sup>, elementele considerate având în vedere cerințe importante pentru menținerea stării de sănătate și contactul cu *obiceiul de consum* într-un spațiu cu consum eterogen, definit prin minime de atins. Indicatorul astfel completat definește riscul de sărăcie și excluziune socială.

În nerăbdarea dobândirii libertăților interzise în comunism, România a devenit o societate atomizată, în care fiecare entitate (indivd, comunitate) a dorit să se dezvolte independent. Ideea de coeziune socială a fost preluată în documentele programatice ale guvernelor de după 2000, modelate fiind de direcțiile programatice ale UE la care România a subscris odată cu integrarea europeană.

Politica de protecție socială s-a reformat continuu. Reglementările care au oferit suport au fost adesea nefuncționale (operaționale pe sectoare înguste, necorelate cu contextul general, birocratice sau chiar corupte), iar așteptările, nerealiste, au venit în numele unei unități nesuținută prin reglementări, cu ținte preluate din exterior. Primul grup intrat în atenția

---

<sup>4</sup> Spre deosebire de indicatorul de venit utilizat în determinarea sărăciei, căruia i se reproșează că are o determinare națională și se utilizează în comparații internaționale, referențialul pentru consum are o determinare unică rezultând astfel nu doar un indicator mai cuprinzător, ci și unul care depășește caracterul național al măsurării (Fahey 2010).

guvernărilor a fost al persoanelor cu dizabilități, printr-o legislație, modernă, rezonând dezideratului incluziunii sociale, dar larg neimplementată timp de 15 ani. Au urmat etnicii romi și copiii cu dizabilități, beneficiind însă de atenție diferită de-a lungul timpului.

Debutul anilor 2000, momentul aderării României la spațiul UE și anii de debut al crizei economice au fost caracterizate de eforturi de a da sistemului coerență, în acord cu specificul momentului (relansare economică, aderare, traversarea crizei) și, în general, de a așeza pe un fundament ideologic relația dintre veniturile redistribuite și cele obținute în procesul distributiv. Demersul nu este încă încheiat. Protecția socială este încă slab finanțată, dominată de suportul social financiar. Serviciile sociale sunt cvasi-absente, pe de-o parte printr-o finanțare modică a celor publice dublate de o ofertă privată greu sustenabilă și nesistematică.

La nivel individual, echitatea socială, solidaritatea, interesul comunitar sunt concepte larg asimilate egalității și colectivismului, asociativitatea servește scopurilor juridice și nu economice ale grupului, drepturile sociale sunt sever modelate sub presiune (a grupurilor de putere), iar liberalismul este practicat într-o formă primară: sunt respectate dreptul la opinie, libera circulație a persoanei și mărfurilor, diferențele de venit și avuție, dar nu este creat contextul dezvoltării antreprenoriale, a liberei inițiative. Investițiile străine, de la care s-a așteptat constant un imbold în dezvoltarea economică, au fost încurajate prin avantaje de cost (politica salariului mic, prețul scăzut al terenului) și descurajate printr-o legislație schimbătoare, termene excesive de implementare a unor legi (TVA/fiscalitate – de la o lună la alta sau, din contră, multe luni în așteptarea normelor de aplicare a legii), infrastructură, dar și ofertă profesională deficitară.

Majoritatea indicatorilor privind starea societății (venituri și consum, locuire, ocupare, educație) plasează România în extrema nefavorabilă a spațiului European. Deși tranziția României la economia de piață este tehnic încheiată de aproape 20 de ani, o bună parte a populației românești continuă să se raporteze la actuala stare socioeconomică ca la una de tranziție, deoarece refuză să accepte această stare ca destinație a transformării sociale, economice și politice dorite. Mai mult decât să ajusteze poziția acestora, direcțiile strategice de dezvoltare socioeconomice trebuie să urmărească să reconstruiască coerența socială și un echilibrul regional al dezvoltării.

### Bibliografie

- Anker, Richard. 2006. *A new methodology for estimating internationally comparable poverty lines and living wage rates – Working Paper No. 72*. Geneva: ILO – Policy Integration Department Statistical Development and Analysis Group. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.624.2047&rep=rep1&type=pdf>
- Banca Mondială. 2003. *România: Evaluarea sărăciei, Volumul I. Raportul principal, Raport Nr. 26169 – RO*. București: Banca Mondială. [http://adatbank.transindex.ro/html/cim\\_pdf393.pdf](http://adatbank.transindex.ro/html/cim_pdf393.pdf)
- Beveridge, William. 1942. *Social Insurance and Allied Services – Report*. London: His Majesty's Stationery Office. [http://news.bbc.co.uk/1/shared/bsp/hi/pdfs/19\\_07\\_05\\_beveridge.pdf](http://news.bbc.co.uk/1/shared/bsp/hi/pdfs/19_07_05_beveridge.pdf)
- Boeri, Tito. 2002a. *Let Social Policy Models Compete and Europe Will Win. Transatlantic perspectives on us-eu economic relations: convergence conflict and cooperation*. Harvard: John F. Kennedy School of Government, Harvard University.
- Boeri, Tito. 2002b. *Social Policy Models in Transition: Why so Different from One Another?* Milano: Bocconi Universit – IGIER, CEPR. <ftp://ftp.igier.unibocconi.it/homepages/boeri/2002/02A-39Ref1.pdf>
- Esping-Andersen, Gosta. 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Esping-Andersen, Gosta. 1999. *Social Foundations of Post-Industrial Economics*. Oxford: Oxford University Press.
- EU. 2000. *Lisbon European Council 23 and 24 March – Presidency Conclusion*. [http://www.consilium.europa.eu/en/uedocs/cms\\_data/docs/pressdata/en/ec/00100-r1.en0.htm](http://www.consilium.europa.eu/en/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/ec/00100-r1.en0.htm)
- Fahey, Tony. 2010. *Poverty and the Two Concepts of Relative Deprivation, WP10/1*. Dublin: UCD School of Applied Social Science, University College. <http://www.ucd.ie/t4cms/wp15%20fahey.pdf>
- Ferrera, Maurizio. 1998. "The Four Social Europes: between Universalism and Selectivity." In *The Future of European Welfare. A New Social Contract?* edited by Marin Rhodes and Y. Mény, 81–96. Palgrave Macmillan UK.
- Kuhnle, Stein. 2000. "The Scandinavian Welfare State in the 1990s: Challenged but Viable." *West European Politics*, 23 (2): 209–228. <http://dx.doi.org/10.1080/01402380008425373>
- Pert, Steliana. 1994. „Flexibilitatea pieței muncii.” *Studii și Cercetări Economice*, 9–10.
- Pierson, Paul. 2001. "Coping with Permanent Austerity: Welfare State Restructuring in Affluent Democracies". In *The New Politics of the Welfare State*, edited by Paul Pierson, 410–456. Oxford: Oxford University Press.
- Visser, Jelle. 2013. *Wage Bargaining Institutions – from crisis to crisis – Economic paper 488*. Brussels: European Commission. [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/economic\\_paper/2013/pdf/ecp488\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2013/pdf/ecp488_en.pdf)

## BENEFICIILE SOCIALE

DANIEL ARPINTE, SORIN CACE,  
ALEXANDRA DELIU

### CHELTUIELILE DIN PIB PENTRU PROTECȚIE SOCIALĂ

România are printre cele mai scăzute niveluri ale cheltuielilor pentru protecție socială, 14,8% din PIB în 2014, puțin peste jumătatea mediei la nivelul EU28 și este ultima țară europeană la nivelul cheltuielilor raportate la PPS pe cap de locuitor. Ca pondere din PIB, cheltuielile cu protecția socială au cunoscut o creștere susținută în perioada 2006–2010, când au atins nivelul cel mai ridicat (17,3% în 2010), însă au scăzut ulterior cu aproape un punct procentual anual, ajungând la 14,8% în 2014. La nivel european, o dinamică similară (creștere a nivelului finanțării anterior perioadei 2009–2010 și reducere ulterioară) înregistrează doar Irlanda, Lituania, Letonia și Estonia.

*Tabelul 1*  
Cheltuieli pentru protecția socială (% din PIB)

|         | 2007  | 2008 | 2009  | 2010  | 2011  | 2012  | 2013  | 2014  |
|---------|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| UE 28   | –     | 25,9 | 28,7  | 28,6  | 28,3  | 28,7  | 28,9  | 28,7  |
| UE 15   | 24,63 | 25,5 | 28,31 | 28,21 | 28,08 | 28,55 | 28,76 | 28,52 |
| România | 13,5  | 14,1 | 16,9  | 17,3  | 16,4  | 15,4  | 14,9  | 14,8  |

*Sursa:* Eurostat, actualizare 11 octombrie 2017.

### CHELTUIELI GUVERNAMENTALE PENTRU PROTECȚIE SOCIALĂ

România are printre cele mai scăzute niveluri ale cheltuielilor pentru protecție socială, 32,6% din cheltuieli guvernamentale în 2014. Prin raportare

la media UE se observă o diferență de 7,6 procente. Țările din Europa de Est au valori care se plasează pe un continuum de la 30,1% (Slovacia) la 38,3% (Polonia).

Cheltuielile cele mai consistente sunt realizate pentru vârstnici, în acest caz fiind depășită media UE. La toate celelalte cheltuieli România se află mult sub media UE, cele pentru șomaj având cel mai mare decalaj.

Tabelul 2

Cheltuieli pentru protecția socială (% din cheltuieli guvernamentale), 2014

|         | Protecția socială | Din care: |           |        |            |       |        |
|---------|-------------------|-----------|-----------|--------|------------|-------|--------|
|         |                   | Boală și  | Vârstnici | Urmași | Familie și | Șomaj | Altele |
| UE28    | 40,2              | 5,8       | 21,4      | 2,9    | 3,5        | 3,2   | 3,4    |
| UE15    | 40,06             | 5,99      | 20,59     | 2,37   | 4,24       | 3,81  | 3,11   |
| UE8     | 32,34             | 5,84      | 18,06     | 1,83   | 3,35       | 1,26  | 2,05   |
| România | 32,6              | 2,4       | 25,1      | 0,2    | 2,3        | 0,5   | 2,0    |

Sursa: Eurostat 2016.

## CHELTUIELI GUVERNAMENTALE PENTRU BENEFICIILE SOCIALE

Tabelul 3

Cheltuieli pe funcții % din total protecția socială, 2014

|         | Dizabilități | Familie și copii | Locuire | Vârstnici | Sănătate | Excluziune socială | Urmași | Șomaj | Total |
|---------|--------------|------------------|---------|-----------|----------|--------------------|--------|-------|-------|
| UE28    | 7,25         | 8,55             | 2,05    | 40,23     | 29,21    | 1,90               | 5,67   | 5,13  | 100   |
| România | 7,47         | 8,30             | 0,12    | 50,44     | 26,86    | 1,19               | 4,66   | 0,96  | 100   |

Sursa: Eurostat 2017.

În cazul tuturor țărilor europene, cea mai mare parte a cheltuielilor pentru beneficiile sociale merg către vârstnici, acest fapt fiind explicabil prin includerea pensiilor în această categorie. Dacă la nivelul UE28 procentul este de 40%, în România acesta este cu 10 puncte procentuale mai mare.

Plecând de la premisa că îmbătrânirea demografică este o caracteristică a țărilor europene în general, celelalte 7 tipuri de cheltuieli pentru beneficiile sociale (Dizabilități, Familie și copii, Locuire, Sănătate, Excluziune socială, Urmași, Șomaj) însumează cu 10% mai puțin, ca procent din cheltuielile guvernamentale, comparativ cu media UE28. În cazul României, cea mai puțin finanțată categorie de cheltuieli pentru protecție socială este locuirea (0,12%), în contextul unei medii europene (UE28) de 2,05%.

Tabelul 4

Evoluția cheltuielilor pe funcții % din total protecția socială, România, (2002–2014)

| Anul/<br>categoria | Sănătate | Dizabilități | Vârștnici | Urmași | Familie și<br>copii | Șomaj | Locuire | Excluziune<br>socială |
|--------------------|----------|--------------|-----------|--------|---------------------|-------|---------|-----------------------|
| 2002               | 25,61    | 8,17         | 43,18     | 4,23   | 12,59               | 3,62  | 0       | 2,28                  |
| 2003               | 27,94    | 9,69         | 40,56     | 4,08   | 11,28               | 4,56  | 0       | 1,71                  |
| 2004               | 26,11    | 8,42         | 42,77     | 4,23   | 12,47               | 4,23  | 0       | 1,78                  |
| 2005               | 28,4     | 8,21         | 39,9      | 4,08   | 14,01               | 3,09  | 0       | 2,32                  |
| 2006               | 26,04    | 8,69         | 41,38     | 4,51   | 14,36               | 2,63  | 0       | 2,39                  |
| 2007               | 26,71    | 9,59         | 41,66     | 3,87   | 12,8                | 2,04  | 0       | 3,33                  |
| 2008               | 25,02    | 9,79         | 46,21     | 4,38   | 10,88               | 1,42  | 0,16    | 2,14                  |
| 2009               | 24,45    | 9,54         | 47,23     | 4,63   | 10,23               | 2,36  | 0,14    | 1,43                  |
| 2010               | 25,23    | 9,12         | 46,31     | 4,47   | 9,74                | 3,22  | 0,13    | 1,79                  |
| 2011               | 24,63    | 8,86         | 48,32     | 4,52   | 10,47               | 1,56  | 0,13    | 1,51                  |
| 2012               | 26,55    | 8,17         | 49,52     | 4,72   | 8,59                | 1,13  | 0,13    | 1,18                  |
| 2013               | 26,83    | 7,80         | 49,92     | 4,70   | 8,28                | 1,08  | 0,13    | 1,26                  |
| 2014               | 26,86    | 7,47         | 50,44     | 4,66   | 8,30                | 0,96  | 0,12    | 1,19                  |

Sursa: Eurostat actualizare 11 octombrie 2017.

### CHELTUIELI GUVERNAMENTALE PENTRU ASISTENȚĂ SOCIALĂ

Precaritatea resurselor alocate pentru protecția socială afectează și asistența socială care rămâne, după 27 de ani de la reînființare, sever subdezvoltată în sectorul serviciilor primare și ineficientă la nivelul beneficiilor (Zamfir și alții 2015). Pentru principalele beneficii de asistență socială (venit minim garantat și alte beneficii bazate pe testarea mijloacelor, beneficii universaliste și noncontributorii pentru familie și copil, dizabilitate) România cheltuiește, ca pondere din PIB, în mod sistematic, mai puține resurse raportat la media UE28 (50% pentru beneficii bazate pe testarea mijloacelor și 60% pentru cele pentru familie și copil și pentru beneficiile destinate persoanelor cu handicap). Mai îngrijorătoare este reducerea semnificativă a alocărilor pentru beneficiile de asistență socială, în special în cazul beneficiilor pentru familie și copil, în 2014 cheltuielile fiind de 1,2% din PIB comparativ cu 1,8% în 2005, anul cu cea mai ridicată alocare. Față de 2010, anul cu cea mai ridicată alocare a resurselor pentru protecția socială, resursele pentru beneficii destinate familiei și copilului au scăzut mai abrupt în raport cu celelalte beneficii sociale (cu aproape o treime), însă scăderea cea mai accentuată este înregistrată pentru beneficiile bazate pe testarea mijloacelor,

alocarea din 2014 (0,6% din PIB) reprezentând jumătate din alocarea din 2010, anul cu cel mai mare finanțare cea mai mare pentru acest tip de beneficiu din ultimii 10 ani.

Nivelul redus al finanțării sistemului de beneficii de asistență socială se reflectă în eficiența redusă a sistemului de protecție și incluziune socială a categoriilor vulnerabile. Deși sistemul de asistență socială are un dezechilibru major în celor două componente, servicii și beneficii, în favoarea sistemului de beneficii, și rolul beneficiilor este evaluat ca discutabil. Categoriile largi sociale primesc un suport insuficient pentru a susține un nivel de trai adecvat. Cele mai afectate categorii sunt familiile cu copii, în special familiile cu doi sau mai mulți copii (riscul sărăciei crește semnificativ cu cât familia are mai mulți copii) și familii monoparentale. Datele arată că în 2014, jumătate dintre familiile cu trei sau mulți copii și 40% dintre familiile cu mai mulți copii se află în risc de sărăcie (Eurostat 2014). În general, copiii sunt cei mai expuși riscului de sărăcie și excluziune socială, unul din trei copii fiind în risc de sărăcie și unul din doi în risc de sărăcie și excluziune socială (Pop 2014). Același raport arată că transferurile monetare sunt mai puțin eficiente pentru reducerea riscului sărăciei la copii decât la adulți. Un alt raport de evaluare a schemei naționale de venit minim arată că beneficiile sociale, cu excepția pensiilor, și-au redus capacitatea de a adresa inegalitatea socială de la 11% în 2011 la 8% în 2014, față de 15% în EU28 (Pop 2015).

Cele mai importante modificări recente ale sistemului de beneficii au fost operate pentru beneficiile acordate pentru asigurarea venitului minim garantat conform legii 416 din 2001, reflectate și în alocările bugetare pentru finanțarea beneficiilor. O creștere semnificativă a finanțării pentru ajutorul social se înregistrează în perioada 2010–2015, alocările fiind aproape dublate în acest interval, însă au fost reduse drastic alocările pentru ajutoarele de încălzire, în special a celor acordate pentru încălzirea pe bază de lemne, cărbuni sau combustibil petrolier fiind, așadar, afectată în special populația din mediul rural. Modificările sunt un rezultat direct al reformei sistemului de beneficii de asistență socială inițiată în 2011 și care a avut ca obiective eliminarea pierderilor și a fraudei din sistem și o mai bună focalizare a beneficiilor. Rezultatele obținute sunt însă îndoielnice, beneficiile bazate pe testarea mijloacelor având un rol marginal în reducerea sărăciei, cele mai eficiente instrumente rămânând beneficiile categorial-universaliste, alocația de stat

pentru copii și suplimentul nutrițional din programul Corn și Lapte fiind cele mai importante (Arpinte și alții 2009; Pop 2015). Un alt beneficiu cu rol important în reducerea sărăciei în cazul familiilor cu copii este indemnizația pentru creșterea copilului până la vârsta de 2 ani (Pop 2014).

Programele destinate reducerii polarizării educaționale a copiilor (burse sociale, tichete pentru grădiniță) nu au fost încă evaluate, însă datele disponibile arată că eficiența acestor instrumente este limitată sever de numărul redus de beneficiari în raport cu estimările referitoare la dimensiunea grupurilor țintă.

Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei și planul operațional definit sub forma unui pachet antisărăcie, au ca element central venitul minim de incluziune, planificat pentru a intra în vigoare din 2018. Venitul minim de incluziune își propune să accentueze măsurile de incluziune prin măsuri specifice de integrare profesională și de încurajare a participării școlare. Un alt element important al legii venitului minim de inserție este simplificarea procedurilor administrative, prin eliminarea costurilor operaționale generate de administrarea unor beneficii diferite, dar care vizau același grup țintă.

În ansamblu, în pofida reformelor succesive ale sistemului de beneficii de asistență socială, impactul acestora în reducerea sărăciei și a protecției celor mai vulnerabile categorii sociale este redus, cu o contribuție modestă pentru incluziunea socială. Schimbările propuse de pachetul antisărăcie nu aduce schimbări de fond și nu va genera o creștere semnificativă a eforului statului de sprijin pentru cele mai defavorizate categorii, astfel încât să fie redus decalajul în raport cu celelalte state europene.

## **DIRECȚII DE ACȚIUNE**

O dezvoltare adecvată a sistemului de beneficii sociale ar trebui să fie subsumată obiectivului de creare a unui sistem de beneficii de asistență socială flexibil și adaptat dinamicii problemelor sociale. În acest scop, o serie de măsuri pot fi luate pe termen scurt, mediu și lung pentru a contribui la rezolvarea problemelor actuale.

Pe termen scurt, următoarele măsuri sunt necesare:

1. evaluarea globală a sistemului de beneficii de asistență socială pentru eliminarea suprapunerilor și a situațiilor care pot determina excluderea unor grupuri vulnerabile social, demotivarea reintegrării pe piața muncii sau ineficiența beneficiului în raport cu scopul pentru care este acordat. Evaluarea este necesară, având în vedere și dificultatea instituțiilor publice de a fundamenta programele de suport pentru categoriile vulnerabile (Dragotoiu și alții 2012);

2. crearea unui sistem permanent de evaluare a beneficiilor de asistență socială pentru a asigura informațiile necesare fundamentării ajustărilor beneficiilor (ca formă și volum) în funcție de dinamica grupurilor țintă. Programele actuale nu sunt evaluate periodic, singurele analize fiind parțiale, centrate pe un anumit timp de beneficiu și limitate sever ca utilitate. Este necesar un sistem de evaluare care să ofere informații periodice și sistematice despre sistemul de beneficii, astfel încât să poată fi realizate ajustările sau schimbările necesare, în funcție de dinamica grupurilor țintă, a nevoilor acestora sau evoluția întregului sistem de protecție socială;

3. simplificarea accesului la beneficii de asistență socială. Actualul sistem de administrare a beneficiilor presupune o povară semnificativă pentru potențialii beneficiari, puși în situația de a parcurge proceduri separate pentru beneficii care urmăresc același tip de nevoi. Aceste beneficii trebuie integrate în condiții comune de eligibilitate. Legea venitului minim de inserție asigură un prim pas pentru simplificarea accesului la beneficii, însă este necesar un proces amplu, care să vizeze întreg sistemul de beneficii de asistență socială pentru a garanta eliminarea condițiilor care pot descuraja sau împovăra potențialii beneficiari eligibili;

4. identificarea mecanismelor financiare care să asigure finanțarea fără sincope a beneficiilor. Sistemul actual, deși recentralizat parțial pentru o serie de beneficii importante (ajutorul social, ajutoarele pentru încălzirea locuinței) nu are la bază un mecanism de finanțare care să elimine dificultatea finanțării beneficiilor în cazul localităților slab dezvoltate economic. Sistemul actual de finanțare este discreționar și, suprapus obligațiilor pentru organizarea serviciilor locale de asistență socială, dezavantajează net localitățile cu pondere ridicată a persoanelor sau familiilor vulnerabile.

Pe termen mediu, o altă serie de măsuri poate contribui la rezolvarea problemelor existente:

1. modernizarea sistemului de administrare a beneficiilor de asistență socială (simplificarea accesului, modernizarea și extinderea funcțiilor sistemului informatic actual). Administrarea beneficiilor trebuie să vizeze nu numai simplificarea accesului pentru beneficiari, ci și facilitarea schimbului de date cu celelalte state europene. A devenit evidentă nevoia în ultimii ani la nivelul Agenției Naționale de Plăți și Inspecție Socială de intensificare a schimbului de date cu structurile omoloage din alte state europene, pentru a asigura evitarea suprapunerilor în furnizarea beneficiilor sociale, dar și pentru simplificarea accesului la beneficii a celor eligibili, dar aflați pe teritoriul altui stat;

2. extinderea formelor de suport nonmonetare pentru categorii vulnerabile social expuse riscului dependenței de beneficii, pentru reducerea cazurilor de utilizare improprie a resurselor primite. Tichetul pentru grădiniță este un bun exemplu de beneficiu care poate fi îmbunătățit și extins pentru a încuraja măsurile de suport active;

3. elaborarea unui sistem suplu de beneficii de asistență socială, interdependente (după modelul Venitului Minim de Inserție). Administrarea beneficiilor trebuie să vizeze prioritar nevoile beneficiarilor, nu cele ale instituțiilor publice implicate gestionarea și furnizarea suportului; eliminarea suprapunerilor este, de asemenea, prioritară;

4. redefinirea formelor de suport pentru copii și pentru familiile cu copii. Identificarea unor forme de suport adecvate pentru a garanta accesul tuturor copiilor la educația preșcolară. Sistemul actual de beneficii nu susține îndeajuns dezvoltarea timpurie a copiilor, în special a celor care provin din familii sărace. Măsurile actuale nu sunt suficient de stimulative, nu acoperă adecvat nevoile reale ale unei familii și nu adresează suficient factori care blochează accesul la educația preșcolară;

5. diversificarea formelor de suport pentru familiile cu copii. Investiția în copii este esențială pentru a împiedica transmiterea intergenerațională a sărăciei sau a dependenței de suport.

Pe termen lung, este necesară eliminarea diferențelor în privința efortului bugetar necesar finanțării beneficiilor pentru familie și copil în raport cu media statelor membre cu nivel apropiat de dezvoltare economică, prin

creșterea la 2% din PIB. Beneficiile pentru familie și copil sunt considerate a fi esențiale, având în vedere multiplul rol în completarea veniturilor familiei, facilitarea integrării pe piața muncii și contribuția la dezvoltarea copiilor; garantarea accesului la beneficii de asistență socială pentru persoanele sau grupurile eligibile prin eliminarea situațiilor (lipsa finanțării, lacune legislative, proceduri de tip administrativ) care pot împiedica obținerea beneficiilor.

## CONCLUZII

Creșterea PIB-ului, prognozată pentru următorii ani, nu este suficientă pentru ca starea de fapt să se îmbunătățească în România, raportat la situația curentă. Această creștere proiectează doar că, în condițiile în care se păstrează alocările bugetare la nivelul procentelor actuale din PIB, sumele brute destinate diverselor categorii de cheltuieli bugetare vor fi mai mari decât în prezent, Însă acest fapt nu duce la schimbarea locului pe care România îl ocupă în ierarhia europeană în ceea ce privește cheltuielile pentru protecția socială. Ca urmare, este nevoie de o schimbare calitativă, care să fie rezultatul unei regândiri a priorităților statale, dar și a legăturii dintre PIB și buget, astfel încât bugetul să aibă o pondere mai mare în PIB. În acest scenariu, dacă ponderea din PIB care merge către bugetul național ca întreg crește, vor crește și ponderile în PIB ale categoriilor specifice de cheltuieli bugetare, printre care și beneficiile sociale.

Este necesară reinterpretarea relației stat–cetățean: o posibilă opțiune ar fi responsabilizarea structurală, astfel încât statul să devină un partener credibil pentru rezolvarea potențialelor situații problematice la nivel individual/al grupurilor vulnerabile.

Trebuie promovată predictibilitatea sistemului social, pentru a genera premisele unui mediu social caracterizat de un nivel ridicat de încredere.

Percepția indivizilor asupra instituțiilor și a sistemului politic, încrederea pe care aceștia o au în diverse entități sociale, ca și accesul la servicii sunt în bună măsură legate proporțional de calitatea vieții indivizilor, inegalitatea socială percepută fiind invers proporțională cu percepția asupra calității vieții (Eurofound 2013), Ca atare, o modalitate prin care satisfacția cu viața,

ca măsură globală, poate fi îmbunătățită vizează tocmai felul în care indivizii se poziționează și, în același timp, îi plasează pe ceilalți în spațiul social. Un mediu dominat de incertitudine și perceput ca fiind injust este propice perpetuării unor căi inovatoare de soluționare a problemelor, așa cum este corupția. La rândul său, corupția duce la perpetuarea problemelor sociale care au dus la apariția sa, traducându-se prin: acces limitat/condiționat de aspecte informale la servicii și bunuri sociale; inegalitate socială crescută etc.

Este importantă adaptarea opțiunilor strategice la realitatea socială: dincolo de aspecte care țin de filosofia sistemului social, statul/structurile sociale trebuie să fie capabil să răspundă nevoilor curente ale cetățenilor.

### Bibliografie

- Arpinte, Daniel, Sorin Căce, Mihnea Preotesi and Cristina Tomescu. 2009. *Cornul și laptele – percepții, atitudini și eficiență*. București: Expert
- Eurofound. 2013. *Third European Quality of Life Survey – Quality of society and public services*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Pop, Miruna-Luana. 2014. *Investiția în Copii: întreruperea ciclului de reproducere a dezavantajelor. Un studiu asupra politicilor naționale: România*. Brussels: European Commission. <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=11656&langId=en>
- Pop, Miruna-Luana. 2015. *ESPN Thematic Report on minimum income schemes. Romania*. Brussels: European Commission.
- Stănescu, Simona Maria, Adina Dragotoiu, and Alina Ioana Marinoiu. 2012. „Beneficiile de asistență socială gestionate de Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale.” *Calitatea Vieții* XXIII(3): 239–266. <http://www.revistacalitateavietii.ro/2012/CV-3-2012/03.pdf>
- Zamfir, Elena, Simona-Maria Stănescu și Daniel Arpinte (coord.). 2015. *Asistența socială în România după 25 de ani: răspuns la problemele tranziției - texte selectate*. Cluj Napoca: Editura Școala Ardeleană EIKON.

## **SPRE UN SISTEM INTEGRAT DE SERVICII PUBLICE ÎN ASISTENȚĂ SOCIALĂ**

ELENA ZAMFIR

### **COMPLEMENTARITATEA FORMELOR DE SUPORT SOCIAL: SERVICII SPECIALIZATE DE ASISTENȚĂ ȘI BENEFICII FINANCIARE**

Asistența socială modernă, parte esențială a protecției sociale, reprezintă un mod operativ de punere în practică a unui ansamblu structurat de politici, programe sociale, activități instituționalizate, măsuri pentru recuperarea persoanelor și grupurilor vulnerabile, cu risc de excluziune socială. Din fonduri bugetare de stat sau din fonduri obținute voluntar de la indivizi sau comunitate, sunt sprijinite persoanele în dificultate, în funcție de profilul necesităților lor pentru a-și dobândi autonomia necesară unui trai decent de viață. Intervenția asistenței sociale se realizează prin forme specializate de suport (în principal, beneficii financiare (*in cash*) și servicii de asistență personalizate/Individualizate (*in kind*), la care se adaugă ajutoare ocazionale, stimulente pentru încadrare în muncă, servicii comunitare etc.) (Zamfir E. și Zamfir C. 1995; Zamfir E. 2000; Zamfir E. și alții 2000). Dacă funcția de bază a ajutoarelor sociale în bani este, de regulă, recuperatorie, cea a serviciilor personalizate este atât de ajutor imediat, de refacere, dar și de prevenție a situațiilor de risc. De aceea, eficiența unui sistem de asistență modern, constă în complementaritatea tuturor formelor de ajutor, în bani și în servicii, ele fiind strâns interconectate. În fapt, beneficiile și serviciile de asistență socială doar împreună, prin interdependența funcțiilor lor, pot asigura recuperarea și refacerea totală în timp a autonomiei celor marginalizați (Davies 2000; Alcock și alții 2002; Parrott 2002; Pop 2002; Pop 2005). Sistemul serviciilor de asistență cuprinde atât serviciile sociale oferite de instituțiile de stat, cât și de organizațiile private nonguvernamentale sau voluntare, de persoane calificate/autorizate.

Configurația sistemului serviciilor de asistență socială este structural dependentă atât de profilul socioeconomic al societății, de opțiunile de politică socială, cât și de modelele culturale de viață prezente în comunitate.

Pornind de la multitudinea de cauze economico-sociale, biologice, psihologice, morale, culturale etc., generatoare de riscuri pentru anumite persoane, grupuri sau chiar comunități, asistența socială modernă, centrată punctual pe nevoi, sprijină recuperarea și integrarea lor într-o viață normală. Asistența socială nu mai poate fi asociată cu forme filantropice, acte de caritate, prezente în preistoria ei. Dimpotrivă, ea se impune ca un drept universal al omului în dificultate, ca suport necesar pe perioadele lui de criză (Calhoun 2002). Funcția de bază a asistenței sociale este una triplă: de recuperare, de reintegrare și, poate cea mai importantă, de prevenție a riscurilor marginalizării. Pentru aceasta, prin forme diferite de suport, ea dezvoltă/ofere mecanisme individualizate de refacere a capacităților proprii pentru persoanele vulnerabile, cu risc de excluziune socială (Davies 2002; Zamfir și Zamfir 1995; Mănoiu și Epureanu 1999). Astfel, beneficiile financiare, prin funcțiile lor acoperă un deficit economico-monetar. În schimb, serviciile de asistență refac lipsa de abilități, aptitudini, capacități individuale și/sau morale, necesare unei vieți autonome. Serviciile de asistență socială apar ca programe specializate, tehnici de intervenție socială, metode de identificare a necesităților și de depășire a unor disfuncționalități proprii persoanelor vulnerabile. Cu ajutorul serviciilor de asistență, cei în dificultate pot obține condiții decente, minime de viață și pot să-și dezvolte propriile competențe pentru o integrare normală în comunitate (Boehm 1958). Unii analiști compară finalitatea serviciilor sociale cu „arta” de a ajuta individul să folosească mediul lui de viață în satisfacerea propriilor necesități (Gilbert și alții 1980; Goldstein 1973). H. Goldstein apreciază că obiectivul central al oricărui serviciu social este cunoașterea celui în dificultate, „învățarea socială”, „empatia”, procese ce se realizează pe baza unei relații directe între „client” și „asistentul social”.

În timp, a crescut complexitatea răspunsurilor societale la nevoile celor în dificultate, s-a pus la punct un proces complex de diagnoză a problemelor sociale, în dinamica lor rapidă. Problemele legate de justiție socială și de marginalizare socială au primit în ultima vreme o atenție specială în planurile politicilor antisărăcie și incluziune socială ale UE. Cu toate acestea, răspunsurile guvernamentale din multe state membre UE, atât la nivel macro, cât și

microsocial, prin politicile publice de diminuare și eliminare treptată a sărăciei, nu au fost capabile să răspundă la amploarea/dimensiunea fenomenului și nici a profunzimii lui. Poate de aceea, chiar state occidentale cu tradiție în asistență și protecție socială, au renunțat în timp la formula, ce s-a dovedit mult prea tranșantă și nerealistă, de eradicare a sărăciei în general. Aceasta a fost înlocuită cu reducerea treptată a sărăciei pentru anumite categorii/grupuri defavorizate. Au apărut și termeni mai apropiați științei, cu acoperire practică și cu impact în sfera acțiunii sociale: combatere a sărăciei, diminuare a sărăciei sau prevenție a riscurilor ei pentru anumite categorii de beneficiari.

În România postdecembristă, funcțiile complementare ale formelor de suport social au fost legiferate treptat printrun cadru juridic-normativ, în continuă căutare de coerență și rigoare (Legea nr. 705/2001 privind sistemul național de asistență socială; Legea cadru a asistenței sociale nr. 292/2011; Legea actualizată a asistenței sociale în 2017, la care s-au adăugat și numeroase reglementări normativ-legislative pentru categorii specifice de beneficiari). Prin preocupări succesive de a ajuta recuperarea și integrarea acelor persoane și grupuri vulnerabile, asistența socială modernă a plecat de la identificarea unor cauze socioeconomice-culturale, morale sau psihologic-individuale. Acestea, în grade diferite, în anumite condiții specifice, pot bloca accesul unora la oportunități, împiedicând integrarea lor normală în comunitate. Asistența socială modernă, ca profesie și ca practică de schimbare socială, și-a dezvoltat standarde specializate de evaluare și monitorizare a formelor instituționale de suport social. Acestea au vizat, pe lângă competențe tehnice de ordin profesional necesare ajutorului celor cu risc de marginalizare și norme, reguli de intervenție bazate pe înalte valori morale. Așadar, toate activitățile profesioniste de suport pentru cei în dificultate, în procesul lor de sprijin, trebuie să respecte necondiționat, principiile unui cod deontologic al profesiei. Aici, în prim plan, apare respectul pentru demnitatea, integritatea și autonomia persoanelor dezavantajate ce urmează a fi integrate normal în comunitate (Calhoum 2002; Atkinson și Rein 1993; Beck 1992; Bauman 2001).

Serviciile de asistență socială vizează un pachet complex-integrat de măsuri care să asigure un trai de viață decent pentru grupuri și persoane în dificultate la un moment dat. De aceea, doar partea de sprijin financiar a asistenței reprezentată prin beneficii, slab focalizate pe nevoi individuale, nu poate fi suficientă asigura autonomia persoanelor vulnerabile. Diversitatea

mare de cerințe care acoperă domenii de bază ale existenței individului: hrană, locuire, educație, sănătate, creșterea copiilor, participare civică etc. pot fi acoperite prin răspunsuri punctuale la aceste nevoi cu ajutorul serviciilor specializate/profesioniste. Serviciile de asistență socială reprezintă, în fapt, partea specializată a programelor de ajutor social. Ele au o triplă funcție pentru beneficiar: de suport urgent în situații de criză/dificultate, de recuperare în timp și de prevenire sau reducere a riscurilor viitoare. Acestea, doar împreună, pot asigura eficiența activităților și finalitatea suportului social pe termen lung.

### **SPRE UN SISTEM PUBLIC DE SERVICII INTEGRATE DE ASISTENȚĂ CENTRATE PE FAMILIE, COPIL ȘI COMUNITATE**

O analiză a politicilor de asistență socială pe perioada tranziției evidențiază un dezechilibru major între beneficii și servicii, ca forme de bază, complementare, ale asistenței. Beneficiile financiare, mai simplu de gestionat administrativ, au fost supraestimate în politicile publice postdecembriste. Acest fapt a generat costuri mari în sistemul de ajutoare sociale și o eficiență scăzută pentru beneficiar. Beneficiile financiare, greu de monitorizat în timp, slab centrate pe nevoi, au susținut o asistență pasivă, neperformantă, cu rezultate minime în recuperarea riscurilor sociale. Raportul cost–beneficiu al ajutoarelor de tip financiar a fost unul păgubos pentru sistem, nejustificat prin rezultatele finale. Partea de finanțare a acestor ajutoare *in cash*, deși una considerabilă pe parcursul anilor, nu a adus rezultate pe măsura investițiilor pentru cei dependenți de asistență. Mai mult, în politicile publice, creșterea în timp a finanțării sistemului de ajutoare sociale sub forma beneficiilor financiare a fost una total nestructurată, haotică/întâmplătoare, ca urmare a unor decizii urgente, dublate adesea de măsuri pompieristice sau dictate de cerințe electorale. Ele nu au fost focalizate pe nevoi după gradul de urgențe sau de dificultate a problemelor și nici prioritizate după categorii de beneficiari. De asemenea și calificarea beneficiarilor pentru ajutoarele financiare s-a făcut fără o răspundere profesională, fără o anchetă socială prealabilă a situației lor, bazată strict pe tipare administrativ–birocratice. De aceea, s-au creat dezordini, nereguli mari în procesul calificării beneficiarilor pentru sistemul

de ajutoare sociale. Au apărut situații neclare în evaluarea beneficiarilor, incorectitudini în diagnoza stării lor, facilitând astfel subcalificări sau supra-calificări nejustificate a acestora pentru sistemul de ajutor social. Beneficiile financiare, prost gestionate de guvernanți și izolate de alte forme de suport social, au mers pe linia unei asistențe sociale de urgență, neperformantă, cu impact scăzut în refacerea situațiilor de dificultate. Nu s-au luat în calcul funcțiile reale ale unei asistențe active, strict focalizată pe nevoi. Prin subestimarea serviciilor publice în strategiile guvernamentale a fost suprimată funcția de prevenție a asistenței, importantă pentru eliminarea și reducerea riscurilor marginalizării sociale. Astfel, adăugarea constantă la problemele sociale nesoluționate la timp a celor noi apărute pe perioada tranziției, a dus la accentuarea/adâncirea situațiilor de excluziune pentru noi grupuri și persoane vulnerabile. Totodată, au fost generate inutil costuri financiare și umane mari pentru întregul sistem de protecție și asistență.

În România postdecembristă, procesul de reformă al sistemului de asistență socială a fost unul timid, complexat de dificultățile moștenite din regimul comunist, dificil de atins prin misiunea socială asumată. Răspunsul statului social la șocul puternic al tranziției a fost cu mult depășit de dimensiunea/amploarea și gravitatea problemelor sociale noi apărute. Paradoxal, în România, în timp ce rolul social al statului se diminua tocmai pe perioadele de criză și austeritate, politicile sociale publice în asistență dominate de confuzie și incompetență, deveneau tot mai timide și ineficiente (Zamfir E. 2012; Vlad 2015, 2016a, 2016b). Astfel, sistemul public de servicii în asistență, slab finanțat, fără specialiști în domeniu, nu s-a putut impune ca formă stucturată de ajutor activ pentru cei în dificultate. El a avut o evoluție pur întâmplătoare, slab controlată în timp de decidenții politici. Sub impulsul unor cerințe venite din exterior (constrângeri europene, cerințe ale unor instituții financiare internaționale sau structuri nonguvernamentale) sistemul public de servicii de asistență a fost supus permanent unor schimbări și restructurări succesive împiedicând continuitatea/progresul acumulărilor și stabilitatea structurii lui în timp. Ca o compensație la lipsa de coerență a politicilor sociale de a propune dezvoltarea unui sistem public integrat de servicii, au apărut inițiative locale ale unor ONG-uri centrate pe forme specializate de ajutor pentru familie, copil și comunități. Din păcate, spațiul lor de acoperire a fost însă unul sporadic, foarte limitat și ca diversificare pe nevoi și ca localizare geografică. Lipsa lor de monitorizare în timp a scăzut

mult eficiența suportului social pentru beneficiari. Multe grupuri/persoane vulnerabile au rămas descoperite, la fel și multe localități/zone rurale. Pe lângă aceste limite structurale, au apărut și dificultăți majore în finanțarea și sustenabilitatea lor în timp. De aceea, și acum, după 28 de ani, în lipsa unui sistem public structurat de servicii de asistență, prevenirea și reducerea dimensiunii îngrijorătoare a sărăciei și mai ales a sărăciei severe la copii, a riscurilor multiple de excluziune socială a grupurilor vulnerabile au rămas ținte obligatorii, asumate atât prin Programul național de reformă cât și prin documentele guvernamentale programatice pentru anii 2020–2035. În România, ca în toate țările cu tradiție în asistență socială, mărimea ajutorului financiar și tipurile de servicii acordate beneficiarilor sunt fixate în limitele impuse de lege. Este cunoscut că nu există o limită în acordarea ajutoarelor sociale. Reglementarea formelor/tipurilor de ajutor social și corelarea acestora se realizează prin diagnoza periodică a problemelor sociale, prin clarificarea profilului nevoilor, prin prioritizarea cerințelor beneficiarilor conform unor standarde minim-decente de calitate a vieții. În acest context, stabilirea priorităților în strategiile de țară prin raportare la obiective, ținte, termene de realizare etc. este una crucială în alocarea bugetului disponibil sistemului de asistență. Comparabilitatea în cadrul țărilor membre UE a procesului de reformă în dezvoltarea și finanțarea serviciilor de asistență socială este greu de făcut. Fiecare stat membru UE pleacă de la o anumită stare a populației în dificultate, cu grade diferite de dependență față de ajutorul social. Aceasta, la rândul ei, impune măsuri active, finanțare adecvată, programe proprii de recuperare a autonomiei beneficiarilor prin beneficii financiare și servicii specializate de asistență. Cerințele de dezvoltare și alocare de fonduri financiare și resurse calificate pentru funcționarea lor vor fi, evident, diferențiate în funcție de stadiul atins de dezvoltarea sistemului de asistență din fiecare țară în parte dar și de gravitatea problemelor sociale. Paradoxal e faptul că, în timp ce România are o rată a sărăciei foarte ridicată comparativ chiar cu fostele țări socialiste, fondurile pentru cheltuieli sociale au fost și sunt cele mai reduse din UE (Vlad 2016, 475–473). Funcțiile sociale ale statului, în condiții de mare risc și dificultate pentru populația săracă/marginalizată, s-au redus foarte mult. Astfel, s-au cumulat în timp la nivel de comunități/grupuri și indivizi în dificultate stări grave de lipsuri elementare pentru un trai decent (condiții improprii de locuire, lipsă de hrană, neparticipare la forme de educație elementare, deprivări severe în sfera participării civice

etc., greu de eliminat apoi). Toate acestea au stabilizat o sărăcie ce a devenit persistentă. În timp ce la noi sunt tot mai restrictive condițiile de calificare pentru sistemul de ajutor social, în spațiul UE sunt propuse, prin noul sistem de calcul al riscurilor sociale, standarde cât mai flexibile și generoase, pentru a-i ajuta pe cei marginalizați să nu intre în capcana sărăciei severe sau persistente (Zamfir 2012).

Lipsa unui sistem integrat de servicii de asistență socială, care să acopere marea diversitate a nevoilor celor în risc de excluziune socială, a condus la ineficiența și nesustenabilitatea formelor de ajutor social pe perioada tranziției. Un exemplu recent, concludent aici. În februarie 2015 a fost lansat de Guvernul tehnocrat Cioloș un „Pachet integrat de măsuri pentru combaterea sărăciei” ca răspuns la problemele sociale multiple și diversificate pe grupe/categorii de grupuri și persoane defavorizate, însoțite și de propuneri de intervenție. Deși acest program antisărăcie a fost bine conceput teoretic ca strategie pentru incluziune socială, deși aici apare clar cerința unor măsuri integrate prin servicii specializate de support social pentru cei vulnerabili, din păcate, acest Pachet de măsuri a rămas doar în stadiul de intenție, în sfera unor politici anunțate/afirmate doar ideologic. Nu a existat o susținere reală pentru implementarea lui printr-un program structurat de măsuri active, dublat imediat și de o metodologie de implementare a măsurilor cu o finanțare corespunzătoare. Din nefericire, „Pachetul integrat de măsuri pentru combaterea sărăciei” din 2015, de altfel, o inițiativă meritorie a Guvernului tehnocrat Cioloș, nu a avut un final reușit. Cele 47 de măsuri ale Pachetului care urmau să rezolve fenomene de masă ale sărăciei și sărăciei severe nu s-au concretizat într-un plan activ de evaluare, monitorizare și acțiune pentru recuperarea familiilor cu mulți copii și a celor din sărăcie severă. Scoaterea lor din dependența față de ajutoarele sociale a rămas o simplă propunere a Guvernului, doar un deziderat frumos. Alternativa de creare a noi locuri de muncă și de orientare a șomerilor pe piața muncii nu a fost una motivantă pentru ei și nici una pregătită prin politici active de ocupare. Nu s-au găsit forme adecvate și nici mecanisme de stimulare a unei noi mentalități culturale orientate spre muncă. De aceea, imperativul formulat tot mai des de specialiști în domeniu: „de la o cultură a dependenței de ajutoare sociale la una bazată pe motivarea muncii” a rămas unul actual pentru spiritul asistenței sociale românești, dar și a celei moderne. Integrarea pe piața muncii reprezintă în fapt o formă activă de suport social (Zamfir E. 1996; Zamfir E. 2010b;

Zamfir E. 2017) care să elimine „cultura neputinței învățate” bazată pe traiul din ajutoare sociale. Dependența de ajutoare sociale adâncește și mai mult în timp, norme de viață ale unei „culturi a sărăciei”. La rândul ei, aceasta are efecte dramatice asupra generațiilor tinere și de copii (Townsend 1993, Zamfir E. 1995). Așa se explică de ce „Pachetul integrat de măsuri pentru combaterea sărăciei”, amintit aici, deși, în principiu, cuprindea un set de programe și măsuri coerent formulat la nivel de politici anunțate, a rămas doar în sfera unor bune intenții pentru reforma sistemului. Acesta nu a avut ecou în schimbări reale pentru situația beneficiarilor. Așa se face că după 2 ani, în 2017, în contextul propunerilor privind orientările de politică economică pentru sustenabilitatea creșterii economice și pe baza unei analizei comparative (anul 2016 vs 2017), una din recomandările specifice făcute României de Comisia Europeană pentru Programul național de reformă se referă la necesitatea unei creșteri economice incluzive social. Conform modelului European, cerințele de creștere ale unei economii moderne de piață trebuie armonizate cu cele ale unei economii sociale care să reducă cât mai mult riscurile excluziunii sociale pentru cei vulnerabili. În acest sens se prevăd măsuri integrate pentru dezvoltarea/ operaționalizarea, eficientizarea unor servicii sociale din educație, sănătate, ocupare, locuire pentru persoane și grupuri în dificultate (Atkinson și Rein 1993; Zamfir E. 2002). Se subliniază că necesitatea unei legături strânse între serviciile de ocupare și cele de asistență socială rămân pentru România un obiectiv constant al noului model social de țară întrucât Comisia a constatat în România o cooperare foarte redusă dintre serviciile de ocupare a forței de muncă și cele sociale. S-a evidențiat că „Schema de Garanții pentru tineri” NEETS a fost una insuficientă și nefuncțională. România a trebuit să returneze Comisiei Europene peste 30 de milioane euro pentru finanțarea acestui program datorită neutilizării fondurilor prin proiecte active de ocupare pentru tineri. De aceea, recomandarea făcută pentru mediului de afaceri a Programului de guvernare 2016–2020 are ca obiectiv strategic reducerea șomajului în rândul tinerilor cu vârsta până la 25 de ani de la 24% în prezent la sub 10% în doi ani și la sub 5% în următorii doi ani. S-a preluat recomandarea adaptării serviciilor de formare a tinerilor pentru piața muncii la profilul lor profesional printr-o mai bună corelare cu serviciile de asistență și cele sociale. În fapt, înregistrarea tinerilor fără loc de muncă și integrarea lor pe piața muncii reprezintă în prezent o prioritate majoră a politicilor sociale publice în asistență.

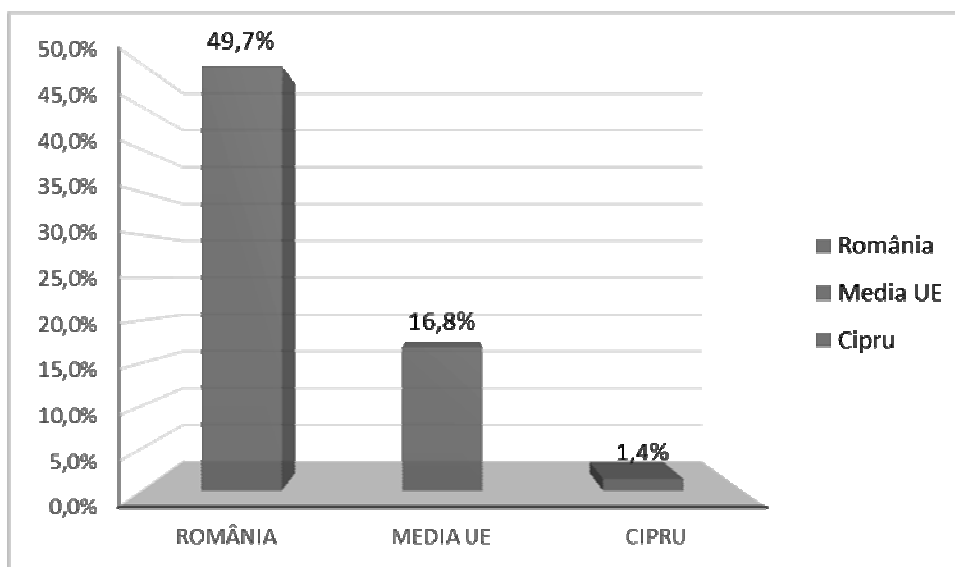
Deseori, se consideră nejustificat că simpla creștere economică ar rezolva automat și problemele sociale grave cu care asistența socială se confruntă. În acest sens, în România ultimilor ani, înregistrările creșterii economice sunt unele extrem de promițătoare. În 2017 în trimestrul 1, România are cea mai mare creștere a PIB-ului din UE, de 5,6% (ajustat), fiind urmată de Slovenia 5%, Letonia și Estonia 4%. În iunie 2017, România, cu o creștere economică de 1,7%, se situează pe primul loc în UE, fiind urmată de Letonia 1,6% și apoi de Slovenia, 1,5%; creșterea economică în 2016 a atins un punct maxim raportat la perioada de criză, 4,9%. Mai mult, se prevede o stabilitate și pentru 2017 de 4,4% și pentru 2018 de 3,7%. S-a consolidat și piața forței de muncă ca urmare a creșterii economice. S-au înregistrat progrese și în punerea în aplicare a recomandărilor UE din 2016. Cu toate acestea, un aspect important nu poate fi omis aici. Dacă raportăm la întreaga perioadă a tranziției, în cei 27 de ani de la Revoluția din Decembrie, România a avut cea mai mică creștere economică față de principalele țări europene în tranziție. În fapt, calitatea schimbărilor sociale nu poate fi calculată/înregistrată doar pe o perioadă scurtă de timp, un an sau doi. Aceasta are în vedere etape mari, cu acumulări successive, perceptibile la nivelul tuturor domeniilor vieții sociale în interdependența lor. Doar în procesul continuității dezvoltării unei țări putem evalua calitatea schimbărilor economico-sociale asupra componentelor/vieții, cu efectele lor multiple, directe, dar și indirecte, dorite, dar și perverse. Așa se explică, de ce, contrar așteptărilor, pe fundalul unor creșteri economice a ultimilor ani și cu unele scăderi sporadice ale ratei sărăciei în 2017, România se situează în 2016, conform datelor Eurostat, pe primul loc în clasamentul European la rata sărăciei relative, la sărăcia persoanelor care muncesc, la persistența sărăciei în rândul copiilor, a tinerilor, a familiilor cu copii, a persoanelor cu handicap, a romilor, a populației rurale și persoanelor inactive, rămânând cu riscuri foarte ridicate de excluziune socială pentru aceste categorii dezavantajate. Asistența socială postdecembristă, pasivă și ineficientă în dezvoltarea serviciilor personalizate de sprijin, nu a putut răspunde punctual la nevoile acestor grupuri. În România, lipsa unui pachet integrat de servicii specializate de asistență pentru prevenirea și reducerea riscurilor sociale a avut urmări dramatice în creșterea rapidă a unor inegalități sociale profunde (Zamfir 2017; Beck 1992; Duncan și Brooks-Gunn 1997). Polarizarea socială accentuată a dus la o distribuție

dezechilibrată a riscurilor în masa populației și la o cumulare masivă a lor la un singur pol. Au apărut imediat și efectele dure ale unei in justiții sociale pe termen lung, greu de înlăturat. Ultimele date pe justiție socială, analiză comparativă a țărilor UE, indică pentru România o prăpastie care se adâncește continuu dintre săraci și bogați. Astfel *Raportul de țară al României din 2017* arată că: „În România, 2016, persistă inegalități mari în materie de venituri. România are unul dintre cele mai ridicate niveluri de inegalitate a veniturilor din UE și această inegalitate este în creștere, parțial din cauza reducerii efectelor de redistribuire ale sistemului fiscal și de transferuri.” (5). Îngrijorător este faptul România, cu 46,8%, se situează în topul țărilor cu cea mai mare rată a copiilor în sărăcie. În România anului 2016, 1,7 milioane de copii trăiesc în situații de risc de sărăcie sau excluziune socială în timp ce o plasă ultimă de siguranță care să asigure diferențiat măsuri de prevenție pe vârste este total absentă. Situația reală, așa cum reiese din evaluările Rapoartelor UNICEF, fiind chiar mai dură decât înregistrările statisticilor oficiale, dacă luăm în calcul condițiile precare ale calității vieții copilului din comunitățile marginalizate social (traitul în locuințe improprii, lipsă elementară de hrană, de îngrijire medicală, lipsa copilăriei multora dintre cei care aparțin categoriilor defavorizate, în special a celor de romi) și satisfacția lui subiectiv emoțională foarte scăzută cu viața. Acest indicator, de regulă, nu a fost luat în calcul de statisticile oficiale pentru copil.

Statisticile comparative europene, Eurostat, înregistrează/avertizează din 2015 cote alarmante și ale riscului de sărăcie în România comparativ cu țările UE și media UE. Întrucât furnizarea unor servicii integrate de asistență nu s-au regăsit în politici sociale publice active, propunerea fermă a Raportului de țară al României din 2017 menționat mai sus, se referă la trecerea rapidă la servicii integrate de sănătate, educație, locuire, de integrare pe piața muncii, de participare civică etc. care toate, doar împreună, pot soluționa problemele sociale grave și riscurile cu care se confruntă categorii defavorizate (n. n.). E drept că pe toată perioada tranziției, pentru cei defavorizați social, lipsa unui sistem coerent integrat de servicii de asistență s-a resimțit acut atât la nivelul serviciilor medicale, cât și în cel al educației, al condițiilor de locuit, al politicilor de ocupare etc. O consecință imediată a fost vizibilă în adâncirea tot mai mare a inegalităților sociale, a polarizării sociale tot mai accentuate etc. Așa se explică faptul că, starea precară a locuințelor, calitatea scăzută a

facilităților din gospodărie, accesul foarte redus la locuințe decente și supra-aglomerarea lor au devenit semnale certe ale excluziunii sociale. Conform datelor Eurostat, proporția persoanelor din UE28 afectate de deprivare severă a locuințelor în 2015 este una îngrijorătoare pentru multe țări europene. Doar în patru state membre ale UE, mai mult de o persoană din zece a fost afectată de deprivare severă a locuinței, în timp ce în România, o persoană din 5 a simțit această deprivare severă. În timp ce Bulgaria avea o rată de 11,4%, Ungaria și Letonia de 15,5%, în România rata deprivării severe de locuință era de 19,8%. Astfel, problema suprapopulării/aglomerarea locuințelor, locuințe improvizate, condiții indecente de trai, devine una îngrijorătoare pentru cei defavorizați social. Rata de suprapoluare/supraaglomerare a locuințelor este în România, conform Eurostat 2016, de 49,7% față de 16,8% media europeană (Grafic 1):

Grafic 1. Rata de suprapopulare/aglomerare a locuințelor



Sursa: Eurostat 2016.

Corelat cu starea precară a locuinței, funcționarea defectuoasă și calitatea slabă a serviciilor de sănătate, accesul redus al celor vulnerabili la îngrijirea sănătății, reprezintă un punct nevralgic major al politicilor sociale post-decembriste de sănătate. Efectele imediate dar și îndelungate ale unui management defectuos prezent în instituțiile publice de sănătate sunt

înregistrate prin indicatori preciși de scădere graduală a satisfacției cu viața. Serviciile medicale au fost insuficiente și sunt în România total ineficiente pentru categoriile sociale marginalizate. Au fost înregistrate probleme serioase în gestionarea fondurilor pentru sănătate, cu evidente semne de corupție. A existat o dependență a beneficiarilor de serviciile spitalicești, care au implicat costuri ridicate, calitate scăzută a îngrijirii medicale dar și o slabă accesibilitate a beneficiarilor la servicii publice de sănătate. România ocupă o poziție marginală, ultimul loc din UE, și în sfera fondurilor pentru servicii de sănătate ca procent din PIB, 5,1% (2014). Ea s-a situat la mare distanță de țări precum Suedia, Franța, Germania, Olanda cu 11% din PIB. Aici, România, cu 5,1% din PIB, ocupă o poziție marginală comparativ și cu noile state membre UE (Bulgaria 8,5% din PIB, Cehia 7,6%, Ungaria 7,2%, Polonia 6,3%). În privința cheltuielilor pentru serviciile de sănătate pe cap de locuitor, România conform datelor din 2015, Eurostat, cu o sumă de 340 euro, se situează și aici pe ultimul loc, la distanță mică față de Bulgaria cu 343 euro, și statele noi membre ale UE (Polonia, 520 Euro, Cipru 532 euro, Ungaria, 592 euro) dar la distanțe foarte mari de țări ce acordă peste 3000 euro pe cap de locuitor (Luxemburg, 4 122 euro, Danemarca 4 094 euro, Olanda 3 194 euro, Suedia 3 170 euro, Austria 3 149 euro, Marea Britanie 3 020 euro). La indicatorul privind cheltuieli pentru îngrijirea preventivă în sănătate, România rămâne și aici pe o poziție extrem de periferică. Ea alocă numai 0,8% din PIB, fiind depășită doar de Cipru 0,6%, în timp ce țări ca Italia, Marea Britanie atribuie 4,1%. Principalul furnizor de sănătate în România rămâne spitalul, iar serviciile preventive aproape sunt inexistente, mai ales pentru categoriile defavorizate.

Aceeași situație extrem de dură pentru dezvoltarea României, ultimul loc în Europa, o regăsim și în sfera cheltuielilor, investițiilor din educație (școală, proces de formare, cercetare etc.) unde procentul din PIB pentru educație este foarte scăzut: 3,1% în 2015 față de media UE de 4,9%. România s-a situat la mică distanță de Irlanda 3,7%, de Bulgaria și Italia, 4%, care și ele au acordat sub media UE și la mare distanță față de țări precum Danemarca cu 7%, Suedia cu 6,5%, Belgia 6,4%, Finlanda 6,2%, Estonia 6,1%, Letonia și Portugalia 6% din PIB. În România, fenomenul sărăciei corelează pozitiv cu o educație scăzută a părinților sau chiar cu lipsa lor de educație. Acestea au efecte în lanț și pentru participarea școlară redusă a copiilor sau pentru abandonul școlar. România face parte din țările

cu probleme serioase privind participarea școlară și analfabetismul funcțional, care este în creștere. Oricum, este necesar ca educația, sănătatea, locuirea să fie reconsiderate ca priorități de grad „0” ale politicilor publice bugetare, acestea fiind totodată și investiții majore în om, indicatori siguri pentru evoluția viitoare a României (o dezvoltare a acestor probleme se găsește în capitolul educație, sănătate din volum).

În fapt, dimensiunea și amploarea sărăciei în România se datorează unei cauzalități multiple: pierderea locurilor de muncă, politici sociale de incluziune pasive, deteriorarea veniturilor populației, salarii și pensii mici, lipsă de educație și pregătire profesională scăzută, politici de ocupare nesustenabile la care se adaugă iresponsabilitatea decidenților în implementarea politicilor publice și corupția la nivel înalt din societate etc. Misiunea serviciilor publice de asistență nu se reduce doar la a înregistra o gamă largă de riscuri sociale posibile cu care se confruntă persoane și largi grupuri dezavantajate. Această misiune se întinde prin forme specializate de ajutor social, propunând soluții viabile pentru incluziune socială. Ea oferă și spațiu de dezvoltare/recuperare a celor dependenți de ajutoare sociale (Lofsted și Frewer 1998; Zamfir E. și Zamfir C. 1996; Zamfir E. 1997; Zamfir E. și Zamfir C. 1997; Stiglitz 2010; Zamfir C. și Filipescu, 2016). Riscuri mari ale marginalizării și excluziunii sociale sunt generate de lipsa educației și școlarizării. După Revoluție, serviciile de educație pentru cei defavorizați au reprezentat și reprezintă încă un punct nevralgic, deosebit de slab al politicilor publice, cu efecte dramatice în sfera inegalității sociale (Zamfir E. 2017a, 2017b). Lipsa de motivație pentru educație, pentru formare profesională a afectat grav calitatea resurselor umane și oferta inegală de acces la educație pentru categorii sociale defavorizate, mai ales din zonele rurale, din comunitățile sărace și de romi, din familiile cu copii plecate la muncă în străinătate (Zamfir E. 1993, 1994, 1997, 2002; Zamfir C. 2011, 2012, 2017; Schraad-Tischler și Schiller 2016; Pop 2017). De aceea, România a devenit în rândul țărilor UE o țară cu o rată foarte ridicată de analfabetism funcțional, de părăsire timpurie a școlii, de abandon școlar și de scădere a absolvirii învățământului terțiar. Aceste fenomene, la rândul lor, se regăsesc în nivelul unei calificări scăzute a forței de muncă, în lipsa de acces pe piața muncii, devenită tot mai competitivă, a unor persoane vulnerabile, în procese masive de emigrare, în situații de marginalizare și neintegrare socială a unor grupuri sau chiar comunități etc. Nu este întâmplător faptul că tot mai mult în ultima

perioadă de timp, în politicile sociale Europene și nu numai, se propun, alături de formele de suport social *in cash* sau *in kind* metode eficiente de reducere drastică și prevenire a sărăciei prin politici active de formare și ocupare pentru tineri. Protecția persoanelor vulnerabile, cu risc de marginalizare este gândită astfel pe termen mediu și lung prin plasarea pe piața muncii a șomerilor (Giddens 2007; Lofsted și Frewer 1998; Stiglitz 2010). Crearea unor locuri de muncă decente și adaptate profilului șomerilor și tinerilor neîncadrați rămâne o prioritate a decidenților politici în sistemul actual al politicilor de asistență. Pregătirea pentru piața muncii a persoanelor șomere sau a tinerilor neîncadrați profesional se face prin crearea unor deprinderi practice de orientare și motivare a lor pentru o „cultură a muncii” (Zamfir E. 2010b; Zamfir E. 2012a). Anthony Giddens, în acord cu directivele „Strategiei Lisabona” sublinia că accentul pus „pe justiția socială și protecția în țările membre UE, urmărește modernizarea modelului social european prin îmbunătățirea capacității colective de a acționa și de a oferi tuturor noi șanse”, prin intenția declarată de promovare a muncii decente, „ca obiectiv global și la toate nivelurile”, prin creșterea adaptabilității muncitorilor pe piața muncii și prin „aplicarea măsurilor de incluziune pe piața muncii” (Giddens 2007, 96). În 2016, România a utilizat în derularea unor programe/proiecte ocupaționale de găsire a unor soluții pe piața muncii a celor cu risc de marginalizare importante fonduri sociale europene. Modificările legislative de integrare a bugetului național cu fonduri europene a permis o mai bună cooperare a serviciilor de ocupare pe piața muncii cu servicii de asistență socială. A crescut astfel și responsabilitatea Agenției Naționale pentru Ocuparea Forței de Muncă, mult diminuată în trecut (Pop 2017).

Interesant este că UE a propus o tematică largă de dezbatere în jurul politicilor ocupaționale și prin lansarea, în 2012 (an declarat al îmbătrânirii active și al solidarității dintre generații), a „Cărții Albe: O agendă pentru pensii adecvate, sigure și viabile” (Zamfir E. 2012b). Ținând seama de creșterea numărului pensionarilor în UE (în 2012 erau aproximativ 120 de milioane, 24% din populația totală a celor 27 de state membre), Cartea Albă sugerează soluții pragmatice pentru prelungirea vârstei active profesional a persoanelor pensionabile. Se precizează necesitatea menținerii lor, pe cât posibil, în locuri de muncă decente și dorite de ei prin pregătirea și experiența lor profesională. Se accentuează necesitatea unui echilibru între viața profesională activă și vârsta de pensionare. Se încurajează solidaritatea cu partenerii sociali

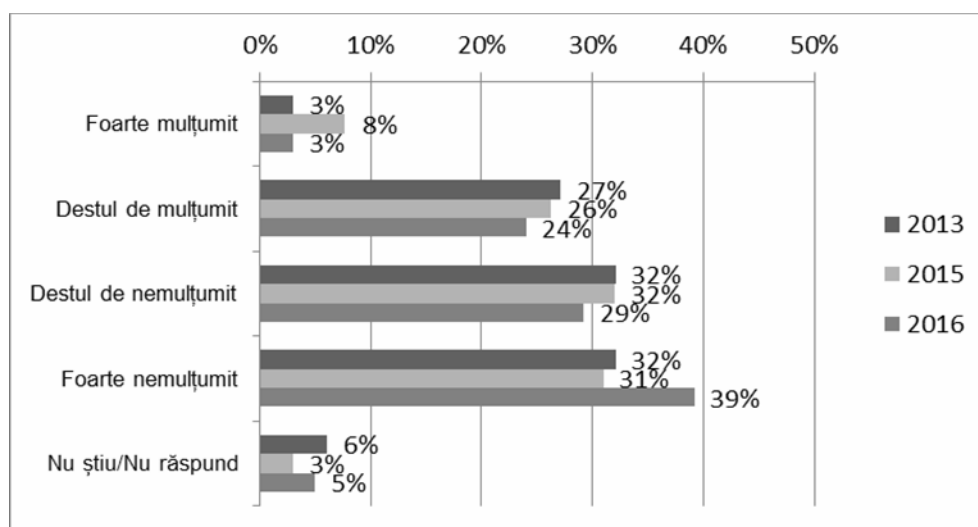
responsabili pentru un climat prietenos de muncă pentru vârstnici. Crearea unor oportunități pentru păstrarea la locul de muncă a celor de vârstă pensionabilă, dar și pentru a readuce pe cei pensionați dornici să muncească, nu este un scop în sine a acestui document european. Acesta are în vedere corelarea vârstei de pensionare cu speranța de viață în creștere și, totodată eliminarea accesului la pensionări anticipate nejustificate (Zamfir E. 2012b). Și în România, ca în întreaga Europă, problema îmbătrânirii populației este una provocatoare pentru viitorul proiect de dezvoltare de țară. Ea are numeroase efecte în plan economic, politic, social-moral, dar și în relațiile inter și intrageneraționale. Căutarea unor soluții flexibile de evitare a consecințelor nedorite a îmbătrânirii populației devine una tot mai presantă pentru politici publice echilibrate (Zamfir E. 2012b). În timp ce cheltuielile pentru îngrijirea celor în vârstă pe întreg teritoriul UE28, (indemnizațiile pentru cazare și asistență în îndeplinirea sarcinilor zilnice de îngrijire) au reprezentat, în 2012, 0,5% din PIB, iar în Suedia s-a înregistrat o rată care a fost de aproape de cinci ori mai mare decât media UE, în România aceste cheltuieli au fost din cele mai mici, de numai 0,1% din PIB.

Subiectul privind asigurarea fondului de pensii, ca proces de tip „pay as you go” re apare din nou cu acuitate, în 2017, pe agenda Guvernului și în dezbaterile actorilor sociali. Deși sunt multe încercări de corecții aduse sistemului de pensii, în 2016 și 2017, de către Guvernul României, finalizarea acestuia rămâne încă o problemă neîncheiată, deschisă ca prioritate pentru strategiile viitoare de dezvoltare de țară. Eliminarea unor puncte inconsistente, susținute de raționamente și argumente fragile din propunerea unei noi legi a pensiilor se impune ca o corecție necesară pe baza unor dezbateri publice cu actorii sociali, cu experți și mediul academic de cercetare.

Probleme acute au apărut în zona de finanțare a întregii asistențe sociale ca procent din PIB. În România postdecembristă, datorită unor confuzii legislative și restrângerilor bugetare, sistemul de beneficii sociale selective s-au micșorat considerabil, acestea reducându-se mai mult la ajutoare de urgență pentru supraviețuire. Beneficiile sociale s-au micșorat atât ca număr, cât și ca valoare reală, în timp ce criteriile de eligibilitate s-au rigidizat. Astfel, sistemul de beneficii în România, s-a redus treptat fiind restricționat de condiții dure de eligibilitate pentru beneficiari, în timp ce în statele europene au devenit tot mai flexibile și focalizate pe tipuri de nevoi. De aceea, beneficiile, singure, separate de servicii, devin nesustenabile pentru

refacerea și prevenția unui segment larg al populației în dificultate. Formele de ajutor social din bugetele locale și de stat sau din fondul național de solidaritate s-au restrâns și ele (Pop 2017). Așa se explică creșterea rapidă în sondaje recente a nemulțumirii românilor privind sprijinul acordat de stat în soluționarea problemelor lor. Sunt înregistrate astfel valori mari ale insatisfacției și neîncrederii populației în Guvern și instituții cheie ale statului. În sondajele IRES privind *Bunăstarea românilor*, o dinamică pe trei ani, 2013, 2015, 2016, indică o creștere cu 7% în 2016 față de 2013 și 2015 a nemulțumirii românilor față de Guvern (de la 32% în 2013 la 39% în 2016). Procentul celor foarte mulțumiți scade de la 8% în 2015 la 3% în 2016. De asemenea, în 2016 scade cu 3% grupul celor destul de mulțumiți față de cei din 2013 și 2015.

Grafic 2. Cât de mulțumit sunteți de actualul Guvern? (%)



Sursa: IRES 2016.

În acest sondaj IRES, statul este plasat pe ultimul loc în alegerile românilor pentru sprijinul oferit în rezolvarea problemelor lor. Neîncrederea românilor în puterea de intervenție a statului în momentele lor de dificultate este semnificativă prin răspunsurile date la această întrebare. Doar 18% consideră că statul este foarte important în ajutorul dat pentru rezolvarea problemelor cetățeanului, 26% destul de important, 31% destul de puțin important și 22% deloc important. Pe primele locuri de sprijin/suport, românii

plasează ajutorul familiei 77%, considerand-o ca foarte importantă. Apoi, în ordinea preferințelor apare divinitatea, prietenii, vecinii. Interesant că suportul unei rețele de solidaritate este perceput masiv de români doar la nivelul familiei și al comunității. Societatea românească, caracterizată, ca orice societate modernă, prin orientarea sa pragmatică centrată pe profit, are un deficit sever în formarea unei „culturi a solidarității sociale” și a învățării a „cum să construim împreună” (Giddens 2000; Zamfir 2017b). Acest deficit devine o piedică în mobilizarea resurselor comunitare ca factor potential de sprijin pentru cei marginalizați. În realitate, sărăcirea rapidă a populației, multiplicarea formelor de excluziune socială, polarizarea tot mai accentuată a societății, lipsa de solidaritate în fața riscurilor moderne, pune protecției sociale și asistenței ca parte a acesteia, probleme noi atât prin conținutul lor extrem de variat cât și prin dimensiuni necunoscute în trecut (Glennester 2000; Zamfir 2000; Hanlon și alții 2010).

## CONCLUZII ȘI SOLUȚII PRAGMATICE

Restrângerea treptată a funcțiilor sociale ale statului în asigurarea unui model european de creștere economică de tip social inclusiv a readus în prezent regândirea formelor și tipurilor de suport în asistență așa cum ele apar în politicile publice europene (Schraad-Tischler și Schiller 2016; Pop 2005). Semnificativă aici este Hotărîrea Parlamentului României nr. 1/2017 care stipulează necesitatea modernizării sistemului de asistență socială prin transformarea acestuia dintr-un sistem pasiv în unul proactiv, asigurând trecerea de la un sistem bazat pe beneficii, la unul axat pe servicii. În acest sens se precizează în documentul menționat că „Vom reanaliza schimbarea accentului pus pe asistența acordată individului prin instituirea unor măsuri de asistență socială în jurul securizării familiei. Avem în vedere creșterea gradului de securitate socială, dar și responsabilizarea individuală printr-o politică socială centrată pe copil și familie, care să încurajeze o îmbătrânire demnă, bazată pe un sistem integrat de servicii și prestații sociale mai ales pentru grupurile vulnerabile. Totodată, măsurile din domeniul asistenței sociale vor trebui reasezate în strânsă dependență cu celelalte măsuri privind ocuparea, sănătatea,

educația, spațiul de locuit, obiectivul general fiind acela de creștere a calității vieții cetățenilor și prin aceasta a unei societăți inclusive.” (Hotărârea Parlamentului României nr. 1/2017).

În realitate, doar cuplarea tuturor formelor financiare de ajutor social cu toate serviciile sociale ce satisfac nevoi integrate ale membrilor familiei și ale unei vieți echilibrate, poate reforma asistența socială în timp în acord cu funcțiile ei active de bază: dobândirea autonomiei și independenței persoanelor vulnerabile prin reintegrarea lor într-o viață normală a comunității. Din păcate, pe perioada tranziției, operaționalizarea unor obiective prioritare pentru politicile sociale publice centrate pe servicii de asistență din strategiile de țară antisărăcie și incluziunii sociale ale guvernelor postdecembriste nu au luat în calcul structura complex-integrată a tuturor nevoilor și a riscurilor de excluziune socială, ca efect unitar al cerințelor multiple a persoanelor vulnerabile. Încercările de schimbări haotice, de tip pompieristic, asumate de guvernele postdecembriste, asociate adesea cu măsuri populiste din programele partidelor politice, au avut ca efect risipirea iresponsabilă a fondurilor sociale și ineficiența formelor de suport social pe termen lung. În procesul reformării asistenței, incompetența, haosul, corupția și iresponsabilitatea factorilor decizionali au fost prezente în proporții diferite în procesul schimbărilor sociale.

În fapt, ineficiența sistemului de servicii publice în asistență s-a datorat unui cumul de cauze:

- subfinanțarea cronică a sistemului de asistență;
- lipsa cvasitotală de evaluare și monitorizare a persoanelor beneficiare de asistență;
- fragmentarea și izolarea formelor de suport social prin necorelarea ajutoarelor financiare cu cele oferite de servicii personalizate;
- deficitul sever de viziune strategică a politicilor sociale publice pe termen mediu și lung.

Mai mult, pe perioada tranziției a lipsit o viziune clară a creării unei coaliții sociale guvernamentale, a tuturor actorilor sociali: a instituțiilor guvernamentale, a specialiștilor și experților din domeniu, a cercetătorilor-reprezentanți ai mediului academic și ai societății civile etc. pentru formarea unui parteneriat credibil, de tip public-privat. Astfel, găsirea unor soluții practic-eficiente de combatere a sărăciei severe, de reducere a riscurilor

excluziunii sociale, de măsuri active de suport pentru familie și copil în dificultate au rămas, adesea, un atribut exclusiv al factorilor guvernamentali. Iar dobândirea autonomiei economice și sociale a beneficiarilor, dependenți de numeroase ajutoare sociale, misiune dificilă pentru guvernanți, a fost una mereu amânată, deși explicit formulată în programele lor de guvernare. Eliminarea în timp a normelor de viață și comportamentelor susținute de o „cultură a sărăciei și neputinței” a fost un proiect frumos al tranziției dar fără acoperire în sfera acțiunilor practice. Astfel, tradiționala alienare a statului de societatea civilă nu a putut fi depășită. Dimpotrivă, în unele momente ea s-a accentuat, concretizată prin manifestări deschise de stradă.

În fapt, indicatori sociali multipli pentru starea de dificultate a persoanelor vulnerabile (inegalități sociale mari, accesul redus și slaba calitate a serviciilor de sănătate, starea precară a locuințelor, lipsa de pregătire școlară, neparticiparea civică etc.) corelează pozitiv cu fenomenul marginalizării și excluziunii sociale. De aceea, în orice proiect viitor de țară, direcțiile de acțiune-cheie referitoare la prevenirea excluziunii sociale vor trebui orientate spre creșterea calității și funcționalității serviciilor sociale integrate și de asistență. Crearea unui sistem public activ de servicii integrate de suport pentru familie și copil, dublat de măsuri sociale eficiente și acțiuni de implementare a programelor comunitare antisărăcie, pot apropia România în timp de standardele europene ale țărilor occidentale cu tradiție pentru creșterea calității vieții.

Creșterea gradului de acoperire a nevoilor persoanelor în dificultate cu servicii de asistență specializate centrate pe familie și copil, generalizarea lor la nivel urban și rural, finanțarea lor corespunzătoare, dotarea lor cu personal calificat vor fi garanții în combaterea riscurilor marginalizării și excluziunii sociale. Așa cum menționam în repetate rânduri, în reformarea sistemului de asistență în România se impune o nouă filozofie a solidarității sociale prin crearea unui parteneriat multiplu și activ public-privat. Acesta poate susține și asigura realizarea programelor de dezvoltare locală/comunitară sau regională (Bauman 2000; Zamfir E. 2000, 2012a, 2017a, 2017b). De aici și necesitatea unor cerințe pragmatice pentru structura viitoare a sistemului public de servicii de asistență:

- stabilirea cu claritate a obiectivelor și direcțiilor prioritare de acțiune /schimbare în asistența socială în contextul social modern al restricțiilor financiare;

- eficientizarea formelor de suport pe termen mediu și lung prin asocierea/cooperarea lor pentru orientarea beneficiarilor spre norme, valori ale unei culturi centrate pe muncă și nu pe dependența de ajutoare sociale;
- creșterea performanței și calității serviciilor publice de asistență socială cu ajutorul unor resurse umane calificate și costuri cât mai reduse.

Oricum, țința unui sistem integrat de servicii publice de asistență socială și de dezvoltare a unor servicii comunitare moderne, în acord cu standardele unei vieți decente, rămâne încă pentru România un obiectiv major de atins.

### Bibliografie

- Alcock, Pete, Angus Erskine, Margaret May, eds. 2002. *The Blackwell Dictionary of Social Policy*. New Jersey: Wiley.
- Atkinson, A. B. and Martin Rein. 1993. *Age, Work and Social Security*. Houndmills: THE MACMILLAN PRESS LTD.
- Barr, Hugh. 2002. "Social Work in collaboration with other professions" In *The Blackwell Companion to Social Work*, edited by Martin Davies, 272–266. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Bauman, Zygmunt. 2001. *Comunitatea. Căutarea siguranței într-o lume nesigură*. București: Editura Antet.
- Beck, Ulrich. *Risk Society. Towards a New Modernity*. Translated by Mark Ritter. London: Sage Publications.
- Calhoun, Craig, ed. 2002. *Dictionary of the Social Sciences*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Cree, Vivienne E. 2002. "Social Work and Society". In *The Blackwell Companion to Social Work*, edited by Martin Davies, 275–87. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Davies, Martin, ed. 2000. *The Blackwell Encyclopedia of Social Work*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Drakeford, Mark. 2002. "Social Work and Politics". In *The Blackwell Companion to Social Work*, edited by Martin Davies. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Duncan, Greg J. and Jeanne Brooks-Gunn, eds. 1997 *Consequences of Growing up Poor*. New York: Russell Sage Foundation.
- Giddens, Anthony. 2007. *Europa în epoca globală*. București: Editura Ziua.
- Glennerster, Howard. 2000. *US Poverty Measurement and Poverty Studies: The Past Twenty-Five Years*, CASE paper, CASE/42. London: Center for Analysis of Social exclusion, London School of Economics.
- Goldstein, Howard. 1973. *Social Work Practice: A Unitary Approach*. Columbia: University of South Carolina Press.

- Hanlon, Joseph, Armando Barrientos and David Hulme. 2010. *Just give Money to the Poor: The Development Revolution from the Global South*. Boulder & London: Kumarian Press.
- Lofstedt, R. and L. Frewer, eds. 1998. *The Earthscan Reader in Risk and Modern Society*. London: Earthscan Publications Ltd.
- Krogsrud Miley, Karla, Michael O'Melia and Brenda DuBois. 2004. *Generalist Social Work Practice: An Empowering Approach*. Washington: Pearson.
- Mănoiu, Florica și Viorica Epureanu. 1994. *Asistența socială în România*. București: Editura All.
- Zamfir, Elena. 1996. „Sărăcia – o abordare psihosociologică” În *Psihologie Socială. Aspecte contemporane*, coordonată de Adrian Neculau, 413–427. Iași: Editura Polirom.
- Parrott, Lester. 2002. *Social Work and Social Care*. London and New York: Routledge.
- Pop, Luana Miruna, coord. 2002. *Dicționar de Politici Sociale*. București: Editura Expert.
- Pop, Luana Miruna. 2005. *Politici sociale. Elemente de teorie, analiză și evaluare a politicilor sociale*. București: Editura Economică.
- Stiglitz, Joseph E. 2010. *În cădere liberă*. București: Editura Publica.
- Townsend, Peter. 1993. *The International Analysis of Poverty*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.
- Vlad, Ionel Valentin, coord. *Strategia de dezvoltare a României în următorii 20 de ani*. București: Editura Academiei. vol.1, 2015; vol.2, 2016a; vol.3, 2016b; vol.4, 2017.
- Zamfir, Cătălin and Iancu Filipescu, eds. 2016. *Romanian Sociology: 1900–2010: A social history*. Saarbrücken: LAP LAMBERT Academic Publishing.
- Zamfir, Cătălin, coord. 1999. *Politici sociale în România: 1990–1998*. București: Expert.
- Zamfir, Cătălin, Marius Augustin Pop and Elena Zamfir. 1994. *Romania '89–'93: Dynamics of Welfare and Social Protection*. Bucharest: UNICEF.
- Zamfir, Elena și Cătălin Zamfir, coordonatori. 1993. *Țigani: între ignorare și îngrijorare*. București: Editura Alternative.
- Zamfir, Elena. 1993. ”Social Work System and Social Work Education in Romania”. In *Changing Horizons in Education for Social Work and Human Services in Eastern Europe*, edited by Vera Mehta and Robert Constable. Chicago: Loyola University Press.
- Zamfir, Elena. 1994. ”Social Work and Social Policy in Romania during the transition”. In *Social Work and Social Education in Selected Countries, Japan*.
- Zamfir, Elena și Cătălin Zamfir, coord. 1995. *Politici sociale. România în context European*. București: Editura Alternative.
- Zamfir, Elena and Cătălin Zamfir. 1996. *Children at risk in Romania: problems old and new*. Florence: Inocenti Center, Occasional Papers.
- Zamfir, Elena și Cătălin Zamfir. 1997. *Pentru o societate centrată pe copil: raport realizat de Institutul de Cercetare a Calității Vieții*. București: Editura Alternative.
- Zamfir, Elena. 1997. ”Social Services for Children at risk in Romania: the impact on the Quality of Life” *Social Indicators Research* 42(1): 41–76.
- Zamfir, Elena. 2000a. *Strategii antisărăcie și dezvoltare comunitară*. București: Editura Expert.
- Zamfir, Elena, Ilie Bădescu și Cătălin Zamfir, coord. 2000b. *Starea societății românești. 10 ani de tranziție*. București: Editura Expert.

- Zamfir, Elena. 2002. "Social Work In Romania". *Revue Roumaine des Sciences Sociales* no. 1.
- Zamfir, Elena. 2009. *Asistența socială în România. Teorie și acțiune socială. Texte alese*. Craiova: Editura Mitropoliei.
- Zamfir, Elena. 2010a. "Support for single parents: How to overcome social assistance dependency by using work culture." Accessed November 21, 2017. <http://www.mutual-learning-employment.net>
- Zamfir, Elena. 2010b. "Flexible working time arrangements in Romania" *Revista de Cercetare și intervenție socială* 28: 49–77.
- Zamfir, Elena. 2012a. „Legea asistenței sociale și riscurile dependenței populației de sistemul de ajutor social.” *Revista de Sociologie* X(1): 115–130.
- Zamfir, Elena. 2012b. „Asistența socială față în față cu societatea riscurilor din perspectiva politicilor sociale europene.” *Calitatea Vieții* 23 (2): 123–160.
- Zamfir, Elena, Simona Stănescu și Daniel Arpinte, coordonatori. 2015. *Asistența socială în România după 25 de ani: răspuns la problemele tranziției*. București: Eikon; Cluj-Napoca: Școala Ardeleană.
- Zamfir, Elena. 2017a. "Quality of Life and Social Justice in Romania: Measuring Quality of Life." *Revista de Cercetare și Intervenție Socială* 58: 53–34.
- Zamfir, Elena. 2017b. "The Quality of Life in Romania and Ethics of Social Actions". In *Economic Dynamics and Sustainable Development – Resources, Factors, Structures and Policies* (Proceedings ESPERA 2016, Part 2), Frankfurt: Peter Lang Academic Publishing Group.

### Rapoarte

- \*\*\* Comisia Europeană. 2012. *Cartea Albă: O agendă pentru pensii adecvate, sigure și viabile* (februarie).
- \*\*\* Eurostat – Newsrelease 21/2012 – 8 februarie 2012.
- \*\*\* The World Bank. 2011. *Directions in Human Development, The Jobs Crisis, Household and Government Responses to the Great Recession in Eastern Europe and Central Asia*. Washington D.C.: The World Bank.
- Pop, Luana. 2017. ESPN (European Social Policy Network) Thematic Report on Progress in the implementation of the 2013 EU Recommendation on "Investing in children: breaking the cycle of disadvantage" Romania.
- Schraad-Tischler, Daniel and Schiller, Christof. 2016. *Social Justice in the EU. Index Report 2016. Social inclusion Monitor Europe*. Bertelsman Stiftung.
- Zamfir, Cătălin, coord. 2010. *Direcții strategice ale dezvoltării sociale: riscuri majore pentru România deceniului următor: raport de cercetare*. București: ICCV.
- Zamfir, Cătălin, coord. 2011. *Raport social al ICCV 2011, România: răspunsuri la criză*. București: ICCV.
- IRES. 2016. Raport de cercetare *Bunăstarea românilor*.
- Zamfir, Cătălin, coord. 2017. *Raport social al ICCV 2017: Starea Socială a României. Calitatea vieții: situația actuală și perspective pentru 2038*. București: Institutul de Cercetare a Calității Vieții, Academia Română.

**Legislație**

Hotărârea Parlamentului României nr. 1/2017.

Legea nr. 705/2001 privind sistemul național de asistență socială.

Legea cadru a asistenței sociale nr. 292/2011.

Legea actualizată a asistenței sociale în 2017.

Raportul de țară al României din 2017 – Document de lucru al Serviciilor Comisiei Europene care însoțește documentul de Comunicare a Comisiei către Parlamentul European, Consiliul European, Banca Central Europeană și Europgrup, Bruxelles 2017.

## **TIPURI DE SERVICII PUBLICE DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ**

DANIEL ARPINTE

### **SERVICIILE DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ COMUNITARĂ**

Serviciile de asistență socială comunitară sunt reglementate de Legea 292 din 2011 (Legea asistenței sociale) și se organizează la nivelul comunității, fie la nivelul unei singure autorități locale, fie în parteneriat cu două sau mai multe autorități locale. De asemenea, furnizorii de servicii sociale asigură activitățile care stau la baza serviciilor sociale prin asistenții angajați în structurile proprii sau pot achiziționa servicii acordate de asistenții sociali cu cabinete individuale sau societăți civile profesionale de asistență socială. Legea nu indică în mod explicit dacă aceste activități (identificarea și evaluarea nevoilor sociale individuale, familiale sau de grup și elaborarea planurilor de intervenție pentru prevenirea, combaterea și soluționarea situațiilor de dificultate) pot fi asigurate și de ONG-uri acreditate, restrângând într-o manieră nejustificată accesul la servicii subcontractate a unor furnizori de servicii, publici sau privați, și care dețin resursele necesare pentru a asigura, chiar dacă într-o acoperire teritorială parțială, servicii de evaluare a nevoilor și de suport direct la nivelul calitativ cerut de legislație. Aceeași lege prevede (articolul 40, paragraful 4) ca, în cazul în care nu se pot angaja asistenți sociali sau nu pot fi achiziționate servicii, autoritățile locale să poată angaja lucrători sociali „pentru realizarea activităților de identificare și după caz, de evaluare a nevoilor persoanelor care solicită acordarea de beneficii de asistență socială și servicii sociale”.

Modul în care legea cadru reglementează organizarea serviciilor publice de asistență socială de la nivel local sugerează o abordare flexibilă, condiționată de disponibilitatea resurselor necesare, fie financiare sau umane. Acolo unde resursele sunt precare, ar urma ca autoritatea locală să investească minimal

în serviciul local de asistență socială și să delege atribuțiile de asistență socială, limitate la verificarea eligibilității pentru beneficiile bazate pe testarea mijloacelor. Disponibilitatea resurselor lasă posibilitatea organizării serviciilor de asistență socială, cu o singură constrângere referitoare la varianta subcontractării și care ar trebui realizată doar cu asistenți sociali cu cabinete individuale sau societăți civile profesionale de asistență socială. Limitarea stabilită prin lege exclude furnizorii de servicii de asistență socială cu o altă formă de organizare juridică (de exemplu, ONG-uri), aspect care nu are o justificare clară și nu are potențialul de a încuraja dezvoltarea unor servicii de calitate. Trebuie menționat că Legea asistenței sociale (292/2011) stabilește ca finanțarea serviciilor comunitare de asistență socială sau alocarea fondurilor necesare pentru înființarea acestora, fie că sunt în administrarea consiliului local sau în parteneriat cu Consiliul Județean, se realizează din bugetul local. Excepție fac serviciile pentru copii. Legea 272 din 2004 prevede ca la nivel local să fie organizate, autonom sau prin asociere, servicii de zi pentru asigurarea prevenirii separării copilului de familia sa. Pentru aceste servicii, fondurile pentru înființare pot fi asigurate de către consiliul județean, în situația prevăzută de lege în care consiliul local nu are resursele necesare. De asemenea, legea mai prevede o limitare de până la 50% a cheltuielilor de funcționare care pot fi alocate de către consiliul local. Nivelul diferit de descentralizare a responsabilității finanțării stabilit de cele două legi este explicat de contextul în care au fost propuse mecanismele de finanțare din legea pentru protecția și promovarea drepturilor copilului, România fiind în acel moment în perioada în care asigura îndeplinirea condițiilor de aderare la Uniunea Europeană, îmbunătățirea situației copilului fiind una dintre principalele condiții. De altfel, în acea perioadă au fost realizate cele mai importante progrese în domeniul protecției copilului, iar reformele realizate, chiar dacă cu rezultate discutabile, au fost considerabile pentru domeniul asistenței sociale, prin încurajarea dezvoltării unor servicii moderne și prin profesionalizarea asistenței sociale.

Descentralizarea excesivă, prin transferul responsabilității financiare pentru majoritatea serviciilor de asistență socială, a avut ca efect menținerea unui nivel cronic de subdezvoltare a serviciilor locale de asistență socială, în special în localitățile aflate în zone dezavantajate economic. Confruntate cu o dublă provocare, cea a unor nevoi semnificative, cu categorii largi vulnerabile social, dar cu bugete locale insuficiente, chiar și pentru activități

curente minimale, aceste localități au optat pentru organizarea minimală permisă de lege. În aceste cazuri, atribuțiile de asistență socială sunt îndeplinite de personal cu calificări în alte domenii și care, de cele mai multe ori, au și alte atribuții în aparatul primăriei. Cele mai multe dintre localitățile rurale, dar și o parte semnificativă a orașelor mici, se află în această situație. Definite de lege ca servicii de asistență socială organizate la nivel local, acestea sunt slab dezvoltate, deprofesionalizate și fără resursele necesare pentru a susține furnizarea de suport de calitate. Politicile salariale adoptate în perioada crizei (reducerea salariilor cu 25% și înghețarea angajării de personal) au afectat semnificativ un domeniu dominat de precaritatea resurselor și cu un nivel de salarizare redus. Practic, condițiile de austeritate aplicate programelor de asistență socială au întrerupt procesul de construcție instituțională a sistemului public de asistență socială, cu consecințe negative pe termen lung pentru profesionalizarea domeniului (Zamfir și alții 2015).

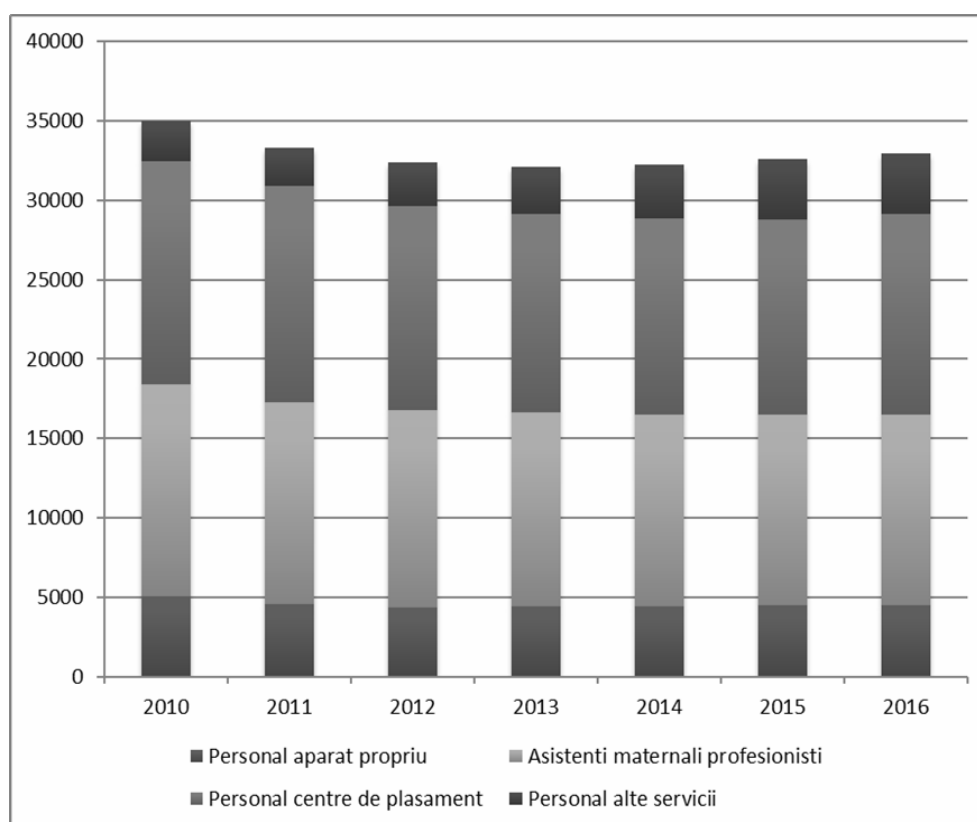
*Strategia Națională pentru Incluziune Socială și Reducere a Sărăciei 2015–2020* (Teșliuc și alții 2015) arată că doar 31% dintre SPAS-urile din mediul rural au, pentru responsabilitățile de asistență socială, cel puțin un angajat cu studii superioare în domeniul social. Ponderea crește la 49% în cazul orașelor mici de până la 10 000 locuitori, 60% în orașele cu 10 000–19 000 locuitori și 88% în cazul celor cu 20 000–50 000 locuitori. Datele Autorității Naționale pentru Protecția Copilului și Adopției (ANPCA) arată că în iunie 2016 erau înființate la nivel național 1056 SPAS-uri (Serviciu Public de Asistență Socială) și 2041 de structuri comunitare. Numărul total al angajaților SPAS era de 10 998, dintre care 3 197 cu studii superioare de specialitate, 1 111 cu studii postliceale și fără studii de specialitate 6 690. Din totalul angajaților SPAS la nivel național doar o pătrime au atribuții de asistență socială (2 568) dintre care 901 au studii superioare de specialitate, 111 au studii postliceale, iar 1 556 sunt fără studii de specialitate.

## **SERVICIILE DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ DE LA NIVEL JUDEȚEAN**

Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului sunt principalii furnizori publici de servicii de asistență socială de la nivel

județean (la nivel de sector, în cazul Municipiului București). La nivel județean, DGASPC-urile au concentrat activitatea de asistență socială, inițial centrată pe protecția copilului și extinsă ulterior și pentru alte categorii (vârstnici, familie). Deși, comparativ cu 2010, numărul total al angajaților este în ușoară scădere, DGASPC-urile au o structură de personal de trei mai mare decât cea a SPAS-urilor (Grafic 1).

Grafic 1. Numărul angajaților DGASPC-urilor în perioada 2010–2016



Sursa: ANPDCA 2016.

Situația reflectă o concentrare a activității de asistență socială la nivel județean, aspect explicabil în bună măsură de responsabilitățile asumate și de structura serviciilor dezvoltate, în special pentru domeniul protecției speciale a copilului. Ca urmare, structura de personal a DGASPC-urilor s-a dezvoltat în mod natural în raport cu volumul de intervenție necesar conform

responsabilităților stabilite de lege și nu este direct influențată de nivelul de dezvoltare economică a județului, așa cum se întâmplă la nivel de localitate în cazul SPAS-urilor.

Dezechilibrul în dezvoltarea celor două tipuri de structuri, SPAS-uri și DGASPC-uri, se reflectă în transferul responsabilității intervenției către serviciile specializate de la nivelul DGASPC-urilor. Studiul Băncii Mondiale (Stănculescu și alții 2016) arată că 60% dintre copiii instituționalizați provin din mediul rural, iar aproximativ 15% din comunități-sursă (identificate ca acele zone marginalizate, sărace, cu o serie de probleme cumulate, ca rată ridicată a șomajului, infrastructură și locuire precare etc.). Datele unei evaluări recente a sistemului de protecție specială a copilului arată că abandonul copilului are la bază cauze care pot fi abordate la nivelul serviciilor comunitare. În cazul a peste 90% dintre copiii aflați în sistemul de protecție a copilului mama este cunoscută (Stănculescu și alții 2016), situație care reflectă un efort redus al serviciilor pentru soluții de protecție în cadrul familiei naturale. De altfel, raportul evidențiază faptul că lipsa unor servicii adecvate la nivel comunitar, care să răspundă situațiilor de criză la nivelul familiei, este determinantă pentru decizia instituționalizării copilului.

Modul actual de organizare a serviciilor de asistență socială nu responsabilizează SPAS decât în privința alocării de resurse pentru dezvoltarea și funcționarea serviciilor, dar nu evidențiază clar responsabilitățile fiecărui nivel de intervenție. Mai mult, ambiguitatea formulărilor legislative lasă posibilitatea unui transfer de responsabilitate de la nivel local către cel județean, mai ales în situația localităților care se confruntă cu probleme sociale semnificative și nu au suficiente resurse bugetare pentru a acționa la nivel local. Principiul subsidiarității, elementar pentru eficiența intervenției, nu poate fi respectat în condiții de precaritate bugetară. Soluția transferului responsabilității către DGASPC, deși costisitoare și slab eficientă în raport cu intervenția timpurie, de tip preventiv, este adoptată atunci când nu există resursele necesare pentru intervenție la nivel local și nu există personal pregătit suficient pentru a realiza activități minimale de evaluare a nevoilor și de elaborare a planurilor de intervenție. O evaluare recentă a serviciilor pentru protecția copilului (Stănculescu și alții 2016) arată, pe baza opiniilor profesioniștilor din cadrul serviciilor specializate pentru copii de la nivelul DGASPC, că asistența socială de la nivel local este excesiv bazată pe furnizarea de beneficii sociale și că lipsesc serviciile de asistență socială

care ar asigura componenta de prevenție, fapt apreciat ca principala cauză a instituționalizării. Același raport demonstrează că există o legătură clară între nivelul de profesionalizare a serviciilor locale de asistență socială și modul în care SPAS-urile își îndeplinesc sarcinile stabilite prin lege referitoare la evaluarea inițială a cazurilor (în domeniul protecției copilului) și a elaborării planurilor de intervenție. Calitatea acestor evaluări și planuri este cu atât mai slabă cu cât nivelul de profesionalizare este mai redus. Mai mult, raportul arată că există o practică la nivelul unor autorități locale de transfer a responsabilității pentru realizarea evaluării și a planurilor de intervenție prin simpla solicitare a internării într-un centru de primire urgențe, caz în care responsabilitatea gestionării cazului, inclusiv a elaborării evaluării și a planului, revine exclusiv DGASPC. Este evident că, în astfel de situații, formele de suport sunt mai puțin eficiente și mult mai costisitoare decât intervenția profesionistă, de tip preventiv, de la nivelul serviciilor de asistență socială comunitare. Rolul serviciilor de asistență socială de la nivel local este esențial din perspectiva funcției preventive, fiind de altfel, prioritar în procesul de construcție instituțională (Zamfir 2016).

Sistemul actual de organizare a sistemului public de asistență socială favorizează concentrarea serviciilor la nivel județean, dar cu o rețea de servicii de asistență socială primară inegal dezvoltată teritorial și foarte slab profesionalizată, mai ales în mediul rural sau în localitățile urbane slab dezvoltate economic. Lipsite de specialiști, aceste localități au șanse infime de a se constitui în parteneri eficienți în proiecte europene din domeniul incluziunii sociale, ceea ce le lipsește de o importantă sursă de fonduri care ar fi putut contribui la reducerea decalajelor față de localitățile mai dezvoltate economic. Consolidarea SPAS-urilor, și alocarea resurselor necesare pentru crearea de servicii de tip preventiv, stabilirea unor standarde minime în privința activităților de evaluare a nevoilor, a suportului oferit grupurilor vulnerabile la nivel local și clarificarea responsabilităților DGASPC și SPAS sunt măsuri care ar asigura dezvoltarea sustenabilă a sectorului public de servicii la nivel comunitar.

### Bibliografie

Stănculescu, Manuela, Vlad Grigoras, Monica Marin, Cătălina Iamandi-Cioinaru Emil, Teșliuc, Georgiana Blaj (Neculau), Bogdan Corad, Voichița Pop, Andreea Trocea, 2016. *România: Copiii din sistemul de protecție a copilului. Volum de conferință.*

- București: Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție.
- Teșliuc, Emil, Vlad Grigoras, Manuela Stănculescu. 2015. *Background Study for the National Strategy on Social Inclusion and Poverty Reduction, 2015–2020*. The World Bank.
- Zamfir, Elena; Simona Stănescu, Daniel Arpinte, coord. 2015. *Asistența socială în România după 25 de ani: răspuns la problemele tranziției*, Editura Eikon, București; Școala Ardeleană, Cluj-Napoca.
- Zamfir, Cătălin, coord. 2016. „Proiect 6. Economia și calitatea vieții. Capitolul III. O strategie a relansării calității vieții în perspectiva 2037: Direcții. Priorități. Obiective. Ținte. Restricții. Oportunități.” În *Strategia de dezvoltare a României în următorii 20 de ani. Volumul III. Partea 1* coordonată de Ionel Valentin Vlad, 361–390. București: Editura Academiei Române.

# SUPORTUL SOCIAL PENTRU VÂRSTNICII DIN ROMÂNIA<sup>1</sup>

MARIANA STANCIU  
ADINA MIHĂILESCU

## INTRODUCERE

Îmbătrânirea populației va căpăta o amploare deosebită în următoarele trei–patru decenii atât în țările occidentale, cât și în România. În anul 2016, proporția populației de peste 65 de ani era în România de 17,4%, în timp ce în UE28 atingea 19,2% din populația totală. Pe parcursul unei decade, România a înregistrat o creștere importantă a populației de peste 65 de ani, cu 2,7 puncte procentuale în 2016 față de 2006 (Eurostat 2016).

*Tabelul 1*

Evoluția populației în grupa de vârstă 65+ în diferite variante de proiectare

| 1 iulie 2012                    |       | 2030      |              |      | 2060         |      |
|---------------------------------|-------|-----------|--------------|------|--------------|------|
| Mii persoane                    | %     | Varianta  | Mii persoane | %    | Mii persoane | %    |
| <u>65+</u><br>3 206,3           | 15,0% | Constantă | 3 550,3      | 19,7 | 3 457,0      | 26,7 |
|                                 |       | Optimistă | 3 621,8      | 19,8 | 3 743,7      | 26,8 |
|                                 |       | Pesimistă | 3 465,8      | 19,5 | 3 184,2      | 26,7 |
| <u>15–64 de ani</u><br>14 918,0 | 70%   | Constantă | 12 099,2     | 67,0 | 7 921,9      | 61,2 |
|                                 |       | Optimistă | 12 158,1     | 67,6 | 8 333,1      | 62,6 |
|                                 |       | Pesimistă | 12 021,4     | 66,6 | 7 464,7      | 59,7 |

Surse: INS 2012, 2013.

Într-un singur an, între 2015 și 2016, *indicele de îmbătrânire demografică* a crescut de la 109,6 la 112,3 persoane vârstnice la 100 persoane tinere (INS 2016). Aceasta în condițiile în care țara noastră se confruntă cu o masivă

---

<sup>1</sup> O formă preliminară a unui secțiuni din acest capitol a fost comunicată și în cadrul Conferinței Internaționale Espera 2016, organizată de INCE, Academia Română.

emigrare a tinerilor, ocupă unul din primele locuri în UE la maladiile moderne și suferă cronic în urma insuficienței resurselor umane și financiare destinate sectorului social. România nu apare încă în topul 10 al fenomenului îmbătrânirii populației din țările Uniunii Europene în actualul deceniu, dar acest fenomen va afecta, conform prognozelor în domeniul populației, și țara noastră, îndeosebi în deceniile trei, patru și cinci.

## CONTEXTUL SOCIOECONOMIC ȘI STAREA SOCIALĂ A POPULAȚIEI VÂRSTNICE

### RISCU SĂRĂCIEI ȘI DEPRIVAREA MATERIALĂ SEVERĂ

După 28 de ani de la schimbarea de regim, populația din România are un standard de viață mult mai scăzut decât majoritatea țărilor UE, riscul de sărăcie și excluziune socială afectând mai mult de o treime din populație. În cazul persoanelor vârstnice, acest risc este mai scăzut comparativ cu populația activă și semnificativ mai scăzut față de cel al copiilor. Totuși, în România, persoanele peste 65 de ani au o situație nefavorabilă în contextul UE, riscul de sărăcie și excluziune socială fiind dublu față de media UE28.

*Tabelul 2*

Populație aflată în risc de sărăcie sau excluziune socială, 2015 (%)

| Țara     | Total | Copii (0–17) | Adulți (18–64) | Persoane vârstnice (65+) |
|----------|-------|--------------|----------------|--------------------------|
| România  | 37,4  | 46,8         | 35,7           | 33,3                     |
| Bulgaria | 41,3  | 43,7         | 37,4           | 51,8                     |
| UE28     | 23,7  | 26,9         | 24,7           | 17,4                     |

*Sursa:* Eurostat 2015.

Deși riscul de sărăcie monetară în cazul populației peste 65 de ani este mai scăzut decât cel al restului populației, cel mai probabil, veniturile vârstnicilor îi situează pe majoritatea acestora puțin deasupra pragului sărăciei, fără ca acest lucru să garanteze satisfacerea nevoilor de bază. Mulți alți indicatori relevă această situație.

Tabelul 3

Sărăcia monetară și deprivarea materială severă, 2015 (%)

| Vârsta   | Populație în risc de sărăcie monetară |      | Populație sever deprivată material |      |
|----------|---------------------------------------|------|------------------------------------|------|
|          | sub 65 de ani                         | 65+  | sub 65 de ani                      | 65+  |
| România  | 26,7                                  | 19,4 | 23                                 | 21,5 |
| Bulgaria | 19,6                                  | 31,7 | 32,5                               | 40,9 |
| UE28     | 18,1                                  | 14,1 | 8,7                                | 5,6  |

Sursa: Eurostat 2015.

Dacă în anul 2014, în UE28, *speranța de viață sănătoasă la 65 de ani* era de 21,3 ani pentru femei și de 17,9 ani pentru bărbați, în România aceasta era de numai 8,5 ani pentru bărbați și de 8,6 ani pentru femei. În anul 2014, ponderea vârstnicilor din UE28 care își permiteau să călătorească era de 40,2%, în timp ce în România ponderea acestora era de numai 11,7%. Vârstnicii din UE28 care utilizau internetul în anul 2015 aveau o pondere medie de 41%, dar numai de 10% în România. În timp ce în UE28 numai 6,8% dintre pensionari (cei în vârstă de 65-84 de ani) și 1,6% (cei peste 85 de ani) aleg să muncească încă pentru suplimentarea veniturilor, în România, ponderea vârstnicilor activi pe piața muncii<sup>2</sup> este de 20,8% – cei în vârstă de 65–84 de ani, și 9,6% – cei în vârstă de peste 85 de ani (Eurostat 2014, 2015).

### CALITATEA VIEȚII PERSOANELOR VÂRSTNICE

Monitorizarea calității vieții persoanelor vârstnice are ca scop crearea condițiilor pentru o îmbătrânire activă și preîntâmpinarea excluziunii sociale. În anul 2015, *Global AgeWatch Index* a inclus ca indicatori principali componenta materială, starea de sănătate, educația și ocuparea, relațiile sociale. Acest indice situează România – cu o valoare de 50,8 – pe unul dintre ultimele locuri în Uniunea Europeană (Global AgeWatch Index 2015). Statistic, cele mai fericite categorii de vârstă sunt cele cuprinse între 18–24 de ani și cele de peste 65 de ani. Starea de sănătate are un rol important în calitatea vieții persoanelor vârstnice, persoanele cu o sănătate bună și foarte bună înregistrând

<sup>2</sup> Aceste date sunt explicabile prin implicarea mare a vârstnicilor în agricultura de subzistență.

un nivel mai ridicat al optimismului și satisfacției cu viața. Dar țări precum România, Bulgaria sau Lituania înregistrează frecvent valori mai scăzute decât media europeană la asemenea indicatori, pentru toate categoriile de vârstă, cu toate că și în România, persoanele vârstnice se declară mai satisfăcute cu viața decât alte categorii de vârstă. Alături de starea de sănătate, un rol major în percepția calității vieții îl are și situația economică a persoanelor vârstnice. În mod cert, viața în apropierea riscului de sărăcie sau în excluziune socială, ca și deprivarea materială severă influențează decisiv, în sens negativ, percepția asupra calității vieții vârstnicilor din România.

La aceasta, se adaugă riscul de izolare socială a vârstnicilor. Astfel 30% dintre persoanele vârstnice trăiesc singure în România (Eurostat 2013). Potrivit unui studiu recent, aproximativ 1 500 000 de vârstnici sunt afectați de viața în singurătate, iar problemele majore experimentate de către vârstnicii din România sunt, în ordine, situația financiară, apoi problemele de sănătate, dependența de ceilalți, sentimentul de inutilitate și de singurătate, precum și lipsa unui interlocutor (GFK 2015).

### **SUPORTUL SOCIOECONOMIC ACORDAT PERSOANELOR VÂRSTNICE DIN ROMÂNIA**

Diferențele relativ mari existente între unele prognoze socioeconomice formulate până în prezent de diverse instituții specializate, cu privire la perspectivele următoarelor 2–3 decenii, situează viitorul sub incidența incertitudinii. Totuși, o serie de trebuințe sociale, cum sunt cele ale vârstnicilor, al căror număr, cel mai probabil, va crește în deceniile viitoare, sunt lesne de prevăzut. Ca urmare, crearea premiselor obiective pentru asigurarea unor condiții de viață minim decente persoanelor vârstnice ar trebui să ne preocupe încă de pe acum.

Gospodăriile formate dintr-o singură persoană, în cazul persoanelor vârstnice, pot genera motive de îngrijorare, fiind cele mai vulnerabile, mai ales dacă situația lor socială și economică este precară. De exemplu, în România, persoanele vârstnice singure, cu venituri în apropierea pragului sărăciei, nu pot achita sau pot achita doar cu mari dificultăți contravaloarea unor servicii comunitare ce le-ar putea veni în ajutor, în caz de nevoie. Ponderea destul de ridicată a populației vârstnice cu risc de sărăcie din România demonstrează faptul că societatea este departe de a oferi acces la

condiții de viață decente pentru toți vârstnicii, chiar dacă cei mai mulți dintre aceștia se află la capătul unei vieți de muncă intensă. În sprijinul acestora, cel puțin principal, ar trebui să intervină sistemul național de protecție socială sau, în ultimă instanță, sistemele comunitare de asistare a persoanelor vârstnice, potrivit Legii nr. 17/2000, privind asistența socială a persoanelor vârstnice (republicată în 2007) și Legii asistenței sociale nr. 292/2011.

Politicile de protecție socială și cele de asistență socială a persoanelor vârstnice din România vizează în prezent trei dimensiuni principale: protejarea venitului; îngrijirea medicală; asistarea în vederea integrării sociale. Aceste politici se aplică prin intermediul protecției sociale cu principala sa platformă financiară reprezentată de sistemul public de pensii, prin sistemul de asistență socială și prin sistemul public de sănătate.

### EFICACITATEA PROTECȚIEI SOCIALE

Potrivit datelor Eurostat, sistemul de protecție socială din România are cea mai slabă eficacitate socială din UE28 (similar celui din Letoniei), fapt resimțit și în rândurile persoanelor vârstnice (Tabelul 4). Prin transferurile sociale efectuate, doar 4,9% din populația afectată de sărăcie din România iese de sub acest risc. Comparăția are în vedere, desigur, doar statele foste socialiste, știind că celelalte state europene oferă condiții mult mai bune populației eligibile.

*Tabelul 4*

Eficacitatea sistemului de protecție socială în România și fostele țări comuniste, 2015

|                | <b>Risc sărăcie înainte de transferuri sociale (% populație)</b> | <b>Risc sărăcie după transferuri sociale (% populație)</b> | <b>Diminuare risc (% populație)</b> |
|----------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| România        | 29,3                                                             | 25,4                                                       | 3,9                                 |
| Letonia        | 27,3                                                             | 22,5                                                       | 4,8                                 |
| Polonia        | 22,9                                                             | 17,6                                                       | 5,3                                 |
| Estonia        | 27,8                                                             | 21,6                                                       | 6,2                                 |
| Bulgaria       | 28,4                                                             | 22,0                                                       | 6,4                                 |
| Lituania       | 28,6                                                             | 22,2                                                       | 6,4                                 |
| Slovacia       | 19,0                                                             | 12,3                                                       | 6,7                                 |
| Republica Cehă | 16,8                                                             | 9,7                                                        | 7,1                                 |
| Slovenia       | 24,8                                                             | 14,3                                                       | 10,5                                |
| Ungaria        | 25,7                                                             | 14,9                                                       | 10,8                                |
| Medie UE28     | 25,9                                                             | 17,3                                                       | 8,6                                 |

Sursa: Eurostat 2015.

În anul 2015, diminuarea riscului sărăciei după efectuarea transferurilor sociale prin sistemul de protecție socială din România era de numai 3,9%, în timp ce media în statele UE28 era de 8,6%, existând și țări ca Ungaria, de exemplu, unde sistemul de protecție socială reușea să scoată din riscul sărăciei 10,8% din populație.

### SISTEMUL PUBLIC DE PENSII

Între motivele actuale de îngrijorare ale europenilor, pe fondul îmbătrânirii populației, se află și sustenabilitatea financiară a sistemelor publice de pensii. România nu constituie o excepție în acest sens. Între serviciile de bază ce vor veni în întâmpinarea nevoilor de securitate socioeconomică ale persoanelor vârstnice se află și sistemul public de pensii. Principial, *Fondul public de pensii* se constituie prin contribuțiile beneficiarilor de-a lungul vieții lor de muncă, Bugetul de Stat intervenind cu resurse doar dacă se constată existența unui deficit între resursele colectate și cele necesare pentru plata beneficiilor. Quantumul contribuției Bugetului de Stat la Fondul public de pensii, în ultimii 5 ani, a fost în jur de 2% din PIB (Pana 2016), valoarea punctului de pensie reprezentând la 1 iulie 2017, 1 000 de lei (OUG nr. 2/2017), adică 31% din salariul mediu brut pe economie. În condițiile în care, până în anul 2030, ponderea populației apte de muncă va scădea de la 70% la 67,6%, în varianta optimistă, respectiv 62,6%, până în 2060 (Tabelul 1), cel mai probabil, presiunile în sfera finanțării sistemului public de pensii vor crește (INS 2013). Schimbările negative din domeniul ocupării din ultimii 25 de ani vor face ca, pe termen mediu, să ne confruntăm și cu o creștere a ponderii vârstnicilor fără pensii, ceea ce va produce unele dificultăți în finanțarea sistemului de asistență socială, de vreme ce tot mai mulți vârstnici nu vor avea drept la pensie, ori, în cel mai bun caz, vor avea dreptul doar la pensii foarte mici, ca efect al unor contribuții mai reduse sau fluctuante.

În intervalul 1990–2011, în România, s-au derulat mai multe etape de reformare a sistemului de pensii. Cele mai consistente au avut loc între anii: 2001–2005 (Legea nr. 19/2000) și 2005–2010, prin care, alături de asigurările sociale de stat (Pilonul I) s-au înființat și fondurile administrate privat (Pilonul II) și pensiile facultative administrate privat (Pilonul III). Cea mai

recentă reformă aplicată sistemului de pensii a avut loc în anul 2010 (Legea 263/2010), prin desființarea unor scheme de finanțare sectoriale (din poliție, diplomatie, armată, personalul navigant etc). Începând cu 1 martie 2017, nivelul indemnizației sociale pentru pensionari, acordată prin OUG nr. 6/2009 privind instituirea *pensiei sociale minime garantate*, va fi de 520 lei. În cadrul reformei, au fost modificate vârsta standard de pensionare, perioadele de contribuție și reglementările privind condițiile de muncă. A fost adoptată o nouă formulă de indexare a punctului de pensie pentru pensionările parțial anticipate și pentru pensiile de invaliditate. În pofida măsurilor de reformare întreprinse, sustenabilitatea financiară a sistemului public de pensii a devenit tot mai vulnerabilă, prin apariția unor disparități structurale ale economiei și societății (ceea ce determină acoperirea deficitară prin contribuții în profil teritorial), prin nivelul relativ scăzut al veniturilor salariale majoritare din România, prin sărăcia relativ extinsă în rândurile unor potențiale categorii de contribuabili (agricultorii, de exemplu), prin ratele ridicate de inactivitate din grupele de vârstă 20–29 ani, dar și 55–59 de ani, ceea ce determină restrângerea acoperirii prin contribuții în profil demografic.

Structura sistemului de pensii din România este următoarea:

- **Sistemul public de pensii sau Pilonul I** (Legea nr. 263/2010); acesta administrează unitar mai multe subsisteme, cel mai important fiind cel al asigurărilor sociale de stat, care funcționează pe principiul *pay as you go* și oferă beneficii financiare definite.

- **Fondurile de pensii administrate privat sau Pilonul II** (Legea nr. 411/2004); acestea se constituie prin contribuțiile cu caracter obligatoriu ale persoanelor născute după anul 1973 și, opțional, ale persoanelor născute între anii 1963–1972. Acest pilon este conceput să asigure cam 20% din pensia obținută la limita de vârstă. Cel puțin formal, asiguratul își alege (din câteva alternative posibile) fondul în care îi vor fi investiți banii, asumându-și total riscurile, fără a dispune în mod real de avantajele unei alegeri informate. Contul mediu realizat este în jur de 1 500 euro. Despre Pilonul II, administratorii sistemului afirmă că aceasta ar fi zona unde s-a economisit ceva mai mult în România comparativ cu conturile libere de economii din sistemul bancar.

- **Pensiile private facultative – Pilonul III** (Legea nr. 204/2006), funcționează sub forma unor conturi individuale. În anul 2014, Pilonul III cuprindea 337 mii de participanți, adică 4,1% din totalul populației angajate

în muncă (NN Asigurări 2014). Fondurilor private de pensii le lipsește încă o metodologie de achitare a beneficiilor, dar a fost introdus *Fondul de Garantare* care va compensa eventualele pierderi atât pe perioada de acumulare, cât și în etapa de achitare a beneficiilor. Contribuția angajatorului este scutită de la plata tuturor taxelor salariale – în limita maximă a 400 euro pe an fiscal. În caz de deces, moștenitorii beneficiază de suma acumulată în cont. Asiguratul dispune asupra nivelului contribuției, perioadei și fondului unde va contribui. Acumulările actuale sunt, totuși, foarte mici, ca efect al salariilor relativ mici ale contribuabililor. Rata de rentabilitate a fiecărui fond de pensii facultative se compară cu rata minimă de rentabilitate a tuturor fondurilor din piață. Este nevoie de minimum 90 contribuții lunare pentru a avea dreptul la pensie. Contribuțiile la Pilonul III sunt opționale și separate de contribuția socială. Baza de venit pentru calculul contribuției la pensie variază între 35%–500% din salariul mediu brut la nivel național. Perioada minimă de contribuție necesară pentru obținerea unei pensii este de 15 ani. Perioada de contribuție pentru o pensie completă este de 35 de ani pentru bărbați și peste 30 de ani pentru femei (perioadă în creștere, potrivit legii).

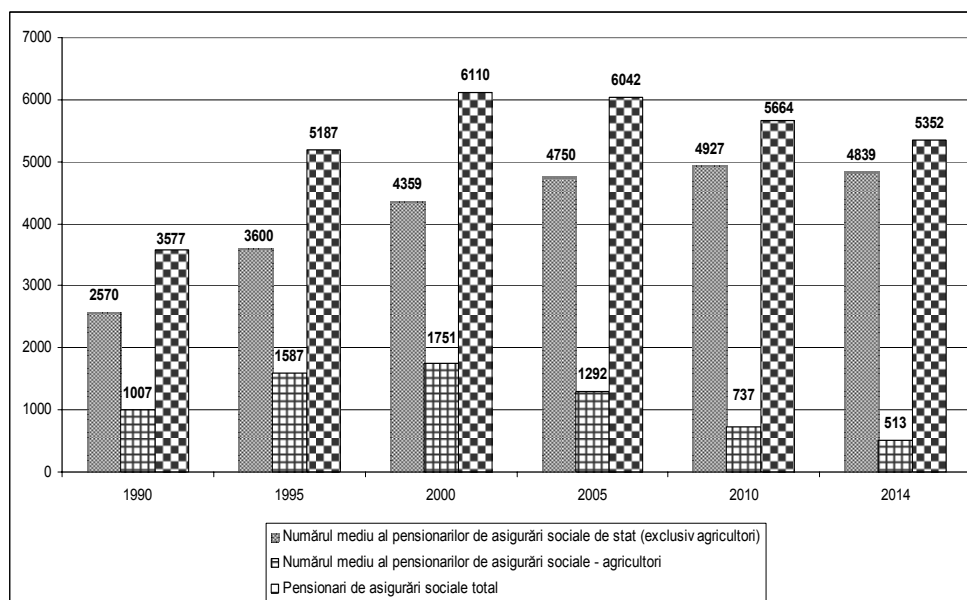
## PILONUL I AL SISTEMULUI PUBLIC DE PENSII

**Evoluția numărului de pensionari și cuantumul pensiei.** În intervalul 1990–2010, numărul de pensionari din sistemul public de pensii din România a crescut de la 3 580 000 la 5 660 000 (cu 58%), iar numărul de contribuabili a scăzut de la 7 997 000 la 4 238 000 (cu 47%) (INS 2016).

Este de așteptat ca, în anul 2030, numărul pensionarilor de asigurări sociale de stat să atingă 6,2 milioane, cu două milioane mai mult decât la 1 ianuarie 2010, ceea ce ar însemna o creștere de 50% (Ghețau 2011). În perioada ianuarie 2007–ianuarie 2015 valoarea punctului de pensie a crescut de la 396,2 lei la 830,3 lei (Pana 2016).

Stabilirea cuantumului pensiei se face în funcție de numărul de puncte realizat de beneficiar de-a lungul vieții de muncă (numărul de puncte este dat de raportul între salariul brut individual și salariul brut mediu din luna respectivă) (suma punctelor din an se înmulțește cu valoarea punctului stabilită de stat și se împarte la 12).

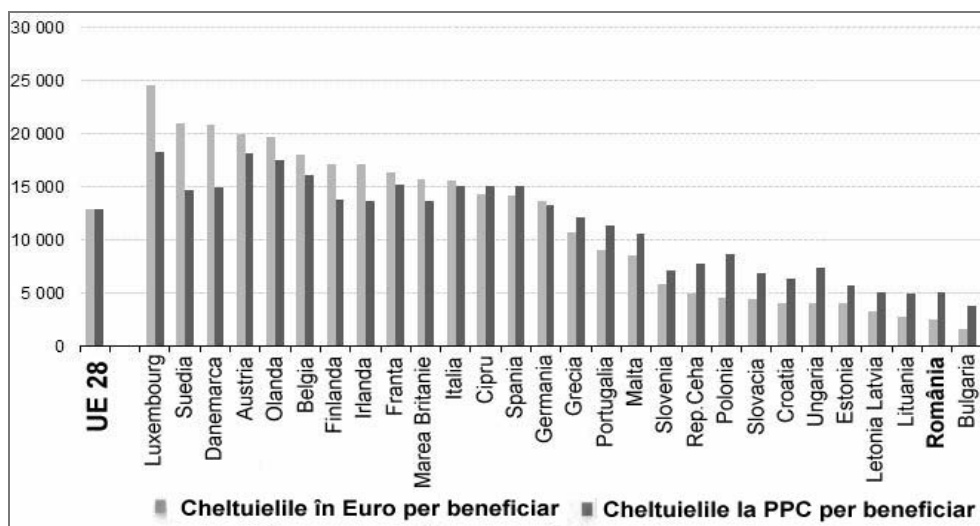
Grafic 1. Numărul mediu de pensionari de asigurări sociale 1990–2014 (mii persoane)



Sursa: Anuarul Statistic al României 2015.

În sistemul public de pensii, se pot asigura, pe bază de contract de asigurare socială, în condițiile Legii nr. 263/2010, avocații, personalul clerical și cel asimilat din cadrul cultelor recunoscute prin lege, neintegrate în sistemul public, precum și orice persoană care dorește să se asigure, respectiv să își completeze venitul asigurat. Baza de calcul a contribuției de asigurări sociale pentru asigurații cu contract de asigurare o constituie venitul lunar asigurat, înscris în contractul de asigurare socială, dar nu mai puțin decât suma reprezentând 35% din câștigul salarial mediu brut utilizat la fundamentarea bugetului asigurărilor sociale de stat și nici mai mult de 5 ori valoarea acestuia. Contribuțiile (CAS) la finanțarea sistemului sunt diferențiate, astfel: 1. angajatorii: 15,8% din salariul brut – pentru condiții normale de muncă, 20,8% – pentru condiții deosebite de muncă, 25,8% – condiții speciale de muncă ; 2. angajații: 10,5 % din salariul brut – pentru orice fel de condiții de muncă. Rata medie a contribuției la sistemul de pensii a crescut de la 14% în anul 1989 la 31,3% pentru condiții normale de muncă, 36,3% pentru condiții deosebite de muncă și 41,3% pentru condiții speciale de muncă, în anul 2009.

Grafic 2. Cheltuieli anuale cu pensiile per beneficiar în UE28, 2013 (în Euro și la PPS)



Sursa: Eurostat 2016.

Cuquantumul pensiilor acordate în sistemul public din România este deosebit de scăzut (cel mai scăzut din UE, exceptând Bulgaria). Circa 24% din pensionari, adică peste 1,2 milioane de vârstnici primesc o pensie de sub 500 de lei pe lună, ceea ce-i situează constant în zona riscului de sărăcie, deprivare materială severă și excluziune socială.

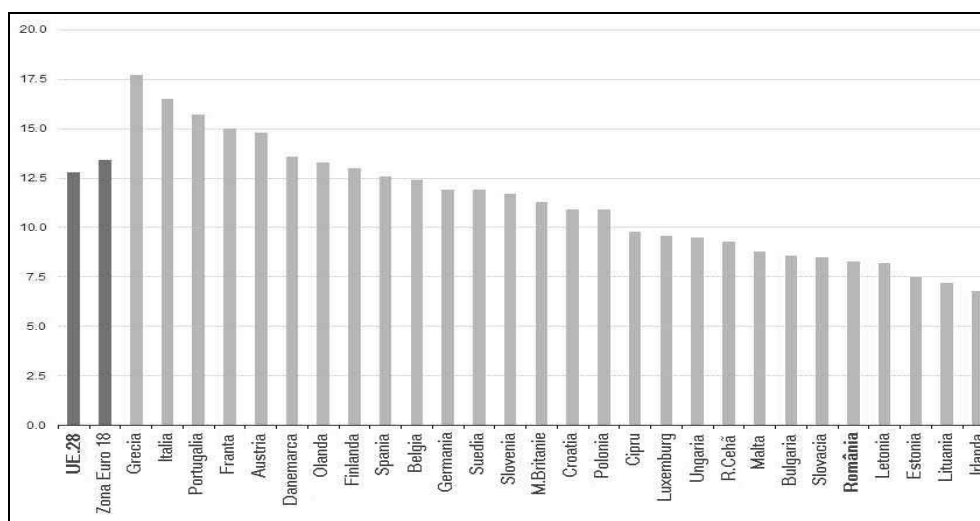
Pensiile speciale se calculează după o regulă de excepție – 80% din valoarea ultimului salariu primit de beneficiar. Pensionarii cu pensii peste 740 lei plătesc 5,5% din pensie contribuție pentru asigurări de sănătate, iar pensiile peste 1 000 lei (după extragerea contribuției pentru sănătate) sunt impozabile (cu excepția pensionarilor cu dizabilități). Toate persoanele vârstnice sunt îndreptățite la pensia minimă finanțată de la bugetul de stat. În anul 2015, cuantumul acestui beneficiu a crescut cu 14% (prima dată după anul 2009), atingând 400 lei. În anul 2016 pensia medie în România era de 893 lei, reprezentând 46% din salariul mediu net (1 918 lei).

## FINANȚAREA SISTEMULUI PUBLIC DE PENSII DIN ROMÂNIA

Modelul social european se remarcă, la nivel global, prin importanța deosebită pe care statele europene o acordă protecției sociale în general și

dezvoltării sistemelor de pensii, în special. Țările din Uniunea Europeană angajează (pe termen lung) un efort serios de finanțare a pensiilor publice (Graficul 3).

Grafic 3. Ponderea cheltuielilor cu pensiile în PIB, în UE28, în anul 2013 (%)



Sursa: Eurostat 2016.

În anul 2013, media europeană a fondurilor alocate sistemelor de pensii depășea ușor 12,5% din PIB (Eurostat 2016). Unele state alocuau însă ponderi mult mai consistente, precum Grecia (17,5%) sau Italia (peste 16%). La acest capitol, România se situează încă departe de media europeană, alocând finanțării pensiilor doar ponderi în jur de 8–9% din PIB. Potrivit prognozelor, România nu va depăși 8,1% din PIB la acest capitol nici în deceniile viitoare (CE 2013).

Aceasta, în condițiile în care numărul persoanelor vârstnice din România va crește de la 3 206 300 în 2012 la 3 621 800 în 2030, iar speranța de viață a persoanelor vârstnice este de așteptat să crească. Ponderea cheltuielilor publice cu pensiile din România este de așteptat chiar să scadă ușor de la 8,2% (2013) la 8,1% din PIB (2060), în condițiile în care rata dependenței populației vârstnice din România va crește de la 26,2% (2013) la 56,0% (2053) (CE 2015). Toate acestea se vor întâmpla pe fondul scăderii ponderii populației României cu vârstă între 20–64 ani, de la 62,6% în 2013 la 51,2% până în 2053. Într-un asemenea context, singura șansă pentru creșterea bunăstării pensionarilor ar fi aceea ca PIB-ul României să crească totuși

substanțial în valoare nominală, permițând, astfel, menținerea ponderii actuale în PIB a cheltuielilor cu pensiile publice. Totuși, în anul 2030, există riscul ca în jur de 1 775 100 persoane vârstnice să nu aibă drept de pensie și să solicite asistență socială de la Bugetul de Stat.

Tabelul 6

Indicatorii de context ai sustenabilității sistemului de pensii publice din România

| Indicator                                                             | 2013  |         |       | Proiecții pentru 2053 |         |       |
|-----------------------------------------------------------------------|-------|---------|-------|-----------------------|---------|-------|
|                                                                       | Total | Bărbați | Femei | Total                 | Bărbați | Femei |
| Speranța de viață la 65+ ani                                          | 16,1  | 14,5    | 17,7  | 21,4                  | 19,9    | 22,9  |
| Rata de dependență a persoanelor vârstnice (20–64)                    | 26,2  | 21,0    | 31,4  | 56,0                  | 49,3    | 62,9  |
| Rata de dependență economică a persoanelor vârstnice (15–64)          | 36,2  | 25,4    | 50,0  | 81,7                  | 61,7    | 108,8 |
| Rata angajării în grupul de vârstă 55–64                              | 41,8  | 51,4    | 33,2  | 46,4                  | 56,7    | 36,1  |
| Cheltuielile cu pensiile ca % din PIB (ESSPROS) 8,8*   Proiecție 2060 |       |         |       |                       |         |       |
| Pondere în PIB a pensiilor publice brute (proiecții AWG**) 8,2   8,1  |       |         |       |                       |         |       |

Sursa: CE 2015.

Pilonul I al sistemului public de pensii oferă cinci tipuri de beneficii:

1. pensie pentru limită de vârstă; 2. pensie anticipată; 3. pensie parțial anticipată; 4. pensie de invaliditate; 5. pensie de urmaș.

Gradul actual de acoperire a sistemului public de pensii (numărul de contribuabili per populație ocupată de 15–64 ani) a scăzut de la 61,3% în 1997 la 55,2% în 2010 (circa 1,35 milioane contribuabili au ieșit din sistem).

## PROBLEME ALE SISTEMULUI PUBLIC DE PENSII

Există două categorii distincte de probleme ale sistemului: actuale și de perspectivă. Cele actuale decurg, în esență, din performanțele scăzute ale politicilor de finanțare aplicate, dar și din managementul intens generator de probleme al sistemului (de exemplu, inițierea și alimentarea artificială a deficitului fondului de pensii, în scopul creșterii autorității și controlului statului în privința utilizării discreționare a resurselor care intră în sistem).

Problemele de perspectivă vizează, în principal, prognozarea unor cheltuieli cu pensiile mai mari decât intrările financiare în sistem, până în anul 2060, ca urmare a creșterii numărului populației fără drept de pensie (ce va solicita pensie minimă) și diminuării numărului de contribuabili. Un factor suplimentar de vulnerabilizare a sistemului public de pensii din România

este reprezentat de presiunile politice de privatizare a sistemului, fondurile colectate de acesta fiind deosebit de tentante pentru investitorii din economie.

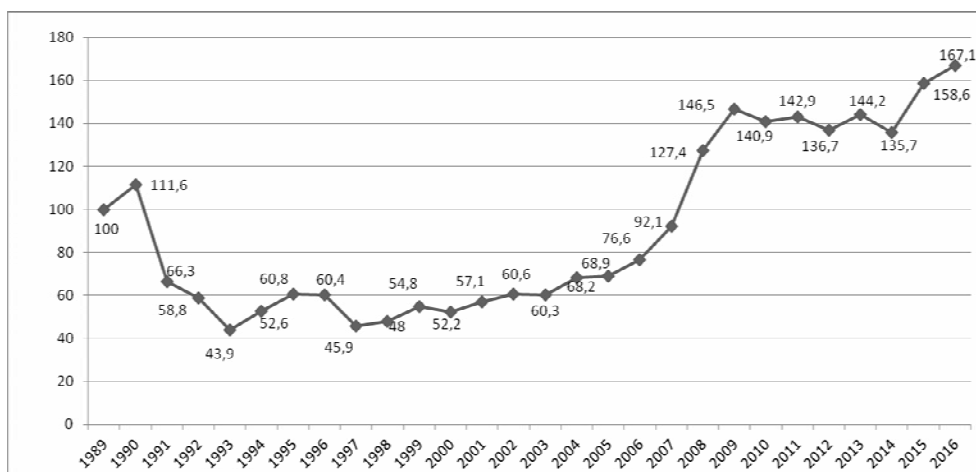
În cazul în care sistemul public de pensii își va restrânge treptat aria de acoperire a trebuințelor sociale (cu asigurări pentru pensie – Pilonul I) milioane de vârstnici ar rămâne fără suport și autonomie economică în viitor, mulți dintre ei putând fi lipsiți de orice sprijin inclusiv din partea familiei. Deficitul major de servicii de asistență socială și de suport comunitar pentru vârstnici nu va face decât să agraveze și mai mult o asemenea situație.

Nevoia acută de servicii comunitare pentru îngrijire la domiciliu a vârstnicilor este puternic resimțită chiar și în prezent, în special de către acei vârstnici lipsiți de suportul propriei familii, de vârstnicii din rural, dar și de numeroși vârstnici cu venituri foarte mici din urban. Asemenea situații însă vor crea mari dificultăți de supraviețuire vârstnicilor în viitor, transformând această categorie de populație într-un grup vulnerabil mult mai numeros decât în prezent.

Performanțele scăzute în plan social ale finanțării sistemului public de pensii, alături de cele ale sistemului de protecție socială, explică în bună măsură situația socioeconomică deosebit de precară a majorității vârstnicilor din România. În România, în intervalul 1991–2002, pensia medie netă de asigurări sociale de stat (ASS) a scăzut dramatic, până la un nivel de 43% din puterea de cumpărare a pensiei în anul 1989 (graficul 4). Abia după anul 2008, pensia medie netă reală a depășit valoarea aferentă anului 1989, continuând să crească până la 146,5% în 2009, după care a început din nou să scadă.

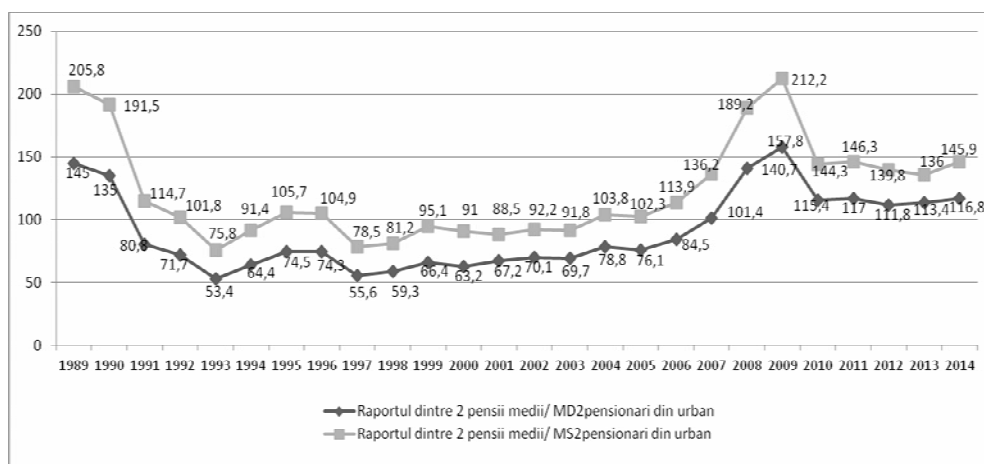
**Pensionarii din urban.** În România urbană actuală, un număr ridicat de vârstnici trăiesc în sărăcie extremă, singuri, dispunând de pensii la limita subzistenței, fără sprijin din partea urmașilor ori a comunității. De aceea, nu de puține ori, aceștia ajung să fie antrenați în unele scheme financiare de îndatorare, ce-i aduc în situații economice limită, ori devin victime ale unor înșelăciuni, pierzându-și astfel locuința. Există, însă, diferențe sensibile în felul cum pensionarii cu pensii relativ mici s-au descurcat în ultimii 25 de ani. Familiile de vârstnici ce au cumulat venituri din două pensii au făcut față trebuințelor zilnice mai ușor decât familiile cu o singură pensie. De exemplu, familia de vârstnici cu două pensii medii din urban reușea să-și acopere trebuințele coșului minim de consum decent, în anul 1990, dar începând cu anul 1991 situația acestora s-a deteriorat masiv. Abia în anul 2009 au revenit la o situație comparabilă cu anul 1989.

Grafic 4. Dinamica puterii de cumpărare a pensiei medii nete reale de asigurări sociale de stat, din România, 1989–2014<sup>3</sup>



Sursa: INS 2015.

Grafic 5. Raportul dintre două pensii medii de ASS și valoarea coșului minim decent, respectiv a coșului de subzistență, pentru familia de doi pensionari din urban



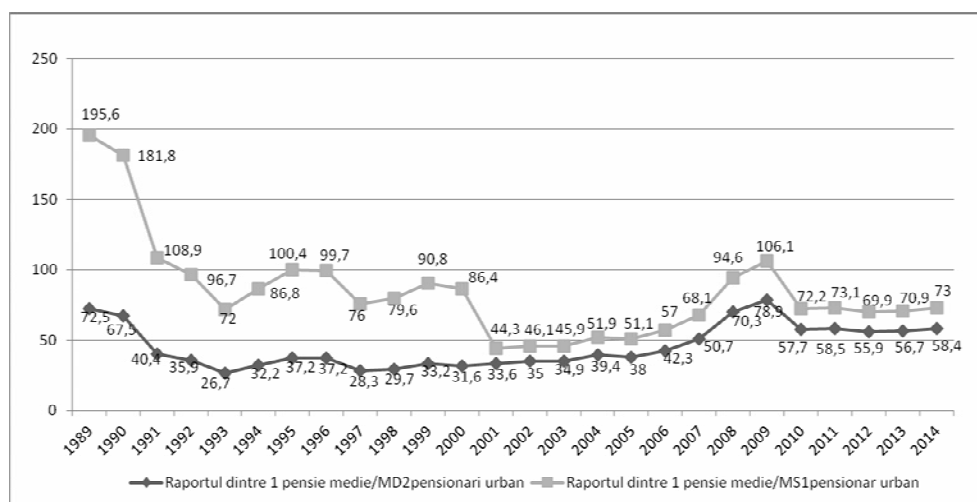
Legenda: ◆- 2 pensii medii/MD2pensionari din urban; ■- 2 pensii medii/MS2pensionari din urban.

Sursa: INS 2014, 2015.

<sup>3</sup> Calculele din graficele 4–9 au fost realizate de către Adina Mihăilescu pe baza datelor INS.

Când familia de pensionari din urban a dispus de o singură pensie medie netă, situația lor economică a fost extrem de precară.

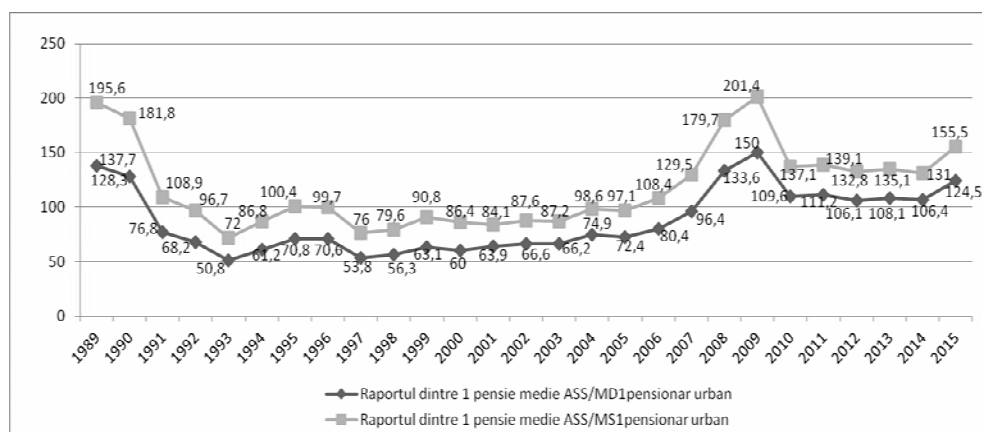
Grafic 6. Raportul dintre o pensie medie de ASS și valoarea coșului minim decent, respectiv a coșului de subzistență, pentru familia de doi pensionari din urban



Sursa: INS 2015.

Nici pensionarul care locuiește singur în urban nu și-a putut satisface trebuințele coșului minim decent cu veniturile dintr-o pensie medie netă de asigurări sociale de stat.

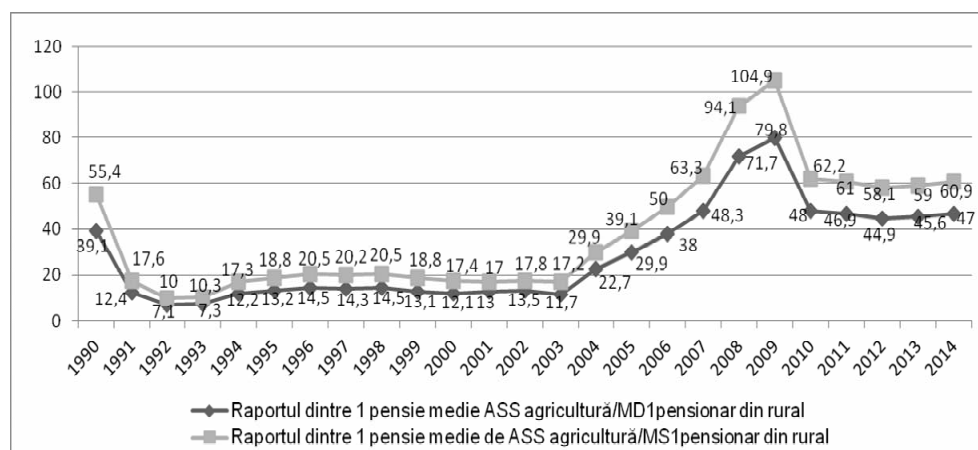
Grafic 7. Raportul dintre o pensie medie de asigurări sociale de stat și valoarea coșului minim decent, respectiv a coșului de subzistență, pentru un pensionar din urban



Sursa: INS 2015.

**Pensionarii din rural.** Sărăcia extremă apare mai frecvent la bătrânii singuri din rural, predominant femei, care nu mai pot munci pământul și trăiesc din pensii minime sau pensii de urmaș extrem de mici.

Grafic 8. Raportul dintre o pensie medie de asigurări sociale de stat și valoarea coșului minim decent, respectiv a coșului de subzistență pentru un pensionar singur din rural, 1990–2014

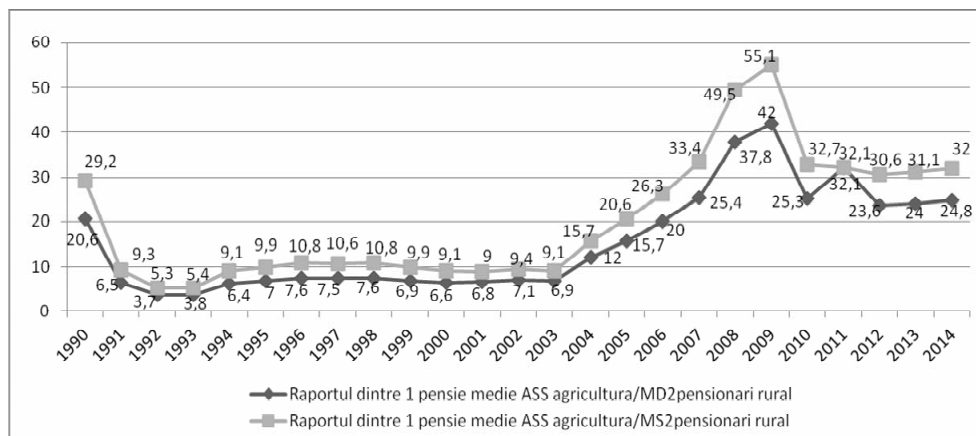


Sursa: INS 2015.

Familia de vârstnici din rural, care a dispus de o singură pensie medie netă pentru agricultori, a parcurs o situație economică extrem de dură. Aceasta nu a reușit, în toată perioada post-decembristă, să-și acopere minimul de supraviețuire, ca să nu mai vorbim de minimul decent, prin veniturile provenind din pensie (Graficul 9).

Pensionarii agricultori se înregistrează frecvent între categoriile de vârstnici cele mai intens afectate de sărăcie și deprivare materială severă. Pe fondul general al destrucurării masive a economiei naționale din anii '90, sistemul public de pensii a preluat și sarcina finanțării pensiilor pentru agricultori. Prin aceasta, sistemul a devenit tot mai slab performant, nereușind să asigure un nivel al bunăstării corespunzător trebuințelor minime ale asiguraților. În intervalul 1989–2016, vârstnicii din rural au luptat pentru supraviețuire. Din această cauză, mulți au renunțat la facilitățile minime ale calității vieții (încălzirea locuinței, consum decent de energie electrică, alimentație echilibrată ș.a.).

Grafic 9. Raportul dintre două pensii medii nete de ASS din agricultură și valoarea coșului minim de consum decent, respectiv coșului de subzistență, pentru familia de pensionari din rural



Sursa: INS 2015.

Iată, aşadar, cât de importante pot fi veniturile provenind din asistenţa socială, dar mai ales din pensii, pentru persoanele vârstnice din România. Acordarea unei atenţii speciale sistemului public de pensii din România (corelat cu sistemul de asistenţă socială) nu este, aşadar, o problemă de opţiune politică, ci este un imperativ al prezentului, ca şi al deceniilor ce vor veni.

Există trei cauze majore care alimentează situaţia socială descrisă mai sus.

1. Între problemele de management care generează deficite financiare tot mai mari Pilonului I al sistemului public de pensii este şi aceea că Pilonul I cedează lunar o parte din încasările efectuate de la contribuabilii înregistraţi, la Pilonul II. Contribuţia de 10,5% din salariul de bază al angajaţilor în vârstă de cel mult 35 de ani (opţional pentru cei până la 45 de ani, înscrişi în sistem începând cu anul 2008) este divizată între Piloanele I şi II în cuantum de 4,5 – 5% → 6% (potrivit Autorităţii de Supraveghere Financiară) (cifrele diferă în funcţie de sursa datelor). În anul 2017, persoanele fizice autorizate care realizează venituri din activităţi independente şi profesii libere realizează contribuţii pentru pensie (CAS) de 10,5% sau 26,3%, potrivit opţiunii personale. Contribuţiile lor se raportează la salariul mediu brut aferent anului 2017 (3 131 lei, potrivit Legii nr. 7/2017 a bugetului asigurărilor sociale de stat);

2. Creșterea semnificativă (în valoare nominală) a cheltuielilor cu pensiile până în anul 2035 și îndeosebi până în anul 2060. În fapt, această problemă capătă dimensiuni diferite în funcție de prognoza utilizată pentru creșterea în viitor a numărului de pensionari. De exemplu, potrivit EC (2015), cheltuielile publice cu pensiile este posibil nu să crească, ci să scadă ca pondere în PIB, deși ele vor crește în valoare nominală – mai ales în ipoteza creșterii PIB-ului României până în anul 2060. Media europeană actuală a ponderii cheltuielilor pentru pensii în PIB este de 12,5%. Îmbătrânirea demografică a populației din România va genera unul dintre cele mai accentuate efecte asupra acestei categorii de cheltuieli în deceniile patru și cinci ale acestui secol, ceea ce impune inițierea încă din prezent a anumitor politici sociale, pentru atenuarea efectelor viitoare ale acestui fenomen.

Între direcțiile de acțiune posibile pentru asigurarea sustenabilității sistemului public de pensii, considerăm necesară creșterea numărului de contribuabili la sistemul public de pensii, prin creșterea ratei de ocupare (ținta din Strategia Europa 2020) spre 70%. Crearea a circa 1,7 milioane noi locuri de muncă, la salariul mediu actual, alte variabile rămânând neschimbate, știind că, în jur de 3,4 milioane locuri de muncă sunt deja în economia informală, sau, păstrând actualul efectiv al salariaților, să crească salariul mediu pe economie cu circa 750 de lei, alte variabile rămânând neschimbate.

Complementar, sunt necesare:

- politici sociale de susținere a familiilor cu mulți copii (inclusiv pentru încurajarea fertilității);
- redefinirea politicilor de imigrație;
- încurajarea persoanelor vârstnice de a rămâne în câmpul muncii după vârsta de pensionare;
- extinderea sistemului contributiv pentru pensiile agricole;
- adoptarea unor noi măsuri de îmbunătățire a colectării CAS;
- revizuirea legislației privind modul de constituire a fondurilor Pilonului II.

Perspectiva demografică nu justifică ignorarea problemei sustenabilității financiare a sistemului public de pensii pe termen lung – așa cum se întâmplă în prezent. Construcția dreptului la pensie pentru angajați este, de departe, cea mai importantă formă de protecție socială a persoanelor vârstnice, aceasta fără a exclude asumarea de către Bugetul de Stat a costurilor asistenței

sociale pentru populația vârstnică fără drept de pensie. Din 2025, problema vârstnicilor fără asigurare de pensie și de sănătate va deveni vizibilă statistic.

3. Reforma sistemului public de pensii din România a avut ca efect anularea relativei autonomii financiare a Fondului Asigurărilor Sociale de Stat (FASS), ceea ce a avut drept consecință, trecerea acestuia pe deficit sistematic. Bugetul asigurărilor sociale a fost independent financiar până în anul 1995. Ulterior, când în sistem au fost introduse unele beneficii de tip noncontributiv (pensiile speciale, pensiile de asistență socială) și prin virarea unor sume destul de consistente către Pilonul II al pensiilor administrate privat, Pilonul I a devenit sistematic deficitar. Astfel, în anul 2011 deficitul sistemului era de peste 2,9% din PIB, dar numai circa 41% din deficitul respectiv era inițiat prin creșterea pensiilor din 2008. Restul deficitului era efectul unor decizii administrative (Giosan și Ciucu 2014).

Direcțiile de acțiune posibile ar trebui să se concentreze pe creșterea autonomiei și sustenabilității financiare pe termen lung, sistemul de pensii având nevoie de schimbări structurale ce depășesc instrumentele sale actuale de gestiune propriu-zisă, de tipul: (1) mărirea gradului de autonomizare a gestionării financiare a FASS pentru ca dependența acestuia de transferurile de la Bugetul de Stat să devină cât mai redusă; (2) introducerea unui principiu de economisire din timp a unor resurse în cadrul FASS – prin recuperarea și colectarea eventualelor excedente ale acestui fond.

Există 3 alternative majore de finanțare a deficitelor lunare ale FASS:

- deoarece ASS susține un sistem de solidaritate intergenerațională, se acceptă transferul de resurse de la Bugetul de Stat, în caz de nevoie, ca o cheltuială inclusă în prioritățile bugetului public pentru respectarea unui drept social constituit pe principii contribuției;
- se mărește CAS în raport cu trebuințele de finanțare ale sistemului public de pensii, știind totuși că o asemenea măsură poate induce presiuni suplimentare asupra costului muncii;
- alegerea unui mix optim între alternativele 1 și 2. Echilibrarea relației dintre contribuțiile CAS și costul muncii pentru a descuraja evaziunea fiscală și a încuraja noi intrări în ASS.

În viitor, este necesară mărirea gradului de autonomizare financiară a FASS pentru ca dependența acestuia de transferurile de la Bugetul de Stat să

devină cât mai redusă, în vederea prevenirii eventualelor tentații ale generațiilor viitoare de politicieni de a micșora importanța, legitimitatea și funcțiile sociale ale FASS.

4. Diminuarea FASS din România prin corupție, erori, fraudă. Ratele medii de fraudă, erori, corupție (în urma controalelor din 2010–2011) sunt mai mari decât cele din țările dezvoltate.

Direcțiile de acțiune ar trebui să vizeze instituirea unor măsuri de recuperare a prejudiciilor constatate în sistem. Asemenea prejudicii au acumulat pierderi financiare deloc neglijabile, de exemplu, de circa 5% din cheltuielile cu pensiile, adică circa 2,1 miliarde lei în 2012, când cheltuielile cu pensile au fost de circa 48 miliarde lei (Giosan și Ciucu 2014).

Pentru viitor, este necesară întărirea mecanismului instituțional specializat de recuperare a pierderilor financiare din sistem.

5. Menținerea pe termen lung a unei calități scăzute a vieții beneficiarilor vârstnici majoritari (mai ales a celor cu pensii sub pensia medie sau a celor fără drept de pensie). Pensia medie actuală nu oferă nici în prezent, după 27 de ani de schimbări economice, resursele necesare unui trai minim decent pentru marea majoritate a pensionarilor

Pentru viitor, la un orizont de timp de aproximativ 20 de ani, pentru România, cuantumul mediu al cheltuielilor cu pensia pentru limită de vârstă să fie de cel puțin 4 320 euro per beneficiar pe an adică 10 000 la PPC.

## **SUPORTUL ASISTENȚEI SOCIALE PENTRU VÂRSTNICI**

Acesta vine în completarea veniturilor generate prin sistemul național de protecție socială și prin sistemul public de pensii. Finanțarea sistemului de asistență socială se asigură preponderent prin Bugetul de Stat. Cheltuielile cu pensiile de asistență socială au prezentat o tendință de scădere relativă în ultimii ani, de la 1,08% din PIB în 2010, la 0,67% în 2013 (INS 2013).

Finanțarea asistenței sociale pentru persoanele vârstnice (Legea 17/2000) se realizează prin bugetul de stat pe principiul împărțirii responsabilității între administrația publică centrală și cea locală. De la bugetul de stat se alocă fonduri pentru: a. asistența socială desfășurată de asociații și

fundații române cu personalitate juridică, și de unitățile de cult recunoscute în România; b. cheltuielile de investiții și reparații capitale pentru unitățile de asistență socială din zonele defavorizate; c. completarea veniturilor extrabugetare ale căminelor de bătrâni când resursele bugetelor locale devin insuficiente; d) alte cheltuieli stabilite prin legile bugetare anuale.

Practic, pentru a veni în întâmpinarea trebuințelor speciale ale vârstnicilor, în România funcționează: 19 cămine, cu o capacitate de 2 121 paturi (sub coordonarea Ministerului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei; 84 de centre de îngrijire și asistență pentru adulții cu handicap, cu o capacitate de 10 230 paturi, aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap; 17 instituții de asistență socială (cămine pentru persoane vârstnice și centre de zi), susținute financiar de organizații neguvernamentale, pentru care se acorda subvenții de la bugetul de stat, cu o capacitate totală de 776 locuri; 39 de servicii la domiciliu subvenționate de la bugetul de stat (Roș 2016).

Contribuția persoanelor vârstnice sau a susținătorilor legali ai acestora la finanțarea asistenței sociale a persoanelor vârstnice se realizează potrivit prevederilor Legii 17/2000. Persoanele vârstnice care dispun de venituri proprii și sunt îngrijite în cămine, precum și susținătorii legali ai acestora trebuie să achite lunar o contribuție de întreținere, stabilită pe baza costului mediu lunar de întreținere. Pentru persoanele vârstnice care nu au venituri și nici susținători legali, contribuția de întreținere este achitată din bugetele locale sau județene, după caz, în limita cuantumului hotărât de acestea din urmă. Consiliile locale sau județene hotărăsc și cu privire la cuantumul acoperirii contribuției lunare de întreținere datorate de persoanele vârstnice îngrijite în cămine, dacă veniturile acestor persoane sunt insuficiente pentru acoperirea costului mediu lunar de întreținere. Acest fapt este una dintre cauzele pentru care numeroase persoane vârstnice fără venituri sau cu venituri foarte mici nu pot accesa, deși ar avea nevoie, un loc în căminele pentru vârstnici. Costul mediu lunar de întreținere se stabilește în funcție de gradul de dependență al persoanei vârstnice îngrijite și are în vedere cheltuielile de întreținere, pentru hrană și gospodărie, obiecte de inventar, echipament și cazarmament, materiale sanitare și altele asemenea, în conformitate cu clasificarea bugetară specifică bugetelor autorităților administrației publice locale. Pe de altă parte, costul mediu lunar de întreținere trebuie să asigure

îndeplinirea nivelului standardelor de calitate pentru serviciile oferite și aprobate în condițiile legii. Acoperirea valorii integrale a contribuției lunare se stabilește astfel: persoanele vârstnice care au venituri și sunt îngrijite în cămin datorează contribuția lunară de întreținere în cuantum de până la 60% din valoarea veniturilor personale lunare, fără a se depăși costul mediu lunar de întreținere aprobat pentru fiecare cămin. Diferența până la valoarea integrală a contribuției trebuie achitată de susținătorii legali ai persoanelor vârstnice, dacă acestea realizează un venit pe membru de familie mai mare decât salariul minim brut pe economie în vigoare.

### **CHELTUIELILE PENTRU SERVICIILE MEDICALE**

Structura cheltuielilor pentru plata serviciilor consumate de populația din România, pe destinații, indică o alocare de 4,3% din cheltuielile totale pentru serviciile medicale, pentru anul 2014 (INS 2016). Pensionarii, însă, au alocat 5,9% din suma totală alocată serviciilor (341,8 lei) pentru achitarea serviciilor medicale.

Cheltuielile pentru serviciile medicale, materialele sanitare, dispozitivele medicale și medicamentele necesare persoanelor vârstnice acordate cu titlu gratuit sau parțial compensate se achită din fondurile și în condițiile Legii asigurărilor sociale de sănătate nr. 145/1997. Până în 2016, calcularea contribuției CASS pentru veniturile din pensii s-a realizat prin aplicarea procentului de 5,5% asupra bazei lunare de calcul, reprezentată de partea din pensie care depășea nivelul de 740 de lei. Acest nivel a fost stabilit prin OUG nr. 15/2012, care a modificat prevederile art. 296 indice 9 din Codul fiscal în vigoare până în 2015. Anterior acestei OUG, baza de calcul a contribuției de asigurări sociale de sănătate în cazul pensiilor care depășeau 740 de lei era reprezentată de întregul venit. Din anul 2016, contribuția la asigurările de sănătate a pensionarilor s-a realizat doar pentru partea din pensie care depășea valoarea punctului de pensie (871 lei), potrivit noului Cod fiscal. De acest sprijin au beneficiat, în anul 2016, 2 454 949 de pensionari. Dintre aceștia, 1 946 340 se încadrau deja în condițiile legale respective întrucât aveau pensii mai mici de 740 de lei. În cazul vârstnicilor din

căminele sociale, cheltuielile medicale care nu se pot achita din fondurile asigurărilor sociale de sănătate, sunt asigurate prin bugetele căminelor, atunci când acestea dispun de resursele necesare.

## CONCLUZII

Suportul social adresat vârstnicilor din România se realizează, în prezent, prin intermediul a trei tipuri de servicii sociale: sistemul public de pensii, sistemul de asistență socială și sistemul public de servicii medicale. Calitatea vieții persoanelor vârstnice (și nu numai) depinde masiv de nivelul de finanțare și de performanțele funcționale ale acestor servicii. De aceea, identificarea și gestionarea punctelor critice sau vulnerabile ale acestora ar trebui să constituie o preocupare constantă a decidenților din sfera politicilor sociale și a managerilor din domeniu.

Problemele de fond actuale ale sistemului public de pensii nu vizează atât demografia, cât lipsa de viziune, lipsa voinței de a susține financiar sistemul public, antireclama ce se face acestuia în rândurile tinerilor, deși între 60–80% din pensia lor va veni tot din sistemul public.

Modelele de consum și economisire la nivel global se află în schimbare accelerată. Din aceasta rezultă și caracterul imprevizibil al cererii viitoare de asigurări pentru pensie. Ca urmare, menținerea acestei plase de securitate socială, care este sistemul public de pensii, devine indispensabilă, pentru orice tip de societate a viitorului.

Locurile de muncă și domeniile economice de producere a avuției, de asemenea, devin extrem de fluctuante. Iar România este o economie relativ mică, puternic expusă conjuncturii internaționale. Ca urmare, pentru Pilonul I reținem caracterul imprevizibil al politicilor din deceniile ce vor urma, precum și dificultatea de a modela în mod profesional evoluțiile pe termen mai lung de 4–5 ani. Aceasta impune acordarea unei atenții constante, susținute pe termen mediu acestui domeniu, din partea specialiștilor, dar și a decidenților politici. Construirea voinței politice de a consolida sistemul public de pensii este o prioritate, acesta contribuind masiv la creșterea calității vieții vârstnicilor, dar și a generațiilor mai tinere, inclusiv prin familiile extinse.

Pe de altă parte, fenomenul îmbătrânirii demografice accentuate din următoarele trei-patru decenii, coroborat cu situația critică de pe piețele muncii din România, vor face ca țara noastră să se confrunte, pe termen mediu și lung, cu un număr ridicat de persoane vârstnice lipsite de venituri proprii. De aceea, se pune problema înființării, pe termen mediu, a unor noi unități și beneficii de asistență socială, adecvate diferitelor situații limită în care pot ajunge persoanele vârstnice. În acest sens, un rol important revine factorilor guvernamentali centrali (în special în domeniul finanțării asistenței sociale), dar și consiliilor locale sau județene (în domeniul creării și administrării bazei tehnico-materiale a serviciilor de asistență socială). Politicile aplicate de aceste structuri pot avea un rol hotărâtor în privința creșterii accesului persoanelor vârstnice fără venituri sau cu venituri foarte mici în căminele pentru vârstnici.

Un alt domeniu care influențează în mod decisiv calitatea vieții și starea de sănătate a persoanelor vârstnice este cel al serviciilor medicale. Constituția României a instituit dreptul la ocrotirea sănătății (Art. 33), menționând faptul că statul este obligat să ia măsuri pentru asigurarea igienei și sănătății publice și pentru organizarea asistenței medicale și a sistemului de asigurări sociale pentru boală, accidente, recuperare, controlul exercitării profesiilor medicale și a activităților paramedicale, precum și alte măsuri de protecție a sănătății fizice și mentale a persoanelor, potrivit legii. Totuși, există deficiențe majore cu care se confruntă serviciile medicale din România, în general, și cele adresate vârstnicilor, în special. Situația destul de precară a acestor servicii din anii '90, s-a agravat și după anii 2000–2005 prin creșterea acută a deficitului de medici, dar și prin risipa de resurse și gestionarea problematică a resurselor existente în sistem. Eforturile ar trebui îndreptate către serviciile medico-sociale ce pot răspunde nevoilor specifice ale vârstnicilor.

### Bibliografie

- CNPV. 2011. *Situația socio-economică a persoanelor vârstnice din România și din țările Uniunii Europene – prezent și perspective de evoluție*. [http://www.cnpv.ro/pdf/analize2010\\_2011/Lucrare-situatie-socio-econ-varstnici2011.pdf](http://www.cnpv.ro/pdf/analize2010_2011/Lucrare-situatie-socio-econ-varstnici2011.pdf)
- CNPV. 2010. *Sărăcia și standardul de viață al persoanelor vârstnice din România*. [http://www.cnpv.ro/pdf/analize2010\\_2011/studiu-saracie-2010.pdf](http://www.cnpv.ro/pdf/analize2010_2011/studiu-saracie-2010.pdf)

- CNPV. 2014. *Populația vârstnică a României la orizontul anului 2060*. <http://www.cnpv.ro/pdf/analize2014/Populatia-varstnica-a-Romaniei-la-orizontul-anului-2060.pdf>
- EC. 2015. *The 2015 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies*. [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/european\\_economy/2014/pdf/ee8\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2014/pdf/ee8_en.pdf)
- EC. 2015. *The 2015 Pension Adequacy Report: current and future income adequacy in old age in the EU*, European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Social Protection Committee, vol II.
- GFK. 2015. *Situația vârstnicilor din România*, Fundația Principesa Margareta a României.
- Ghețau, Vasile. 2011. *Câți pensionari va avea România în 2030?* HotNews.ro, 11 mai, 2011. [http://economie.hotnews.ro/stiri-pensii\\_private-8612597-analiza-cati-pensionari-avea-romania-2030.htm](http://economie.hotnews.ro/stiri-pensii_private-8612597-analiza-cati-pensionari-avea-romania-2030.htm)
- Giosan, Victor, Ciprian, Ciucu. 2014, *Alternative și compromisuri în sistemul românesc de pensii pentru următorii 20 de ani*, Centrul Român de Politici Europene. <http://www.crpe.ro/wp-content/uploads/2014/01/Aletrnative-si-compromisuri-in-sistemul-romanesc-de-pensii.pdf>
- INS. 2012. *Îmbătrânirea populației României*, București.
- INS. 2013. *Ocuparea și șomajul în anul 2012*, Comunicat de presă Nr.92 din 17.04.2013, București.
- INS. 2013. *Proiectarea populației României la orizontul anului 2060*.
- INS. 1991–2015. *Anuarul Statistic al României, 1990-2015*, București.
- INS. 2015. *Veniturile și cheltuielile gospodăriilor populației în anul 2014*, Comunicat de presă Nr. 135 din 05 iunie 2015. [http://www.insse.ro/cms/sites/default/files/com\\_presa/com\\_pdf/abf\\_2014r.pdf](http://www.insse.ro/cms/sites/default/files/com_presa/com_pdf/abf_2014r.pdf)
- INS. 2016. *Numărul de pensionari și pensia medie lunară 2015*. [http://www.insse.ro/cms/sites/default/files/field/publicatii/numarul\\_de\\_pensionari\\_si\\_pensia\\_medie\\_luna\\_ra\\_in\\_anul\\_2015\\_0.pdf](http://www.insse.ro/cms/sites/default/files/field/publicatii/numarul_de_pensionari_si_pensia_medie_luna_ra_in_anul_2015_0.pdf)
- INS. 2016. *Coordonate ale nivelului de trai în România. Veniturile și consumul populației*, București. [http://www.insse.ro/cms/sites/default/files/field/publicatii/coordonate\\_ale\\_nivelului\\_de\\_trai\\_in\\_romania\\_veniturile\\_si\\_consumul\\_populatiei\\_2015.pdf](http://www.insse.ro/cms/sites/default/files/field/publicatii/coordonate_ale_nivelului_de_trai_in_romania_veniturile_si_consumul_populatiei_2015.pdf)
- Lutz, Wolfgang, Warren Sanderson, Sergei Scherbov, and Samir K.C. 2008. *Demographic and Human Capital Trends in Eastern Europe and Sub-Saharan Africa*, Transatlantic Council on Migration, Migration Policy Institute. <https://www.migrationpolicy.org/research/demographic-and-human-capital-trends-eastern-europe-and-sub-saharan-africa>
- Mărginean, Ioan, 2015. *Politici de reformă în domeniul pensiilor, Studii sociologice 2004–2014*, București : PRO Universitaria.
- NN Asigurări. 2016. *Broșura despre pensiile tale*. <https://www.nn.ro/documents/20181/37477/Brosura+despre+pensiile+tale>
- Rojco, Anatoli, Olga Gagauz. 2015. *Barometrul Demografic, Calitatea Vieții Persoanelor Vârstnice*, Centrul de Cercetări Demografice, INCE, R.Moldova.

Voinea, Liviu. 2011. *De ce nu sunt bani de pensii? Un alt adevăr incomod*, CriticAtac, 2 septembrie.

Guvernul României, Ministerul Finanțelor Publice *Evoluția demografică pe termen lung și sustenabilitatea sistemului de pensii, Programul operational dezvoltarea capacității administrative*. [http://www.cnp.ro/inovatie/docs/principalele-livrabile/05\\_Rezumat%20studiu%20-%20Sistemul%20de%20pensii.pdf](http://www.cnp.ro/inovatie/docs/principalele-livrabile/05_Rezumat%20studiu%20-%20Sistemul%20de%20pensii.pdf)

*Legea nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice*, [http://www.dreptonline.ro/legislatie/legea\\_asistenta\\_persoane\\_varstnice.php](http://www.dreptonline.ro/legislatie/legea_asistenta_persoane_varstnice.php)), accesat în 30 martie 2017.

*Legea nr. 263/2010 a pensiilor*, actualizată în 2017, <http://legislatiamuncii.manager.ro/a/535/legea-pensiilor-actualizata-2011.html#cap4s6calcululpensiilor>

*Legea nr. 292/2011 a asistenței sociale*, <http://lege5.ro/Gratuit/gi4diobsha/legea-asistentei-sociale-nr-292-2011>.

## **ÎN LOC DE CONCLUZII**



# **EVOLUȚIA TEMATICII CALITĂȚII VIEȚII: O ANALIZĂ SOCIOLOGICĂ<sup>1</sup>**

CĂTĂLIN ZAMFIR

Faptul că temele sociologiei sunt puternic dependente de contextul societății în care se dezvoltă este o teoremă solid demonstrată. Tematica calității vieții nu face excepție. Ea este accentuat sensibilă contextual. În diferite contexte sociale preocupările pentru calitatea vieții au semnificații diferite. Trecerea în revistă a experienței acumulate în ultimele trei decenii pune clar în evidență faptul că atât interesul pentru calitatea vieții, cât și unghiul de abordare nu sunt dictate numai de logica pură a cercetării, ci poate în mai mare măsură de configurația socială.

Explorarea relației dintre contextul social și tematica calității vieții oferă, pe lângă o înțelegere mai bună a profilului analizelor calității vieții, o perspectivă extrem de interesantă asupra profilurilor societăților însele. În mod special devine inteligibilă reacția umană globală într-un context social dat.

Conceptul de calitate a vieții a devenit nucleul unor preocupări politice, ideologice, filozofice și în special sociologice în anii '60–'70 în Occidentul capitalist, dar a cunoscut o popularitate specială și în România anilor '70–'80 și apoi după Revoluție. După câte știu eu, acest lucru nu a fost caracteristic celorlalte țări socialiste, unde a persistat mereu o anumită rezervă ideologică față de domeniul calității vieții.

## **CONTEXTUL OCCIDENTAL**

Tematica calității vieții s-a constituit într-o „cută” a istoriei societății capitaliste. Analiza evoluției ei deschide o perspectivă nouă asupra principalelor

---

<sup>1</sup> Republicat din *Calitatea Vieții în România*, coordonator Ioan Mărginean, Ana Bălașa, Editura Expert, București, 2005.

etape, *din punctul de vedere al orientării umane globale* parcurse de societatea occidentală după cel de-al doilea război. Aici nu este vorba de etapele evoluției economice sau social-politice, ci de configurațiile succesive ale experienței umane globale, incluzând atitudinile, aspirațiile și căutările umane, așa cum sunt ele modelate de contextul social-economic.

Se pot distinge trei mari etape ale evoluției social-economice a lumii capitaliste occidentale cărora, după cum vom încerca să sugerăm, le corespund experiențe umane distincte.

1. Etapa efortului de reconstrucție economică și social-politică: terminarea războiului până spre sfârșitul anilor '50.

2. Etapa boomului economic: sfârșitul anilor '50, dar mai ales anii '60–'70.

3. Etapa noului stres economic și a expansiunii la ultimele limite ale cuprinderii economiei de piață: anii '80–'90.

Din punctul de vedere al expresiilor filozofice și științifice ale experienței umane, ultimele două etape prezintă configurații distincte care merită să fie analizate în detaliu.

### **ANII '60–'70: BOOMUL ECONOMIC DUBLAT DE CRIZA DE SENS A CIVILIZAȚIEI CAPITALISTE ȘI LANSAREA PROGRAMULUI UMANISMULUI TOTAL**

Tematica calității vieții, care a explodat în anii '60–'70 în Occident, a reprezentat o reacție pozitivă de ieșire dintr-o neașteptată criză umană a civilizației capitaliste aflate în rapidă expansiune. Ea ar putea fi înscrisă în orientarea mai largă a *postmaterialismului*, exprimând perspectiva unei societăți cu un standard de viață ridicat, aflată într-un proces rapid de creștere economică.

Anii '60 și prima parte a anilor '70 au reprezentat pentru țările occidentale o perioadă distinctă. După stresul celui de-al Doilea Război Mondial și al perioadei de refacere, colectivitățile au cunoscut o creștere rapidă și substanțială a standardului de viață. Experiența umană în acest context a fost în primul rând modelată de o serie de condiții fundamentale.

Prima condiție se referă la economie. Lumea occidentală a cunoscut un ritm rapid de creștere economică, bazată pe o poziție economică, politică și

tehnologică privilegiată în lume. Lipsa competiției mondiale făcea ca această creștere economică să fie relaxată și să pară durabilă. Totodată, această creștere a eliberat însemnate resurse economice pentru o largă gamă de programe noneconomice. În primul rând, asistăm la dezvoltarea explozivă a *statului bunăstării*, care a generat un sentiment de securitate consolidată și optimism ridicat în ceea ce privește bunăstarea viitoare. Statul bunăstării a creat un circuit important de satisfacere a nevoilor umane, în afara economiei propriu-zise. Un exemplu tipic îl reprezintă proiectul, poate ușor utopic, dar credibil, al *întreprinderii umanizate* care se concentrează asupra unui mediu intern social și uman de înaltă calitate. În această cută a istoriei doi erau dușmanii performanței economice: pe de o parte, factorul uman intern (satisfacția muncii devine motivatorul esențial), iar pe de altă parte imaginea publică a întreprinderii, acceptarea ei socială.

A doua condiție este de domeniul psihologiei sociale: o dinamică mai accentuată a posibilităților *versus* aspirațiilor. Generația care s-a confruntat cu restricțiile severe impuse de război și, ulterior, de reconstrucție s-a trezit în fața unei explozii a oportunităților. Multiplicarea oportunităților a dus la ceea ce se numește frecvent în epocă **o explozie a aspirațiilor**. Dacă privim însă lucrurile din perspectiva prezentului, am putea estima că, cel puțin pentru un larg segment de populație, oportunitățile au crescut mult mai mult decât nevoile de consum. Acest decalaj a creat o *disponibilitate* de masă pentru altceva decât consumul material. Cumulat cu scăderea solicitării în sfera activității economice (scăderea programului de lucru, creșterea concediului), s-a produs o largă disponibilitate pentru *altfel* de bunuri în viață decât cele oferite de consumul economic propriu-zis. Disponibilitatea, neacoperită de activități social cristalizate, a generat, la rândul ei, un sentiment de „gol”, de căutare a „altceva” în viață.

Presată de nevoile de bază slab acoperite, economia era centrată, cum este și firesc, spre satisfacerea nevoilor „materiale”. Explozia ofertei a dus la o anumită saturare a cererii. Alte nevoi, încă vag definite, care nu erau acoperite nici de oferta economică și nici de serviciile sociale ale statului, au început să devină manifeste. În această împrejurare s-a conturat ideea că economia nu satisface toate nevoile; că alături de economie, trebuie dezvoltate alte tipuri de activități, noneconomice, care să satisfacă, prin alte mecanisme, noile nevoi. Conceptul de postmaterialism avea în vedere nu numai orientarea

spre nevoi nonmateriale, dar totodată și noneconomice, adică nevoi care nu erau satisfăcute de economia de piață. Aceste nevoi păreau a fi realizate în afara sistemului economic: ele nu necesitau resurse economice importante (inclusiv nu presupuneau un efort de obținere a resurselor economice pentru a le obține) și nici nu erau produse de sistemul economic.

Cu alte cuvinte, sistemul economic, dezvoltat pe liniamentele acoperirii nevoilor de bază, a rămas tot mai în urma exploziei nevoilor „nonmateriale”. Această rămânere în urmă a fost responsabilă de mișcările sociale care au șocat anii '60: celebrul fenomen *hippy*, dar și explozia mișcărilor studentești din 1968. Aceste mișcări sociale au fost caracterizate printr-o contestare radicală a *establishment*-ului, construit în jurul așa-numitei societăți de consum. Contestarea cuprindea atât obsesia consumului material, cât și pe cea a câștigului economic.

Ideologic, criza de sens uman a „civilizației consumului” a produs o combinație între un **program de umanizare globală** a vieții sociale și reacțiile, adesea surprinzător de violente, împotriva civilizației capitaliste. Etapa poate fi caracterizată, pe scurt, prin **umanism global**, care avea ca obiectiv reconstrucția după măsura umană a întregii vieți sociale și **anti-consumerism**.

În sociologie, răspunsul la această criză de sens uman a civilizației occidentale a luat în principal trei forme:

- în analiza dinamicii **orientărilor de valoare**, s-a cristalizat programul de detectare a noilor tendințe „postmaterialiste”;

- **tematica calității vieții** a reprezentat o reacție constructivă. Resursele crescute exploziv și care nu erau înalt solicitate păreau a fi disponibile pentru îmbunătățirea calității tuturor sferelor de viață. Un mediu natural, dar și construit mai curat și mai frumos. O viață progresiv scăpată de servituțile grijii de mâine și de cenușiul consumului redus la imperativul supraviețuirii. O viață de muncă mai umană și mai satisfăcătoare în sine. Relații de calitate între persoane, în familie, pe stradă. Oamenii păreau a prețui, peste un anumit punct, mai mult o muncă înalt satisfăcătoare uman, decât una mai bine plătită: programul umanizării muncii, al creșterii *calității umane a muncii* sau, altfel formulat, a *calității vieții de muncă*;

- **tematica stilurilor alternative de viață**. Prin anii '60 s-a produs o întreagă mișcare sociologică centrată pe identificarea *stilurilor alternative*

*de viață*, inițiată și coordonată de sociologul suedez Galtung. Stilul de viață standard, generat de *establishment*, era considerat a fi un produs al economiei de piață: muncă pentru câștig/câștig pentru consum. Un asemenea ciclu părea a închide viața umană într-un cerc strâmt, îngustând-o nepermis. Pe de o parte, multe dintre cele mai importante necesități umane, cele nonmateriale, care ar putea fi satisfăcute printr-un consum noneconomic, rămân slab sau deloc acoperite. Deși foarte importante pentru dezvoltarea umană, ele rămân slab conștientizate, iar oferta pentru satisfacerea lor rămâne de departe insatisfăcătoare. Este un ciclu pe care Marx îl formulase excelent: nu numai nevoia produce instrumentul satisfacerii ei, dar și oferta de produse produce nevoi corespunzătoare; fără produs, fără ofertă, nevoia rămâne slab conștientizată, vagă și deci mai degrabă latentă. Pornind de la acest mecanism, devine clar cum sistemul economiei de piață induce un supraconsum în anumite zone: acolo unde producția este profitabilă, oferta este substanțială; la rândul ei, oferta dezvoltă nevoile corespunzătoare ei, care, în final, generează un consum accentuat. Termenul de *consumerism* era frecvent utilizat în epocă pentru a desemna o patologie specifică: deformarea sistemului de nevoi al persoanei umane, dar și a satisfacerii acestora, a consumului deci. În timp ce nevoile nonmateriale, noneconomice rămân slab satisfăcute, nevoile materiale sunt excesiv acoperite. Viața umană părea a se desfășura sub imperativul: *cumpără! consumă! aruncă! cumpără!...* Pe de altă parte, pentru a obține resursele necesare consumului economic, artificial ridicat, individul este presat să muncească mai mult decât ar fi nevoie pentru o satisfacere echilibrată a nevoilor sale reale, autentice. Nevoile materiale artificial ridicate generează o presiune spre supramuncă, spre muncă excesivă, care, la rândul ei, deformează viața umană.

În ce constau stilurile alternative de viață? În primul rând, o recentrare a vieții pe *adevăratele* nevoi umane. Însăși o asemenea recentrare urma să scadă volumul necesar de resurse economice și, în consecință, de efort economic. Eliberată de obsesia supramuncii, omenirea câștiga un spațiu de dezvoltare liberă. Aici se contura o direcție importantă calității vieții. Proiectul internațional promovat de Galtung era de a stimula rapoarte naționale asupra tendințelor, care pot fi identificate în diferitele zone ale lumii dezvoltate sau sărace, de cristalizare a unor asemenea stiluri alternative de viață.

Consumerismul era considerat a avea un efect distructiv nu numai asupra vieții individului, dar și asupra vieții colective, asupra întregii planete. El duce la o supraproducție materială, fapt care grevează puternic resursele naturale limitate și distruge mediul. O moderare a creșterii industriale pentru a evita efectele ei distructive asupra umanității este ușor de realizat prin reducerea excesului de consum. Pe de altă parte, consumerismul este unul dintre factorii responsabili de lărgire a inegalității economice în lume. O temperare a consumului economic și orientarea consumului spre zone non-economice se considera a reprezenta o cale importantă de reducere a inegalităților mondiale și de asigurare a dezvoltării sociale a lumii a treia.

Anii '60 pot fi considerați o perioadă în care s-a lansat un nou tip de umanism, fondând un program de umanizare a vieții sociale comparabil cu cel renașcentist. Omul încearcă să se regăsească pe el însuși, de data aceasta eliberat de servituțile luptei pentru supraviețuire, să-și identifice nevoile *autentic umane*, să-și regândească și să-și reconstruiască viața după o nouă logică, o logică globală și autentică a naturii umane. Omul dorește să se repună în centrul universului, să reconstruiască întreaga lume după propria sa măsură. Iar calitatea vieții promitea să devină instrumentul unei asemenea reconstrucții după măsură umană.

Teoria de tinerețe a lui Marx asupra naturii umane autentice a devenit o sursă intelectuală importantă în epocă, fiind una dintre sursele principale ale noului umanism. Dezvoltarea intelectuală cea mai reprezentativă pentru acest nou umanism, cu o influență enormă în epocă, fost *psihologia umanistă*. Teoria naturii umane a lui Maslow a devenit, în ciuda rezervelor de tip riguros științific formulate în câmpul științei standard, modelul psihologic probabil cel mai influent în programul de umanizare a diferitelor sfere ale vieții. Deși nu foarte populară în câmpul standard al psihologiei, în programele de reformă a organizațiilor, în manualele de management, ea devine modelul psihologic de referință. Și la fel în mulțimea modelelor de terapie umanistă.

### ANII '80-'90: „RECĂDEREA PE PĂMÂNT”

Anii '80 au produs o dramatică și neașteptată schimbare de perspectivă în societatea occidentală. Toate programele ambițioase de umanizare a societății și de reorientare a vieții individuale și colective, atât de ispititoare

și aparent solide și durabile, practic au dispărut peste noapte. În ultimele patru decenii ale secolului trecut s-a consumat în Occident un uriaș experiment istoric, care sunt sigur, va captiva analiștii viitorului, pe măsură ce se va câștiga suficientă detașare temporală.

Următoarele schimbări au generat o asemenea răsturnare. *Economia*. Creșterea economică a devenit problematică, fiind supusă unui stres tot mai accentuat. Primul șoc l-a constituit criza petrolului care a generat o presiune puternică de raționalizare și de inovare pentru întreaga industrie. Mai puțin spectaculos, dar durabil, s-a accentuat competitivitatea pe piața mondială. Noile economii moderne din diferitele colțuri ale lumii au eliminat supremația până atunci necontestată a Occidentului. Chiar competiția din cadrul Occidentului însuși a devenit un factor puternic de stres. Satisfacția muncii și calitatea umană a muncii au încetat să mai fie un program de acțiune, rămânând mai mult un deziderat. Locul umanizării muncii a fost luat de alte imperative cu efecte adesea contrare: restructurarea, eficientizarea, inovația tehnologică, adaptarea rapidă la cerințele pieței. Locul revendicării timpului liber, ca spațiu al dezvoltării umane, este luat de revendicarea muncii, ca spațiu al câștigului. Noua conjunctură economică a tăiat brutal interesul pentru dezvoltare umană și stiluri alternative de viață, punându-i din nou pe oameni la muncă. Locul paternalismului umanist al deceniului anterior îl ia parteneriatul patronat-sindicate pentru a înfrunta împreună competiția tot mai ascuțită.

*Extensia rapidă a marketizării în satisfacerea nevoilor umane*. Distincția dintre nevoile economice și nevoile noneconomice, care părea foarte clară în deceniile anterioare, își pierde rapid claritatea contururilor. Se produce o extensie extraordinară a ofertei economice. Sistemul economic tinde să preia rapid satisfacerea multor nevoi care păreau mai înainte imposibil de satisfăcut prin mecanismele economiei. Consiliere în momentele dificile de viață, îngrijire socială, cultură, liniște sufletească, armonie, dezvoltare personală, toate pot fi realizate prin mecanismele economiei de piață care pot oferi în principiu orice serviciu, la o calitate ridicată și la un preț scăzut. Conceptul de nevoie noneconomică pare a-și fi pierdut sensul. Orice nevoie poate fi satisfăcută de către piață. Probabil că programul lui Margaret Thatcher de marketizare a serviciilor sociale a fost cel mai articulat din acest punct de vedere. Orice serviciu, orice bun trebuie produs „business-like”.

*Reconsiderarea semnificației câștigului economic.* Filozofia postmaterialismului sugera că efortul de a obține resurse economice este, peste o anumită limită, contraproductiv. Această concluzie era firească în situația în care satisfacerea multor nevoi „noneconomice”, „nonmaterialiste” nu se făcea prin mecanisme economice, deci nu presupunea resurse economice.

O asemenea presuposiție încetează însă a mai fi decisiv adevărată. Marea majoritate a nevoilor, indiferent de natura lor, pot fi satisfăcute prin mecanisme economice. În consecință resursele economice individuale cresc în relevanță. O recentrare „materialistă”, în sensul de centrare pe câștig, se declanșează. Ideea reducerii timpului de lucru începe să sune mai mult a limitare a oportunităților decât condiție a dezvoltării umane.

*Reconsiderarea statului bunăstării și a mecanismelor publice, noneconomice de satisfacere a nevoilor umane.* Dezvoltarea rapidă, chiar explozivă a statului bunăstării în anii '50–'70 a însemnat, printre altele, promovarea unor mecanisme publice, diferite de cele ale pieței, de satisfacere a unui larg set de nevoi. Creșterea grijii și responsabilității statului pentru satisfacerea unor nevoi ale indivizilor echivala cu scăderea grijii și efortului personal. Nu numai atingerea unui punct critic în evoluția statului bunăstării, dincolo de care el depășește resursele financiare disponibile ale colectivității, dar și reconsiderarea sistemului de producere a bunurilor schimbă datele problemei. Gratuitatea, consumul pe bază de drept și calificarea pe criterii sociale și morale tind să fie înlocuite de consumul bazat pe resursele proprii. O nouă lozincă este lansată: „*creșterea contribuției financiare a beneficiarului*”. Cel puțin parțial, statul se retrage din funcția de a acoperi unele tipuri de nevoi. În cel mai bun caz se stabilește un parteneriat stat/individul beneficiar în împărțirea costurilor. Învățământul gratuit este tot mai mult înlocuit de un sistem care „își diversifică resursele financiare”, inclusiv prin atragerea contribuției beneficiarilor. La fel și sănătatea. Șomajul a explodat, dar totodată suportul de șomaj a devenit tot mai modest și mai limitat în timp pentru a încuraja reinserția pe piața muncii. Nu este întâmplător că noi lozinci/principii sunt lansate: să evităm pericolul dependenței (de stat a persoanelor în dificultate)! să creștem capacitatea de viață autonomă a persoanelor (consumul să fie bazat pe resursele proprii)! Efectele sunt complexe. În entuziasmul anilor '60, impozitele cresc pentru a susține un consum realizat prin alte mecanisme decât cele ale pieței. Noua epocă are ca

unul dintre cele mai importante obiective politice reducerea impozitării, pentru a lăsa individul să-și decidă singur consumul și să-l realizeze prin mijloacele standard ale pieței.

În locul umanismului radical, coerent și global, înalt structurat, fondat în principal pe psihologia umanistă și pe programul calității vieții, o nouă paradigmă teoretică s-a instalat, desemnată prin conceptul de **postmodernism**: omul decade din postura sa de centru coerent al universului, cu ambiția de a-l modela pe acesta după propria sa măsură, și devine o parte a unui complex confuz. Viața umană încetează a mai fi obiectul unui program de organizare coerentă, prin promovarea logicii nevoilor autentic umane. Ea tinde să se fragmenteze într-o înfinitate de cioburi colorate, care nu mai emană o lumină provenită din propria logică, ci sclipesc ca reflex al unui mecanism mai larg, cu o logică externă și difuză.

Postmodernismul poate fi considerat ca exprimând sociologic și filozofic spiritul noii epoci.

Ce s-a întâmplat în domeniul calității vieții? Conceptul a fost asimilat ca unul dintre instrumentele intelectuale importante ale discursului public, desemnând un criteriu de performanță umană, ca obiectiv de atins pentru diferitele sisteme. Conectarea sa la un program articulat de acțiune a devenit însă mai degrabă palidă. În câmpul cercetării, în ultimele două decenii nu par a fi apărut contribuții spectaculoase. Cum este de așteptat, s-a produs o anumită tendință de trecere într-un plan secundar a atenției acordate domeniului. Același lucru s-a petrecut și cu tematica complementară a stilurilor de viață. Stilul de viață, ca o resursă importantă a calității vieții și a reorientării sociale, a devenit o preocupare mai degrabă marginală. Ideea de stiluri de viață alternative practic a dispărut.

### ROMÂNIA: ANII '70–'80

Curios, filozofic și ideologic, atât societatea capitalistă a timpului, cât și societatea socialistă împărtășeau o înclinație spre un umanism global și un program de reconstrucție umană a societății, dar cu motivații și orientări diferite.

Perioada anilor '60–'70 a fost una de deschidere ideologică neobișnuită. Datorită unei conjuncturi specifice, caracterizate printre altele de distanțarea de Uniunea Sovietică și, complementar, de o ciudată liberalizare ideologică caracteristică anilor '60, s-a cristalizat un pattern ideologic specific, cu o orientare ambivalentă: reformistă/critică. Pe de o parte, s-a consolidat o orientare reformistă specifică: tendința de a forța reforma sistemului socialist prin înglobarea unor teme curente în Occident, în mod special sub pălăria științei și a implementării științei în procesul de conducere a societății. Așa se face că o mulțime de teme „la modă” în Occident erau preluate rapid în discuțiile interne. Regimul era chiar foarte tolerant la aceste teme, prin aceasta căutând să probeze depărtarea de Moscova, apropierea de Occident, dar și deschiderea spre modernizare. Desigur că intenția lansării unor asemenea teme era nu numai reforma, dar oarecum și critica sistemului. Finalitatea dominantă era însă clar încercarea de a forța sistemul să se schimbe. Adesea însă asimilarea unor asemenea teme era neutralizată prin înglobarea în ideologia sistemului.

În acest context, nu a fost o surpriză asimilarea rapidă a temei calității vieții în discuțiile interne.

Ca temă de cercetare sociologică, întâmplarea a făcut să o introduc eu în a doua parte a anilor '70. Ca o temă de reflecție filozofică, cu impact ideologic, ea devenise deja una dintre noile teme cu o popularitate în creștere. S-au scris și câteva cărți avânt ca temă calitatea vieții. Dacă îmi aduc bine aminte, Pavel Apostol publicase o carte care conținea chiar în titlu sintagma de calitate a vieții. În 1973–1974 am fost *visiting professor* în SUA, la Institutul de Cercetări Sociale din Ann Arbor, Michigan. Printre altele, institutul avea programul cel mai extins de cercetare sociologică a calității vieții. Se elaborase un sistem de indicatori de măsurare a calității vieții și se realizaseră câteva cercetări empirice de amploare.

Spre sfârșitul anilor '70, în țara noastră, un grup de sociologi am lansat un program de cercetare pe tema calității vieții și a stilurilor de viață. La acest program, pe o bază strict voluntară, au participat mulți colegi, în mod special sociologi.

În cadrul programului s-au realizat o serie de cercetări empirice și studii teoretice și metodologice. Pe scurt, cred că merită a fi consemnate unele publicații produse de acest grup. În 1980, s-a publicat (Cătălin Zamfir

și Nicolae Lotreanu, coordonatori) o culegere de traduceri pe problema calității vieții și stilurilor de viață. Începând din 1978, s-a lansat o largă cercetare empirică asupra calității vieții, pe mediul urban (Elena Zamfir, Ion-Andrei Popescu, Ștefan Ștefănescu, Alin Teodorescu, Lazăr Vlăsceanu, Cătălin Zamfir), utilizând metodologia standard americană, rezultatele fiind publicate în 1984 (*Indicatori și surse de variație a calității vieții*).

Tot la sfârșitul anilor '70, împreună cu Ion Rebedeu am coordonat un program pe tema *Mod de viață și stil de viață*. Din toate aceste preocupări au rezultat o serie de lucrări: *Modul de viață și calitatea vieții* (coord. Ion Rebedeu și Cătălin Zamfir, Editura Politică, 1982), *Stiluri de viață* (Cătălin Zamfir și Ion Rebedeu, Editura Academiei, 1989), Elena Zamfir, *Cultura relațiilor interpersonale* (Editura Politică, 1982) și *Incursiuni în universul uman: Noi ipostaze și dimensiuni ale fericirii* (Editura Albatros, 1989).

În România anilor '70–'80, tematica calității vieții și, complementar, cea a stilurilor de viață aveau o cu totul altă semnificație decât în Occident.

Tema calității vieții s-a bucurat de la început de un interes foarte larg, mai degrabă ideologic și politic decât științific propriu-zis. Ea oferea o cale de a pune în discuție performanțele regimului comunist din punctul de vedere al criteriului ultim – bunăstarea umană –, acceptat ca atare de însuși modelul ideologiei comuniste (omul ca obiectiv suprem al întregii construcții sociale), cât și de populație care se percepea tot mai mult ca fiind sacrificată de politica regimului comunist, practic indiferentă omului. Tema avea o semnificație dublă: o combinație de încercare reformistă de a presa sistemul să ia în considerare bunăstarea populației și de critică a performanțelor negative ale regimului. Mai ales după 1980, când a devenit tot mai clar că cel puțin regimul ceaușist nu mai are nicio rezervă de schimbare internă, intrând în criza finală, discuțiile despre calitatea vieții nu aveau decât o funcție critică, dar ele deveniseră mai degrabă frustrante. Dincolo de semnificația sa ideologică, analiza calității vieții prezenta un prilej interesant de exercițiu teoretic și metodologic în câmpul sociologiei.

În ceea ce privește tematica stilurilor de viață, ea avea în anii '70 o semnificație specială. În ideologia socialistă exista o tematică tradițională a modului de viață socialist. Se presupunea că, complementar cu construirea unui nou tip de societate, și un nou mod de viață, socialist, se va contura. Identificarea tendinței de constituire a noului mod de viață socialist era o

temă standard. Este lesne de înțeles că o asemenea tematică nu a adus nimic interesant: câteva platitudini, puternic îmbibate de o ideologie naivă, despre cum ar trebui să trăiască omul nou, într-o societate cu totul nouă, o fantezie care în fapt nu avea nici o legătură cu societatea socialistă reală. În anii '70 însă, problema stilurilor de viață avea o altă semnificație, oarecum similară cu cea din Occident. Socialismul reușise în perioada anilor '60–'70 să producă o anumită bunăstare moderată. Era însă evident că, pe o perioadă indefinită, resursele economice urmau a fi limitate sau cel mult într-o creștere moderată. O țară cu un standard de viață modest, fără perspective de creștere spectaculoasă, în care efortul individual spre maximizarea resurselor era structural limitat, utilizarea mai bună a resurselor existente, într-un stil de viață mai organizat și mai satisfăcător părea a fi o cale importantă de maximizare a calității vieții. Stilul de viață putea reprezenta o resursă importantă a calității vieții. Resursele, chiar modeste oferite de economia socialistă, puteau fi utilizate mai bine sau mai prost. Era aici un spațiu de creștere a calității vieții prin amplificarea competențelor individuale. În plus, în fața forțelor destructive sociale, stilul de viață era încă o sferă a construcției pozitive care putea ține piept proceselor de disoluție socială.

Criza anilor '80 avea să spulbere însă orice speranță, inclusiv cea în sfera calității vieții și a stilurilor de viață.

## ROMÂNIA DUPĂ 1989

După Revoluția din 1989, calitatea vieții era una dintre temele posibile de cercetare pe care relansarea sociologiei le avea în față. Faptul că exista o tradiție de cercetare era un atu, dar probabil nu unul hotărâtor. Un context favorabil pentru relansarea studiilor de calitate a vieții imediat după revoluție l-au constituit speranțele și iluziile Revoluției înseși. Se spera că imediat se vor elibera o serie de resurse suplimentare care vor crește calitatea vieții. Problema era cum vor fi ele orientate. Poate lucrul cel mai important era speranța într-o reconstrucție socială rațională și globală. Era o altă iluzie generată de orice ruptură socială: colectivitatea va deveni activă în proiectarea propriei sale schimbări, iar un program orientat de ideea calității vieții era

deosebit de promițător. Constituirea Institutului de Cercetare a Calității Vieții (ICCV) în cadrul Academiei Române a reprezentat un fapt cu implicații importante pentru evoluția ulterioară a tematicii. Pentru prima oară se crea o perspectivă unică: o abordare globală a calității vieții, în care analiza *bunăstării subiective*, tematica standard a analizelor sociologice anterioare, să se îmbine cu analiza configurației obiective a veniturilor și consumului. Și, în fine, să fie adăugată perspectiva politică a bunăstării: calitatea vieții ca obiectiv al politicii sociale. Noul institut, încă de la începuturile activității sale, a dezvoltat aceste trei perspective distincte: bunăstarea subiectivă, resursele economice și politica socială. Și alți indicatori ai calității vieții – starea de sănătate, criminalitatea etc. – urmau a fi adăugați.

Din acest program de cercetare, dinamica configurației societății românești a accentuat inevitabil unele componente. În primul rând, căderea economică generată de tranziție a făcut ca în mod special critice să fie veniturile și politica socială de corectare a distribuției veniturilor, mai ales în ceea ce privește segmentele sărace. Nu este întâmplător că trei programe majore de cercetare au fost lansate de la începutul activității institutului:

**Programul 1: Diagnoza calității vieții**, reprezentând o reluare în noul context a preocupărilor anterioare. Începând chiar cu 1990, anual, până în 2000, s-au realizat diagnoze ale calității vieții, utilizând un instrument standardizat. Diagnoza anuală a calității vieții reprezintă o bază de date unică, realizată într-o perioadă de extrem de rapide schimbări social-economice.

**Programul 2: Standardul de viață și diagnoza sărăciei.** O atenție specială a fost acordată standardului de viață (venituri, consum, condiții de locuit) ca o componentă centrală a calității vieții. Fiind evident, de la început, că tranziția va afecta calitatea vieții în mod special prin resursele economice ale standardului de viață, că sărăcirea va reprezenta cel mai important cost al schimbărilor declanșate, încă din 1991 s-a lansat un program de cercetare referitor la dinamica și distribuția veniturilor, cu accent special pe diagnoza proceselor de sărăcire. Pentru că statistica din acea perioadă nu oferea date reprezentative asupra standardului de viață al populației, un set de trei cercetări empirice au fost realizate pe eșantioane reprezentative național: 1991, 1993, 1994. Pe baza acestor cercetări a fost publicat un prim raport asupra stării sărăciei (1993) și, în 1995, o carte de diagnoză amplă a dinamicii și configurației sărăciei.

**Programul 3: Politici sociale.** În contextul tranziției, politicile sociale au apărut de la început ca fiind o variabilă-cheie în promovarea calității vieții. Pe de o parte, era necesară o regândire a statului bunăstării în noua societate care se construia, iar pe de altă parte, intervenția statului era vitală în asigurarea unei tranziții protejate social. În 1993 a fost publicată de către institut prima strategie de reformă a sistemului de protecție socială. Cercetările în domeniul politicilor sociale au reprezentat o direcție importantă a activității institutului, concretizată într-o serie de cărți și studii, în două programe de masterat și un program de doctorat, realizate în parteneriat cu Universitatea București.

Într-o vreme atât de tulbure ca aceea a tranziției, preocupările de calitate a vieții trebuia dezvoltate și în direcția analizei situației unor grupuri sociale cu riscuri speciale. În cadrul institutului, o atenție specială a fost acordată copilului, populației de rromi și vârstnicilor. Mereu perspectiva analizei a fost cea globală a calității vieții: îmbinarea diagnozei condițiilor de viață cu analiza politicilor sociale de suport.

Studiile de stil de viață, deși încercate de multe ori, se pare că nu au fost încurajate de dinamica contextului social. Tranziția nu a fost un timp al construcției liniștite a vieții personale, a concentrării asupra stilului de viață. Trăim într-o societate stresată, în care direcția cea mai importantă a devenit, la o limită, lupta pentru un standard minim decent de viață, iar la cealaltă limită, acumularea primitivă, într-un context istoric târziu, a bogăției.

O asemenea configurație de orientări sociale a presat ca studiile de calitate a vieții să fie atrase spre standardul economic de viață și politica socială percepută ca cel mai important instrument de protecție socială a colectivității în procesul dramatic al transformărilor social-economice.

### **CE SE POATE PREVEDEA ÎN LEGĂTURĂ CU EVOLUȚIA VIITOARE A TEMATICII CALITĂȚII VIEȚII?**

Într-un mod paradoxal, dacă preocupările de calitate a vieții au fost asociate cu explorarea resurselor și direcțiile noneconomice ale vieții, tranziția a reorientat interesul spre infrastructura economică a vieții și spre politicile sociale centrate pe protecția minimală a standardului de viață.

Căderea economică dramatică a împins, pentru cea mai mare parte a populației, pe primul plan asigurarea condițiilor de supraviețuire, iar pentru clasa mijlocie atingerea unui nivel decent de viață, prin eforturi accentuate, implicând de regulă supramuncă și un grad ridicat de stres.

La rândul său, guvernarea a încercat să găsească soluții la problemele extrem de complexe, adesea în situații disperate: pe de o parte, cum să asigure o reformă a economiei, oprind procesul de dezagregare și încercând să relanseze creșterea, iar pe de altă parte, să asigure un standard minimal de viață, pentru o masă imensă a populației. Este de așteptat ca în acest context tema calității vieții să devină o formulare abstractă, care nu ocupă nici un loc, poate doar întâmplător, marginal, în discursul politic practic.

Un anumit reflux al preocupărilor de calitate a vieții s-a înregistrat și în societățile occidentale dezvoltate, ca efect al combinării altor tipuri de factori: pe de o parte, stresul marcat al unei economii înalt competitive, iar pe de altă parte, internalizarea pulverizată a unor subobiective ale calității vieții în politica curentă. Accentul pare a cădea și aici pe realizarea unor standarde minimale în diferite sfere ale vieții și mai puțin pe abordarea umanistă globală de care conceptul de calitate a vieții este legat.

Pentru moment, la nivel mondial, tematica calității vieții pare a-și fi pierdut din atractivitatea ei ca nucleu al unui program de umanizare globală societății. Cel puțin în această cută a istoriei societății. Ea subzistă ca o temă de cercetare sociologică, care poate prezenta un interes profesional special, dar fără rezonanțe importante în programele de dezvoltare socială propriu-zisă.

S-ar putea considera că relansarea calității vieții ca tematică centrală a preocupărilor globale va avea loc în anumite condiții speciale:

**a.** o lume scăpată de stresul confruntărilor militare, terorismul fiind un nou tip de amenințare distructivă care va bloca generarea unor preocupări globale de dezvoltare umană;

**b.** o lume eliberată de stresul unei competitivități brutale, în care un larg segment îl reprezintă cei care pierd, iar câștigătorii de azi pot fi cei care vor pierde totul mâine;

**c.** intrarea într-un nou ciclu al dezvoltării social-umane. În prima ei fază de lansare, tematica calității vieții a generat un nou tip de abordare globală care ulterior a tins să se pulverizeze în procesul ei de convertire în subobiective. O anumită epuizare a centrării pe subobiective ar putea genera

un nou tip de criză a asamblării obiectivelor sectoriale în obiectivul global al calității vieții. De data aceasta, calitatea vieții nu va mai apărea ca un principiu generator de subobiective specifice (cum trebuie organizate diferitele sfere ale vieții pentru a crește calitatea globală a vieții), ci ca un nucleu globalizator: cum trebuie asamblate diferitele subobiective care sunt în mare măsură asimilate în funcționarea sistemului social real, în așa fel încât să se maximizeze obiectivul global.

În plus, calitatea vieții trebuie să devină un concept care să se extindă de la situațiile individuale de viață la cele colective. El va trebui să fie asimilat organic în cadrul politicii sociale: politica calității vieții va avea în vedere asamblarea politicilor sectoriale într-un obiectiv politic global al creșterii calității vieții.

## INSTITUTUL DE CERCETARE A CALITĂȚII VIEȚII (ICCV) ÎN POLITICILE PUBLICE TIMP DE 28 DE ANI

CĂTĂLIN ZAMFIR  
ALIN CASAPU

Institutul de Cercetare a Calității Vieții (ICCV) a fost înființat prin Hotărâre de Guvern pe data de 2 ianuarie 1990, fiind una dintre primele instituții create imediat după Revoluția Română din 22 decembrie 1989. De ce un asemenea institut în acea conjunctură politică fierbinte? Inițiativa s-a datorat viziunii științifice și politice a profesorului Tudorel Postolache care, în acel moment, ocupa o poziție cheie în noua guvernare. În 1990, Institutul de Cercetare a Calității Vieții a fost singurul institut din lume cu acest profil. Nici acum, după câte știm, nu mai există un institut similar de amploarea noastră tematică.

Institutul a împlinit 28 de ani în ianuarie 2018. Cum este el acum, raportat la intențiile inițiale?

### PREISTORIA INSTITUTULUI

**Anii '60–'70.** Occidentul capitalist intrase într-o perioadă de creștere economică rapidă și speranța prosperității dintr-un vis îndepărtat putea să devină un obiectiv realist. Era momentul de clarificare a scopului dezvoltării societății: bunăstarea omului. În acest context în Occident s-a conturat conceptul de *calitate a vieții*. Tema calității vieții a pătruns rapid în sociologie, filozofie, în discursul public și politic ca și în toate științele socioumane. La început, tema era doar teoretică, dar cu un impact puternic organizator al gândirii sociale.

În anii '70 termenul de calitate a vieții a fost rapid preluat și în gândirea socială de intelectualitatea română. În România, care optase în acea perioadă de după 1968, pentru o politică independentă și cocheta cu Occidentul, inclusiv prin preluarea unor teme ca simbol al independenței și deschiderii, tema a fost acceptată și politic fără rezerve. Asimilarea temei calității vieții în România era totodată și expresia unei atitudini politice a intelectualității române. Inițial era un instrument de a exercita o presiune asupra decidenților politici și de a echilibra politica creșterii economice cu avertismentul de a nu ignora omul și necesitățile sale. Tot mai mult a devenit însă și expresia unei atitudini critice față de situația societății socialiste. Mesajul era și mai specific în contextul României de atunci: din sursă a bunăstării colective, economia risca să devină un consumator al bunăstării. În fapt, creșterea economică se baza pe scăderea bunăstării/calității vieții populației. Tema calității vieții promova o atitudine politică reformistă: presiunea de umanizarea socialismului. Evident, mesajul era valabil și pentru Occidentul capitalist.

Ciudat însă, și din acest punct de vedere România făcea o notă discordantă. Tema calității vieții nu o putem găsi, decât cu unele excepții marginale, în discursul public și științific din celelalte țări socialiste<sup>1</sup>. Explicația ar putea fi găsită în schimbarea contextului internațional. Apariția în Occident a temei calității vieții a venit prea târziu pentru țările socialiste dominate de Uniunea Sovietică. Deschiderea față de Occident pentru unele țări socialiste luase sfârșit odată cu intervenția militară în Cehoslovacia, în 1968, pentru lichidarea proiectului *socialismul cu față umană*. Relațiile Est–Vest s-au schimbat: *deschiderea* este înlocuită cu *închiderea* față de Occident. Apare, astfel, o încordare a relațiilor dintre cele două sisteme, capitalist și socialist. Se accentuează suspiciunea față de tematica occidentală. A fost anul intrării sistemului sovietic într-o criză politică și ideologică cronică. Interesul pentru temele lansate în Occident a fost înlocuit cu suspiciune și enervare față de orice idee venită din Vest.

---

<sup>1</sup> Pe la mijlocul anilor '80 s-a lansat un program internațional de cercetare centrat pe *modul de viață socialist* la care au participat specialiști din toate țările din sistemul sovietic. În discuții, colegii din celelalte țări socialiste au fost ușor mirați, considerând ca o „ciudățenie” faptul că în România conceptul de calitate a vieții este popular. În țările lor termenul nu era asimilat. Explicația lor: în teoria marxistă există un concept care se referă la aceeași temă: *nivel de viață*. Nu mai e nevoie de un alt termen de import.

În a doua parte a anilor '70, în România, s-a constituit un colectiv al Academiei de Științe Sociale și Politice cu obiectivul explicit de *analiză a calității vieții și stilului de viață*. Acest grup mare de cercetători (Zamfir Cătălin, Ion Rebedeu, Zamfir Elena, Ștefan Ștefănescu, Ioan Mărginean, Alin Teodorescu, Lazăr Vlăsceanu, Fred Mahler, Ion Tudosescu, Septimiu Chelcea, Nicolae Lotreanu, Georgeta Ploșteanu-Marghescu, Ioana Smirnov, Mihaela Vlăsceanu, Nicolae Culic, Paul Caravia, Constanța Partenie, Ionel Dorofte, Ion-Andrei Popescu, Mielu Zlate, Sorin Borconi, Nicolae Gheorghe, Ion Aluaș, Traian Rotariu, Ion I. Boboc, Lorincz Jozsef, Adrian Boeriu, Dumitru Sandu, Marcel Doru), coordonat de Cătălin Zamfir și Ion Rebedeu, a produs 4 cărți și studii în diferite reviste pe această temă: *Calitatea Vieții. Documentar* (1980), o culegere de traduceri din literatura mondială pe tema calității vieții și stilurile de viață, cu un studiu introductiv solid, *Modul de viață și calitatea vieții* (1982), *Indicatori și surse de variație a calității vieții* (1984) și *Stiluri de viață: Dinamica lor în societatea contemporană* (1989). Se adaugă aici și alte cărți pe tema calității vieții: *Dezvoltarea umană a întreprinderii* (Zamfir, C., 1980), *Un sociolog despre muncă și satisfacție* (Zamfir, C., 1980), *Cultura relațiilor interpersonale* (Zamfir, E., 1982), *Incursiune în universul uman* (Zamfir, E., 1989).

Impactul public cel mai important l-a avut însă cercetarea sociologică empirică asupra calității vieții, desfășurată în 1978–1979. Instrumentul utilizat a fost un complex de indicatori obiectivi (ocupare, venituri, locuință etc.) și subiectivi ai calității vieții (calitatea percepută a vieții, satisfacția cu viața, alienare, optimism/pesimism), preluați din literatura americană și adaptați la condițiile României.

Cercetarea empirică, pe un lot de 1804 de persoane, din mediul urban, a fost realizată doar pe baza contribuțiilor voluntare a multor colegi din mediul academic și de cercetare. Obiectivul nu a fost de a realiza un eșantion reprezentativ pentru populația urbană din România, imposibil pe atunci, ci de a verifica instrumentul de măsurare a calității vieții și a identifica posibilitățile de utilizare a acestui tip de date. Rezultatele s-au dovedit totodată puternic indicative pentru starea societății românești din acea perioadă. Datele produceau o viziune surprinzător de critică a realității românești de atunci. Cartea a fost scrisă aproape cu certitudinea că ea nu va putea fi publicată în acel context. Manuscrisul a stat în sertar 4 ani, dar, surprinzător, a fost

tipărit în 1984, datorită intervenției pline de diplomatie a Profesorului Tudorel Postolache care a reușit să obțină „semnătura” de publicare a unui important lider politic, foarte apropiat de Ceaușescu.

Cercetarea sociologică empirică românească a fost, în acea perioadă, alături de cea americană, singura din lume pe tema calității vieții.

La nivelul conștiinței colectivității a rămas imaginea tematicii calității vieții ca un program profesionist de prestigiu, cu o vocație de a contribui la reforma societății românești.

### INSTITUTUL DE CERCETARE A CALITĂȚII VIEȚII CA PROIECT

Deși înființat imediat după Revoluție, ICCV a continuat totuși activitatea începută cu 15 ani înainte de un grup de specialiști români și cu un volum publicistic important.

Institutul de Cercetare a Calității Vieții, sub egida Academiei Române, a fost gândit pentru a avea un profil multidisciplinar: sociologie, dar și economie, psihologie, psihologie socială, istorie.

Institutul urma să răspundă, cu mijloacele științei, la o aspirație presantă a populației. Revoluția română a fost orientată împotriva unui regim opresiv politic, irațional economic și social, care adusese populația într-o stare de disperare în ultimii ani. Pentru nimeni nu era prea clar ce direcție va urma procesul de schimbare. Domina, însă, un entuziasm general și dorința comunității de a prelua controlul asupra propriului său destin: democratizarea, o economie rațională și eficientă, utilizarea resurselor disponibile pentru ridicarea standardului de viață al populației, o societate centrată pe nevoile oamenilor.

### OPȚIUNI STRATEGICE

**O abordare globală** a societății, centrată pe calitatea vieții. Ca moștenitor/urmaș al Școlii Gustiene, institutul a inclus în tematica cercetărilor toate sferle vieții sociale relevante pentru bunăstarea colectivă/individuală, realizând astfel, pe cât posibil, o viziune globală a stării societății românești și a evoluției sale. Calitatea vieții era fundată pe *calitatea societății*.

**Centrul de interes: societatea românească.** Desigur, s-au făcut studii teoretice și metodologice pe teme generale ale științei, dar efortul urma să fie centrat pe înțelegerea societății românești aflată într-o perioadă confuză de tranziție și pe contribuții la dezvoltarea societății românești.

**Cercetarea empirică are un loc important în activitatea Institutului.** Au fost proiectate și realizate cercetări empirice ale vieții sociale românești pe teme globale (calitatea vieții, standard de viață, politici sociale), dar și pe probleme sociale importante ale României (sărăcie, grupuri vulnerabile ca romi, copii, șomeri, persoane cu dizabilități, bătrâni etc.). Institutul avea să devină un mare producător de date sociologice, utilizate împreună cu indicatorii demografici și social-economici produși de instituțiile publice de profil și de alți cercetători. Pentru realizarea cercetărilor empirice s-a prevăzut în structura institutului, pe lângă cercetători și un grup important de operatori de teren.

**ICCV s-a bazat pe o nouă paradigmă: schimbare socială proiectată.** Obiectivul activității institutului are ca direcții principale de cercetare *diagnoza, opțiunile strategice, monitorizarea și evaluarea* problemelor societății românești și a procesului istoric al României. Politicile sociale reprezintă una dintre temele principale de cercetare.

**Difuzarea rezultatelor/informațiilor științifice.** Începând cu 1990 institutul a publicat *Calitatea Vieții. Revistă de politici sociale* (deja s-a ajuns la 112 volume, publicate „pe hârtie”, dar și în format electronic cu acces gratuit). Este partener al prestigioasei reviste naționale, *Sociologie Românească*. Din 2009 institutul experimentează o nouă revistă on-line *Inovația Socială*, apoi de la sfârșitul anului 2016 a introdus o „platformă de opinii și discuții” *România Socială* care s-a bucurat de un succes neașteptat. Din 1990 și până în prezent ICCV publică și difuzează o serie de *Rapoarte sociale asupra stării societății românești*. O altă inițiativă este *Biblioteca Virtuală de Sociologie*. S-a constatat că circulația publicațiilor sociologice se confruntă cu mari probleme. Dar, odată cu dezvoltarea noilor tehnologii, *Biblioteca Virtuală de Sociologie* oferă, în format electronic, cu acces liber, 250 cărți de sociologie românească, mii de studii și 5 reviste. Credem că cea mai bună modalitate de a oferi o imagine a tematicii cercetate de către Institutul de Cercetare a Calității Vieții este de a oferi cititorilor o listă selectivă de titluri de cărți și rapoarte de cercetare (vezi Anexa 1).

**Suport științific pentru actorii sociali și politici.** Filozofia Institutului s-a bazat mereu pe respectarea cu strictețe a neutralității politice și a rigurozității științifice. În schimb, angajarea, cu mijloacele expertizei științifice, în procesul de dezvoltare a societății românești, s-a bazat constant pe principiul fundamental al eticii sociologice, al deontologiei profesionale. Institutul a căutat continuu să identifice modalitățile prin care cercetările sale să fie utile actorilor sociali și politici. Aceasta înseamnă, în primul rând, cercetarea problemelor importante ale societății românești și difuzarea rezultatelor cercetării și a expertizei acumulate. Pe lângă publicațiile standard ale științei, cărți și studii în reviste de specialitate, în volume din țară și din străinătate, Institutul produce periodic *Rapoartesociale* destinate unui public larg, în principal actori sociali, oameni politici și din media.

### PRIORITĂȚI TEMATICE

Calitatea vieții în ICCV, ca obiectiv central al politicilor sociale publice, este un program complex de cercetare multianual axat pe studierea indicatorilor obiectivi și subiectivi ai calității vieții pe bază de date statistice și anchete sociologice. Țintele principale ale programului se concentrează pe crearea unei imagini complete de tip diagnoză socială a populației pe diferite componente/dimensiuni ale vieții: condiții materiale, sănătate, ocupare, educație, viață de familie, locuire, asistență socială și servicii sociale, bunăstare subiectivă și satisfacție cu viața etc. Evaluarea și monitorizarea schimbării sociale a domeniilor investigate, explorarea inter-relaționării între variatele componente ale vieții, identificarea grupurilor sociale vulnerabile stau la baza unor propuneri pragmatice de politici sociale publice aduse de Institut în timp.

Angajarea cercetării în opțiunea de a sprijini procesul de tranziție/dezvoltare socială a țării a generat orientarea pe următoarele direcții prioritare:

- **Tranziția României și strategia depășirii României din subdezvoltare**, lichidarea decalajelor față de standardele europene.

- **Calitatea vieții**: dezvoltarea unui sistem de indicatori ai calității vieții și producerea unui dispozitiv de monitorizare a calității vieții.

- **Standardul de viață** al populației și al diferitelor grupuri sociale: surse și dinamică.

- **Politicile sociale:** diagnoză, evaluare și monitorizare a eficienței lor.
- **Problemele sociale critice cu care România se confruntă:** ocuparea, veniturile, standardul de viață, sărăcia, problemele social-economice ale romilor, situația critică a copiilor etc.
- **Schimbarea socială proiectată:** dezvoltarea cadrului teoretic și metodologic al noilor direcții de schimbare socială: diagnoză, strategii/programe/proiecte, monitorizare, evaluare.
- **Evaluarea politicilor sociale.**

### INSTITUTUL DE CERCETARE A CALITĂȚII VIEȚII AZI ȘI MÂINE

Institutul de Cercetare a Calității Vieții, conform Hotărârii de Guvern, urma să fie un institut de cercetare mare: 108 angajați. A pornit cu 82 angajați, urmând ca în anii următori să ajungă la capacitatea prevăzută.

În prezent este un institut tânăr, marea majoritate a salariaților sunt între 35 și 50 ani.

Deci, un spațiu de creștere a competenței. Sunt mulți deja confirmați ca excelenți specialiști. De atunci, Institutul s-a menținut ca dimensiune, un institut al Academiei de nivel mediu-superior, oricum cel mai mare în domeniul științelor sociale. Dar, ca aproape toate celelalte institute de cercetare, din constrângeri financiare, a scăzut treptat. În prezent el are totuși 64 salariați. Cum va fi peste alți 10 ani în raport cu tematica sa, tot mai extinsă și ambițioasă? Dar în raport cu politica cercetării? Vom vedea.

Strategia Institutului presupunea un sistem de finanțare suportiv pentru cercetările ample, de importanță națională: pe lângă *finanțarea de bază* a institutului (salariile, întreținerea spațiului) exista la început și o *finanțare complementară a programelor prioritare*. Finanțarea complementară presupune în principal susținerea financiară a cercetărilor sociologice empirice. La începutul anilor '90 am beneficiat de finanțarea cercetărilor empirice, atât din fonduri publice cât și din cele non-guvernamentale prin contracte de cercetare. În acea perioadă s-au putut realiza importante cercetări pe largi eșantioane privind calitatea vieții, starea de sărăcie, situația copiilor, situația

social-economică a populației de romi ș.a. Mai târziu, finanțarea sistemului de cercetare științifică, cel puțin în domeniul social, practic, s-a prăbușit. Micile fonduri de cercetare au fost fragmentate/împrăștiate pe mici programe marginale sau distribuite pe criterii netransparente/ciudate. Se produce chiar un fenomen șocant: acordarea/transferul cercetărilor pe teme sociale importante pentru România spre instituții internaționale sau ONG-uri. Apare o lipsă de interes pentru susținerea și monitorizarea unor programe naționale de cercetare pe teme fundamentale de dezvoltare socială a țării. Cercetări sociale empirice de amploare ale institutului nu mai sunt posibile. Fondurile de care Academia dispunea în anii '90 pentru finanțarea cercetării empirice au dispărut. Există chiar tendința, nu exprimată public, de desființare a marilor instituții de cercetare socială capabile să lanseze cercetări de amploare pe probleme/teme importante ale țării. În acest context, institutele noastre necesită o regândire. Subfinanțarea cronică a cercetării, mai ales în domeniul științelor sociale, birocratizarea excesivă, criterii distorsionante de evaluare etc. sunt patologii grave ale cercetării sociale.

În momentul actual, este vitală o reorientare a cercetării științifice în domeniul social pe teme majore de interes național. E nevoie urgent de o strategie unitară de cercetare în domeniul social, coordonat de Academia Română.

Credem că, în următorul deceniu, ICCV trebuie să dezvolte în cercetarea sa, pe lângă temele sectoriale, lucrări de sinteză pe teme vitale ale societății românești:

- starea socială a României în context European;
- probleme și direcții de depășire a stării de subdezvoltare a României/strategii de dezvoltare social-economică;
- politica socială a României pentru un Proiect coerent de țară pentru următorii 10 ani;
- lucrări de sinteză (diagnoză a situației și opțiuni de politică socială) pe problemele importante ale societății românești actuale: ocuparea, venituri și inegalitate socială, sărăcie și grupuri sociale vulnerabile, marginale, situația copiilor cu risc de excluziune socială, vârstnicii dependenți, romii neintegrați;
- satul și agricultura: structura social-economică; starea actuală și perspective;
- valorile societății românești și stiluri de viață etc.

Obiectivele strategice de cercetare ale ICCV nu pot fi realizate, însă, doar pe baza resurselor institutului și nici prin obținerea unor proiecte câștigate pe o piață fluctuantă și imprevizibilă a finanțării cercetării. Este vitală o politică globală de finanțare a programelor/proiectelor de importanță națională. Este crucial ca Academia Română să-și asume un set de proiecte prioritare de cercetare de interes național și să acționeze pentru obținerea finanțării lor. Poate ar fi important ca, pe lângă programele de cercetare ale instituțiilor și pe baza acestora, Academia să formuleze propriul său program de cercetare pe perioade de cel puțin 3 ani, incluzând câteva proiecte majore de cercetare de interes național (6–10). În acest context, Academia Română trebuie să-și asume responsabilitatea de a contribui la orientarea politicii naționale de cercetare științifică și de stabilire a mecanismelor ei de finanțare conform cerințelor proprii și a standardelor internaționale.

### Bibliografie

- Cace, Sorin. 2006. *Politici de ocupare în Europa Centrală și de Est*. București: Expert.
- Mărginean, Ioan și Bălașa, Ana, coord. 2005. *Calitatea vieții în România*, București: Expert.
- Mărginean, Ioan și Iuliana Precupețu, coord. 2008. *Calitatea vieții și dezvoltarea durabilă. Politici de întărire a coeziunii sociale*. București: Expert.
- Mărginean, Ioan și Iuliana Precupețu, coord. 2011. *Paradigma calității vieții*. București: Editura Academiei.
- Rebedeu, Ion și Cătălin Zamfir, coord. 1989. *Stiluri de viață: dinamica lor în societatea contemporană*. București: Editura Academiei Republicii Socialiste România.
- Zamfir, Cătălin, 1980. *Un sociolog despre muncă și satisfacție*. București: Editura Politică.
- Zamfir, Cătălin, coord. 1980. *Dezvoltarea umană a întreprinderii*. București: Editura Academiei Republicii Socialiste România.
- Zamfir, Elena. 1982. *Cultura relațiilor interpersonale*. București: Editura Politică.
- Rebedeu, Ion și Cătălin Zamfir, coord. 1982. *Modul de viață și calitatea vieții*. București: Editura Politică.
- Zamfir, Cătălin, coord. 1984. *Indicatori și surse de variație a calității vieții*. București: Editura Academiei Republicii Socialiste România.
- Zamfir, Elena. 1989. *Incursiune în universul uman: noi ipostaze și dimensiuni ale fericirii*. București: Editura Albatros.
- Zamfir, Cătălin și Elena Zamfir, coord. 1993. *Țiganii: între ignorare și îngrijorare*. București: Editura Alternative.
- Zamfir, Cătălin, coord. 1995. *Dimensiuni ale sărăciei. România 1994*. București: Expert.
- Zamfir, Elena și Cătălin Zamfir, coord. 1995. *Politici sociale. România în context european*. București: Editura Alternative.

- Zamfir, Elena. 2000. *Strategii antisărăcie și dezvoltare comunitară*. București: Expert.
- Zamfir, Cătălin și Laura Stoica, coord. 2006. *O nouă provocare: Dezvoltarea socială*. Iași: Polirom.
- Zamfir, Cătălin, coord. 2010. *Raportul social al ICCV. După 20 de ani: opțiuni pentru România*. București: Academia Română.
- Zamfir, Cătălin, coord. 2011. *Raportul social al ICCV 2011. România: răspunsuri la criză*. București: ICCV Academia Română.
- Zamfir, Cătălin. 2012. *Ce fel de tranziție vrem? Analiza critică a tranziției II. Raport social al ICCV*, București: ICCV Academia Română.
- Zamfir, Cătălin, coord. 2017. *Raport social al ICCV 2017. Starea socială a României. Calitatea vieții: situația actuală și perspective pentru 2038*. București: ICCV Academia Română.

## ANEXA

## SELECȚIE CĂRȚI ȘI RAPOARTE DE CERCETARE: 2017–1990

**2017**

Zamfir, Cătălin, coord. 2017. „Calitatea vieții-România 2018–2038” în *Strategia de dezvoltare a României în următorii 20 de ani. Sumar executiv*, coordonată de Ionel-Valentin Vlad, 57–61. București: Editura Academiei Române.

**2016**

Zamfir, Cătălin și Sorin Căce, coord. 2016. „O strategie a relansării calității vieții în perspectiva 2037: Direcții. Priorități. Obiective. Ținte. Restricții. Oportunități.” în *Strategia de dezvoltare a României în următorii 20 de ani. Vol. III, Partea 1*, coordonată de Ionel-Valentin Vlad, 361–390. București: Editura Academiei Române.

Zamfir, Cătălin, Sorin Căce, Iuliana Precupețu, Ana Maria Preoteasa, Manuela Stănculescu și Elena Zamfir, coord. 2016. „Calitatea vieții: România 2035 – direcții și priorități” în *Strategia de dezvoltare a României în următorii 20 de ani. Vol. II*, coordonată de Ionel-Valentin Vlad, 284–314. București: Editura Academiei Române.

Zamfir, Cătălin, coord. 2016. „Calitatea vieții-România 2016–2038” în *Strategia de dezvoltare a României în următorii 20 de ani. Vol. III, Partea a 2-a*, coordonată de Ionel-Valentin Vlad, 385–521. București: Editura Academiei Române.

**2015**

Mărginean, Ioan. 2015. *Studii sociologice 2004–2014*. București: Pro Universitaria.

Mărginean, Ioan și Marian Vasile, coord. 2015. *Dicționar de calitatea vieții*. București: Editura Academiei Române.

Preotesi, Mihnea, coord. 2015. *Activizarea comunității din perspectiva procesului educațional: actori, mecanisme, factori*. București: Pro Universitaria.

Stănescu, Iulian și Cătălin Zamfir, coord. 2015. *România la răscruce: opțiuni pentru viitor*. București: Pro Universitaria.

Stănescu, Simona Maria. 2015. *Social Protection in the European Union*. București: Pro Universitaria.

Surdu, Mihai. 2015. *Talking about Roma: Implications for Social Inclusion*. Lisabona: Cogitatio Press.

Voicu, Bogdan, Horațiu Rusu și Adela Elena Popa. 2015. *Este România altfel? Societatea și sociologia... încotro?* Sibiu: ULBS.

Zamfir, Cătălin, coord. 2015. *Eficiența energetică – prioritate națională pentru reducerea sărăciei energetice, creșterea calității vieții și siguranța consumatorilor de energie*. București: ICCV.

Zamfir, Cătălin, coord. 2015. „Analiza situației existente a României în domeniul calității vieții” în *Strategia de dezvoltare a României în următorii 20 de ani. Vol. I*, coordonată de Ionel-Valentin Vlad, 284–311. București: Editura Academiei Române.

Zamfir, Cătălin și Iancu Filipescu, coord. 2015. *Sociologia românească: 1900–2010. O istorie socială*. Cluj-Napoca: Editura Școala Ardeleană; București: Eikon.

Zamfir, Elena, Simona Maria Stănescu și Daniel Arpinte, coord. 2015. *Asistența socială în România după 25 de ani: răspuns la problemele tranziției: texte selectate*. Cluj-Napoca: Editura Școala Ardeleană; București: Eikon.

#### 2014

Bonea, Georgiana Mihaela. 2014. *Atacul de panică și anxietatea: afecțiuni ale individului lumii contemporane. Întrebări și răspunsuri*. București: Sigma.

Bonea, Georgiana Mihaela. 2014. *Devianța. Viziuni contemporane*. București: Sigma.

Croitoru, Alin, Sandu Dumitru și Elena Tudor. 2014. *The Europeanisation of Everyday Life: Cross Border Practices and Transnational Identifications Among EU and Third-Country Citizens*. EUCROSS Working Papers. <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/39560>

Ionescu, Marica și Simona Maria Stănescu. 2014. *Public policies for Roma. Assessment report of national program financed by European Union for Roma inclusion*. București: Pro Universitaria.

Mihăilescu, Adina. 2014. *Minimul de trai, instrument în politicile sociale*. București: Editura Academiei Române.

Stanciu, Mariana, Ana-Diana Jawad și Adina Mihăilescu. 2014. *Healthcare Services in Romania after Two Decades of Reform*. LAP Lambert Academic Publishing.

Stănescu, Iulian. 2014. *Puterea politică în România. De la comunism la noul capitalism*. București: Pro Universitaria.

Vasile, Marian. 2014. *Introducere în SPSS pentru cercetarea socială și de piață*. Iași: Polirom.

#### 2013

Bădescu, Ciprian. 2013. *Fundamentele culturale ale crizelor economice: de la etno-economie la teoria proprietății identitare*. București: Editura Muzeului Național al Literaturii Române.

Bonea, Georgiana Mihaela. 2013. *Elemente introductive legislative românești privind agresorul familial*. București: Sigma.

Mărginean, Ioan, coord. 2013. *Profiluri teritoriale ale calității vieții*. București: Editura Academiei Române.

Petrescu, Claudia, coord. 2013. *Organizațiile colective ale proprietarilor de terenuri agricole și forestiere. Profil, evoluție, tendințe*. Iași: Polirom.

Petrescu, Claudia, coord. 2013. *Cooperativele din România: actori ai dezvoltării socio-economice*. Iași: Polirom.

Petrescu, Claudia, coord. 2013. *Economia socială în contextul dezvoltării locale*. Iași: Polirom.

Precupețu, Iuliana și Marius Precupețu. 2013. *Inequality in Romania. Dimensions and Trends*. București: Editura Academiei Române.

Stănescu, Simona, coord. 2013. *Modele de întreprinderi sociale pentru persoane cu dizabilități*. București: ADD Media Communication.

- Stănescu, Simona, coord. 2013. *Modele de întreprinderi sociale pentru tineri peste 18 ani care părăsesc sistemul instituționalizat de protecție a copilului*. București: ADD Media Communication.
- Stănescu, Simona, coord. 2013. *Modele de întreprinderi sociale pentru persoane de etnie romă*. București: ADD Media Communication.
- Stănescu, Simona, coord. 2013. *Modele de întreprinderi sociale pentru beneficiari de venit minim garantat*. București: ADD Media Communication.
- Stănescu, Simona, coord. 2013. *Recomandări pentru dezvoltarea economiei sociale: România, 2013*. București: PNUD.
- Stănescu, Simona. 2013. *Statul bunăstării între supraviețuire, reformă și integrare europeană*. București: Pro Universitaria.
- Stănescu, Simona Maria, Sorin Căce și Filip Alexandrescu, coord. 2013. *Demand and Supply of Social Economy in Two Development Regions of Romania*. București: Pro Universitaria.
- Stănescu, Simona Maria, Sorin Căce și Filip Alexandrescu, coord. 2013. *Cererea și oferta de economie socială în două regiuni de dezvoltare ale României. București-Ilfov și Sud-Est*. București: Pro Universitaria.
- Voicu, Bogdan. 2013. *Evaluation of the Romanian national dossier for Eurypedia*. Brussels: EACEA.
- Zamfir, Elena and Filomena Maggino, eds. 2013. *The European Culture for Human Rights: The Right to Happiness*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.

## 2012

- Alexandrescu, Filip Mihai. 2012. *Human Agency in the Interstices of Structure: Choise and Contingency in the Conflict over Roșia Montană, Romania*. Toronto: University of Toronto.
- Bonea, Georgiana Mihaela. 2012. *Aspecte teoretice introductive privind conflictul și negocierea la locul de muncă*. București: Sigma.
- Bonea, Georgiana Mihaela. 2012. *Violența în relația de cuplu: victime și agresori. Teorie și aplicații*. București: Sigma.
- Mihăilescu, Adina. 2012. *Coșul de consum al populației din România*. București: Expert.
- Neagu, Gabriela. 2012. *Șanse de acces la educație în societatea românească actuală*. Iași: Lumen.
- Preotesi, Mihnea. 2012. *Practicile profesionale ale furnizorilor de servicii sociale și de ocupare, la nivel de instrumente de monitorizare, management de caz, informare, evaluare și consiliere, în vederea ocupării grupurilor vulnerabile. Studiu calitativ*. București: ICCV.
- Stanciu, Mariana, coord. 2012. *România în austeritate. Criza globală a consumismului pe credit*. Brașov: Omnia UNI S.A. S.T.
- Stoiciu, Victoria, coord. 2012. *Impactul crizei economice asupra migrației pentru muncă din România*. București: Paideia.
- Stănescu, Simona și Adriana Neagu. 2012. *De la idee la profit: cum să înființezi o întreprindere de economie socială în România?* București: Expert.

- Toth, Alexandru, Adrian Dan și Cosmin Briciu. 2012. *Economia socială și comunitățile de romi – provocări și oportunități*. București: Alternative Sociale.
- Zamfir, Elena și Vasile Burtea, coord. 2012. *Prezent și perspective în cultura romă în viziunea intelectualilor, liderilor și oamenilor de succes romi*. București: Grupul de Presă, Tipografie și Distribuție PPB.
- Ziomas, Dimitris, Daniel Arpinte, Cosmin Briciu și Raluca Popescu, coord. 2012. *Intervențiile economiei sociale în cadrul diferitelor activități economice: manual de intervenție*. București: Expert.

## 2011

- Cace, Sorin, Daniel Arpinte și Andreia Nicoleta Scoican, coord. 2011. *Economia socială în România: două profiluri regionale*. București: Expert.
- Gheondea-Eladi, Alexandra, Gabriel Stănilă și Flavius Mihalache. 2011. *Ocuparea neagricolă în Regiunile Sud-Muntenia și Sud-Vest Oltenia*. București: Expert.
- Ionescu, Denisa și Raluca Popescu, coord. 2011. *Școală și comunitate. Model de intervenție în comunitățile cu copii rămași acasă*. București: Fundația Soros.
- Mărginean, Ioan și Iuliana Precupețu, coord. 2011. *Paradigma calității vieții*. București: Editura Academiei Române.
- Mihalache, Flavius și Alin Croitoru. 2011. *Mediul rural românesc: evoluții și involuții. Schimbare socială și antreprenoriat*. București: Expert.
- Popescu, Raluca. 2011. *Grupurile vulnerabile și economia socială – romi și femei în dificultate: manual de intervenție*. București: Expert.
- Stănculescu, Manuela Sofia și Anca Monica Marin. 2011. *Analiza situației copiilor vulnerabili, excluși și discriminați din Moldova*. Chișinău: UNICEF.
- Stănculescu, Manuela Sofia și Anca Monica Marin. 2011. *Rapid assessment of the social and poverty impacts of the economic crisis in Romania*. București: UNICEF.
- Stănescu, Simona și Sorin Cace, coord. 2011. *Alt fel de ocupare: Cererea de economie socială în regiunile de dezvoltare București-Ilfov și Sud-Est*. București: Expert.
- Tomescu, Cristina și Sorin Cace, coord. 2011. *Lupta împotriva discriminării în România*. București: Expert.
- Tomescu, Cristina și Sorin Cace, coord. 2011. *Studiu asupra fenomenului de mobbing și a unor forme de discriminare la locul de muncă în România*. București: Expert.
- Voicu, Bogdan, coord. 2011. *Sociolog pe piața muncii. Traectoriile absolvenților de sociologie după 1990*. București: Editura Universității din București.
- Zamfir, Elena și Patricia Luciana Runcan, coord. 2011. *Riscuri și oportunități ale sistemului de asistență socială în România*. Timișoara: Excelsior Art.

## 2010

- Bădescu, Ciprian. 2010. *Criză și fiscalitate. Studiu de caz: Romania. Studii de economie socială*. București: Mica Valahie.
- Bălătescu, Sergiu, Floare Chipea, Ionel Cioară, Adrian Hatos și Sorana Săveanu, coord. 2010. *Educație și schimbare socială. Perspective sociologice și comunicaționale*. Oradea: Editura Universității din Oradea.

- Cace, Sorin, coord. 2010. *Economia socială în Europa*. București: Expert.
- Cace, Sorin, coord. 2010. *Cele mai bune practici în sectorul economiei sociale în Grecia și în alte state ale Uniunii Europene*. București: Expert.
- Cace, Sorin și Ana Maria Preoteasa, coord. 2010. *Legal și egal pe piața muncii pentru comunitățile de romi. Diagnoza factorilor care influențează nivelul de ocupare la populația de romi din România*. București: Expert.
- Mărginean, Ioan și Iuliana Precupețu, coord. 2010. *Diagnoza anuală a calității vieții*. București: Centrul de Informare și Documentare Economică.
- Stanciu, Mariana, coord. 2010. *Consumul populației din România*. Brașov: Omnia UNI S.A. S.T.
- Tomescu, Cristina și Sorin Cace, coord. 2010. *Studiu asupra fenomenului de mobbing și a unor fenomene de discriminare la locul de muncă în România*. București: Expert.
- Toth, Alexandru, Cătălin Dărășteanu și Daniela Tarnovschi, coord. 2010. *Autoritățile locale față în față cu fondurile europene*. București: Fundația Soros.
- Vasile, Marian. 2010. *Stiluri de viață în România postcomunistă*. Iași: Lumen.
- Vasile, Marian, coord. 2010. *Cunoaștere, interes și responsabilitate*. Cluj-Napoca: Argonaut.
- Voicu, Bogdan. 2010. *Capital social în România începutului de Mileniu: Drumeț în țara celor fără de prieteni?* Iași: Lumen.
- Voicu, Bogdan, coord. 2010. *Renunțarea timpurie la educație: posibile căi de prevenire*. București: Vanemonde.
- Voicu, Mălina, coord. 2010. *Valori sociale ale tranziției post-comuniste*. Iași: Lumen.
- Zamfir, Cătălin, Simona Stănescu și Cosmin Briciu, coord. 2010. *Politici de incluziune socială în perioada de criză economică*. București: Expert.

## 2009

- Arpinte, Daniel, Sorin Cace, Mihnea Preotesi și Cristina Tomescu. 2009. *Cornul și laptele – percepții, atitudini și eficiență*. București: Expert.
- Popescu, Raluca. 2009. *Introducere în sociologia familiei: familia românească în societatea contemporană*. Iași: Polirom.
- Popescu, Raluca și Daniela Pescaru-Urse, coord. 2009. *Politici familiale și de gen în România*. Buzău: Alpha MDN.
- Preoteasa, Ana Maria, Sorin Cace și Gelu Duminică, coord. 2009. *Strategia națională de îmbunătățire a situației romilor: vocea comunităților*. București: Expert.
- Stanciu, Mariana. 2009. *Explozia trebuințelor omului modern: semn de progres ori decadență*. Brașov: Omnia UNI S.A. S.T.
- Stanciu, Mariana. 2009. *Management economic și social*. Brașov: Omnia UNI S.A. S.T.
- Stănculescu, Manuela Sofia, Monica Marin și G. Hommes. 2009. *Economia informală în România în anul 2008*. București: Institutul Național de Statistică.
- Zamfir, Cătălin. 2009. *O istorie subiectivă în sociologia românească: din 1944 până în prezent*. Iași: Polirom.
- Zamfir, Elena. 2009. *Asistența Socială în România: Teorie și acțiune socială. Selecție de texte*. Craiova: Mitropolia Olteniei.

**2008**

- Mărginean, Ioan și Iuliana Precupețu, coord. 2008. *Calitatea vieții și dezvoltarea durabilă. Politici de întărire a coeziunii sociale*. București: Expert.
- Mărginean, Ioan și Iuliana Precupețu. 2008. *Diagnoza anuală a calității vieții*. București: Centrul de Informare și Documentare Economică.
- Stanciu, Mariana, coord. 2008. *Dimensiunea ecologică a consumului de bunuri și servicii*. București: Expert.
- Stanciu, Mariana, coord. 2008. *Condiții de viață ale familiilor cu copii din România*. București: Expert.
- Voicu, Bogdan și Mălina Voicu, coord. 2008. *The Values of the Romanians 1993–2006*. Iași: Institutul European.
- Tușiș, Claudiu și Mălina Voicu, coord. 2008. *Romii. Povești de viață*. București: Fundația Soros.

**2007**

- Bădescu, Ciprian. 2007. *Economics of the Vertical Boundaries*. București: Mica Valahie.
- Cace, Sorin, coord. 2007. *Accesul romilor pe piața muncii – aspirații, factori și strategii de reușită*. București: Expert.
- Cace, Sorin, Vasile Cantarji, Nicolae Sali și Marin Alla. 2007. *Roma in Republic of Moldova*. Chișinău: UNDP.
- Cace, Sorin și Gelu Duminiță, coord. 2007. *Policies of social inclusion for the vulnerable groups. Increase of the access on the labour market/ Politici de incluziune socială pentru grupurile vulnerabile. Creșterea accesului pe piața muncii*. Cluj-Napoca: AMM Design.
- Fărcășanu, Daniela, coord.. 2007. *Manualul formatorului. Fundamentele abordării integrate a serviciilor medico-sociale la nivel local*. Buzău: Alpha MDN.
- Mărginean, Ioan, coord. 2007. *Dimensiunea socială a dezvoltării durabile*. București: Expert.
- Neef, Rainer, coord. 2007. *Economia informală și transformare socială în România*. București: Paideia.
- Șerban, Monica și Melinda Stoica. 2007. *Politici și instituții în migrația internațională: migrația pentru muncă din România: 1990–2006*. București: FSSD.
- Voicu, Bogdan și Mălina Voicu, coord. 2007. *Valori ale românilor: 1993–2006. O perspectivă sociologică*. Iași: Institutul European.
- Voicu, Mălina, Gabriel Bădescu, Vlad Grigoraș, Cosima Rughiniș și Ovidiu Voicu. 2007. *Barometrul incluziunii romilor*. București: FSSD.
- Voicu, Mălina. 2007. *România religioasă. Pe valul european sau în urma lui?* Iași: Institutul European.
- Voicu, Mălina, coord. 2007. *Nevoi și resurse în comunitățile de romi*. București: AFIR.
- Voicu, Mălina, Edit Revay and Miklos Tomka. 2007. *Eastern European religion*. Budapesta: Pazmany Tarsadalomtudomány.
- Zaman, Gheorghe și Manuela Sofia Stănculescu. 2007. *BALKANDIDE Study on Social Dimension in the Candidate Countries – Bulgaria, Romania, Croatia and Turkey. Country Report for Romania*. Bruxelles: European Network of Economic Policy Research Institute.

Zamfir, Cătălin și Simona Stănescu, coord. 2007. *Enciclopedia dezvoltării sociale*. Iași: Polirom.

Zamfir, Cătălin, Laura Stoica și Manuela Sofia Stănculescu, coord. 2007. *Proiectarea dezvoltării sociale. Ghid metodologic*. București: Marketing Highest Option.

## 2006

Bădescu, Ciprian. 2006. *The Vertical Boundaries of the Firm. Competitive Advantages A Strategic Approach*. Passadena: ASLA Press.

Blaga, Eugen, coord. 2006. *Politici sociale pentru sănătate*. București: Omega Ideal.

Cace, Sorin. 2006. *Politici de ocupare în Europa Centrală și de Est*. București: Expert.

Cace, Sorin, Gelu Duminiță și Marian Preda, coord. 2006. *Evaluarea programelor pentru comunitățile de romi din România*. Cluj-Napoca: PNUD.

Cace, Sorin și Mariea Ionescu. 2006. *Politici publice pentru romi. Evoluții și perspective*. București: Expert.

Cace, Sorin și Mariea Ionescu, coord. 2006. *Politici de ocupare pentru romi*. București: Expert.

Duminiță, Gelu, coord. 2006. *Accesul romilor la serviciile sociale. Realități și tendințe în anul 2005*. Cluj-Napoca: AMM Design.

Fărcașanu, Dana, coord. 2006. *Manualul formatorului. Fundamentele abordării integrate a serviciilor medico-sanitare la nivel local*. Buzău: Alfa MDN.

Hera, Cristian, coord. 2006. *Lumea rurală - astăzi și mâine: dezbatere națională*. București: Editura Academiei Române.

Larionescu, Maria, Ioan Mărginean și Gabriela Neagu, coord. 2006. *Constituirea clasei mijlocii în România*. București: Editura Economică.

Mărginean, Ioan și Ștefan Cojocaru, coord. 2006. *Services to children and families. Impact of Holt programs in Romania*. Iași: Expert Projects.

Mărginean, Ioan, coord. 2006. *First European Quality of Life Survey: Quality of Life in Bulgaria and Romania*. Luxemburg: Office for official Publications of the EC.

Socol, Gheorghe și Dan Rădulescu. 2006. *Civilizația rurală din România în perspectiva integrării în UE*. București: Centrul de Informare și Documentare Economică.

Stanciu, Mariana. 2006. *Metode cercetare a modelelor de consum*. București: Centrul de Informare și Documentare Economică.

Stanciu, Mariana, coord. 2006. *Accesul populației la serviciile publice*. București: Centrul de Informare și Documentare Economică.

Stănculescu, Manuela Sofia, P.I. Georgescu și Diana Preda. *Dezvoltarea organizației sindicale*. București: Editura Fundației Friedrich Ebert.

Stănculescu, Manuela Sofia, Rainer Neef și Philippe Dair. 2006. *Sectorul informal din România: 1995–2002*. București: Editura Fundației Friedrich Ebert.

Voicu, Mălina și Raluca Popescu. 2006. *Căsătoria și sarcina timpurie în comunitățile de romi*. București: Editura Educația 2000+.

Voicu, Mălina, Bogdan Voicu și Dumitru Sandu, coord. 2006. *Satul românesc pe drumul către Europa*. Iași: Polirom.

Zamfir, Cătălin, coord. 2006. *Understanding the Dynamics of Poverty and Development Risks on Children in Romania*. București: UNICEF.

Zamfir, Cătălin și Laura Stoica, coord. 2006. *O nouă provocare: Dezvoltarea socială*. Iași: Polirom.

## 2005

Bădescu, Ciprian. 2005. *Case Studies in Management Issues*. București: Mica Valahie.

Bădescu, Ciprian. 2005. *Competitive advantages of the firm in a high – competitive environment. Case studies in management issues and CD-ROM – cost modelling; financial modelling CSBP*. București: Mica Valahie.

Cace, Sorin și Daniel Arpinte. 2005. *Evaluarea proiectelor pentru comunitățile de romi din România*. București: PNUD.

Mărginean, Ioan și Ana Bălașa, coord. 2005. *Calitatea vieții în România, ed. a 2-a*. București: Expert.

Popescu, Raluca, Vesna Vucinic-Neskovic and Ulf Brunnbauer, coord. 2005. *Urban life and culture in Southeastern Europe*. Belgrad: Cigoja Stampa.

Rusu, Horațiu și Bogdan Voicu, coord. 2005. *Perspectives on the European Postcommunist Societies*. Sibiu: Psihimedia.

Rusu, Horațiu și Bogdan Voicu, coord. 2005. *European Integration from east to east: civil society and ethnic minorities in a changing world*. Sibiu: Psihimedia.

Voicu, Bogdan. 2005. *Penuria Pseudo-Modernă a Postcomunismului românesc. Vol. I: Schimbarea socială și acțiunile indivizilor*. Iași: Expert Projects.

Voicu, Bogdan. 2005. *Penuria Pseudo-Modernă a Postcomunismului românesc. Vol. II: Resursele*. Iași: Expert Projects.

Voicu, Mălina. 2005. *Ce fel de bunăstare își doresc românii? Despre legitimitatea politicilor sociale în România*. Iași: Expert Projects.

Voicu, Mălina, Bogdan Voicu, Iuliana Precupețu și Raluca Popescu. 2005. *Romanian Farms and Farmers facing the EU regulations*. Iași: Expert Projects.

Zamfir, Cătălin, coord. 2005. *Diagnoza sărăciei și a riscurilor în dezvoltarea copilului din România. Raport de cercetare*. București: UNICEF.

Zamfir, Cătălin. 2005. *Incertitudinea. O perspectivă psiho-sociologică, ed. a 2-a*. București: Editura Economică.

Zamfir, Cătălin. 2005. *Spre o paradigmă a gândirii sociologice, ed. a 2-a*. Iași: Polirom.

Zamfir, Elena. 2005. *Dezvoltare comunitară. Note de curs*. București: Editura Universității din București.

Zamfir, Elena. 2005. *Politici în serviciile de asistență socială. Curs*. București: Editura Universității din București.

Zamfir, Elena. 2005. *Politici sociale pentru familie și copil. Curs*. București: Editura Universității din București.

Zamfir, Elena. 2005. *Psihosociologie aplicată în asistență socială. Curs*. București: Editura Universității din București.

Zamfir, Elena. 2005. *Standarde ale profesiei de asistent social. Curs*. București: Editura Universității din București.

**2004**

- Alexandrescu, Gabriela, coord. 2004. *Știm să ne creștem copiii?* București: Organizația Salvați Copiii.
- Cace, Sorin. 2004. *Statul bunăstării. Evoluții și tendințe*. București: Expert.
- Cace, Sorin și Cristian Vlădescu. 2004. *Starea de sănătate a populației romă și accesul ei la serviciile de sănătate*. București: Expert.
- Chipea, Floare și Florica Ștefănescu, coord. 2004. *Combaterea sărăciei și promovarea incluziunii sociale. Studii de caz în județul Bihor*. Oradea: Editura Universității din Oradea.
- Lambru, Mihaela și Mărginean Ioan, coord. 2004. *Parteneriatul public-privat în furnizarea de servicii sociale*. București: ZIUA.
- Mărginean, Ioan. 2004. *Politica socială. Studii 1990–2004*. București: Expert.
- Mărginean, Ioan, coord. 2004. *Șpaga la români. Ce cred și ce spun românii despre corupția mică*. București: Fundația CONCEPT.
- Mărginean, Ioan, coord. 2004. *Quality of life in Romania*. București: Expert.
- Mihăilescu, Adina. 2004. *Minimul de trai și costurile sociale: concepte operaționale în analiza calității vieții*. Iași: A '92.
- Stanciu, Mariana, coord. 2004. *Impactul social diferențiat al creșterii costurilor utilităților publice asupra consumului populației*. București: Centrul de Informare și Documentare Economică.
- Stănculescu, Manuela Sofia. 2004. *On Discrimination: Insights from the Romanian Children*. București: UNICEF.
- Stănculescu, Manuela Sofia și Ionica Berevoescu, coord. 2004. *Sărac lipit, caut altă viață!* București: Nemira.
- Vonica Răduțiu, Simona, coord. 2004. *Aderarea României la Uniunea Europeană: Impactul asupra statului bunăstării românesc*. București: Centrul de Informare și Documentare Economică.
- Zamfir, Cătălin. 2004. *O analiză critică a tranziției. Ce va fi „după”?* Iași: Polirom.

**2003**

- Bădescu, Ilie, Ioan Mihăilescu și Ionel Nicu Sava, coord. 2003. *Geopolitică, globalizare, integrare*. București: Mica Valahie.
- Berevoescu, Ionica, Manuela Sofia Stănculescu și Mugur Ciumăgeanu. 2003. *Cercetarea Națională privind Violența în Familie și la Locul de Muncă – România*. București: Centrul Parteneriat pentru Egalitate.
- Cace, Sorin și Dana Costin Sima, coord. 2003. *Strada între fascinație și servitute*. București: UNICEF.
- Cace, Sorin și Corina Cace. 2003. *New ways - New start – Manual of inspiration – Better Integration of Refugees and Immigrants*. București: Asociația Catalactica.
- Chipea, Floare, Elena Zamfir, Iile Bădescu și Cătălin Zamfir, coord. 2003. *Starea societății românești. Lucrările celui de al II-lea Congres Național de Sociologie și Asistență Socială*. Oradea: Editura Universității din Oradea.

- Eriksson, John, Dumitru Sandu și Manuela Sofia Stănculescu. 2003. *Implementation of CDF Principles in a Transition Economy. A Case Study of Romanian Experience*. Washington D.C.: World Bank.
- Eriksson, John, Dumitru Sandu și Manuela Sofia Stănculescu. 2003. *Toward country – led development. A multi-partner evaluation of the comprehensive development framework. Findings from six country case studies: Bolivia, Burkina Faso, Ghana, Romania, Uganda, Vietnam*. Washington D.C.: The World Bank.
- Lux, Martin, coord. 2003. *Housing policy: an end or a new beginning?* Budapesta: Open Society Institute.
- Mărginean, Ioan, Ana Maria Preoteasa, Iuliana Precupețu, Raluca Popescu, Bogdan Voicu, Daniel Arpinte, Doru Buzducea și A. Furman. 2003. *Holt Romania: Documentation of Outcomes – Services to children and families*. Iași: Holt Romania.
- Pascariu, Gabriel, Manuela Sofia Stănculescu, Dorin Jula, Mihaela Luțăș și Edith Lhomel. 2003. *Politica de coeziune a UE și dezvoltarea economică și socială la nivel regional în România*. București: Institutul European din România.
- Pop, Lucian. 2003. *Romania: Poverty Assessment*. București: World Bank.
- Preda, Marian, coord. 2003. *Aspecte privind dezvoltarea, populația și sănătatea reproducerii la nivel național și studii de caz. România*. București: UNFPA.
- Preoteasa, Ana Maria și Sorin Căce. 2003. *Health for Minorities? Challenges for the Roma in Romania*. Budapesta: Local Government Brief.
- Stănculescu, Manuela Sofia, Mihnea Preotesi. 2003. *Sărăcia extremă, tranziția trăită la groapa de gunoi*. București: CASPIS.

## 2002

- Berevoescu, Ionica, Sorin Căce, Dana Sima Costin, Simona Ilie, Ioan Mărginean, Adrian Dan, Marian Preda, Mihai Surdu, Monica Șerban, Mălina Voicu și Cătălin Zamfir. 2002. *Indicatori privind comunitățile de romi din România*. București: Expert.
- Berthin, Gerardo. 2002. *Un deceniu de tranziție în România. Raportul național al dezvoltării umane: România 2001–2002*. București: PNUD.
- Căce, Sorin, coord. 2002. *Copiii romi care muncesc și familiile acestora: caracteristici socio-culturale și condiții de viață*. București: RoMedia.
- Chiriac, Dumitru, coord. 2002. *Impactul socio-economic al fenomenelor naturale dezastruoase în România: inundații, alunecări de teren, secetă*. București: Centrul de Informare și Documentare Economică.
- Doboș (Tomescu), Cristina. 2002. *O analiză comparativă a politicilor sociale. România, țările UE, țările în tranziție*. București: CASPIS.
- Ivanov, Andrey, coord. 2002. *Avoiding the Dependency Trap, A Regional Human Development Report, The Roma in Central and Eastern Europe*. Bratislava: UNDP.
- Jigău, Mihaela, coord. 2002. *Învățământul rural din România: condiții, probleme și strategii de dezvoltare*. București: MarLink.
- Jigău, Mihaela și Mihai Surdu, coord. 2002. *Participarea la educație a copiilor romi. Probleme, soluții, actori*. București: MarLink.

- Mărginean, Ioan și Ana Bălașa, coord. 2002. *Calitatea vieții în România*. București: Expert.
- Pop, Luana Miruna, coord. 2002. *Dicționar de politici sociale*. București: Expert.
- Stanciu, Mariana, coord. 2002. *Problema cheltuielilor de întreținere obligatorii ale rezidenților la bloc*. București: Centrul de Informare și Documentare Economică.
- Stănculescu, Manuela and Rainer Neef, eds. 2002. *The Social Impact of Informal Economies in Eastern Europe*. Aldershot: Ashgate.
- Voicu, Mălina, Bogdan Voicu, Monica Șerban și Adrian Nicolae Dan. 2002. *Assessing the causes of country disparities in Romanian Social Development Fund projects proposals. A Report to the Romanian Social Development Found*. București: ICCV.
- Voicu, Mălina and Phillips Brown. 2002. *Proiectul de împădurire a unor terenuri agricole degradate din România: Evaluarea impactului social*. București: Banca Mondială.
- Zamfir, Cătălin, coord. 2002. *Planul Național Anti-Sărăcie și Promovarea Incluziunii Sociale*. București: CASPIS.
- Zamfir, Cătălin și Marian Preda, coord. 2002. *Romii din România*. București: Expert.

**2001**

- Berthin, Gerardo. 2001. *Raportul Național al Dezvoltării Umane, România 2000*. București: PNUD.
- Emigh, Rebecca Jean and Ivan Szelenyi, eds.. 2001. *Poverty, Ethnicity and Gender in Eastern Europe During the Market Transition*. Westport: Praeger Publishers.
- Mărginean, Ioan, coord. 2001. *Cercetări cu privire la minoritatea romă*. București: Expert.
- Noica, Ruxandra. 2001. *Monografia sectorului de locuințe. România*. New York: Comisia Economică pentru Europa Geneva, ONU.
- Pânzaru, Petru. 2001. *Captivi în societate. Sociologia bunului simț*. București: Artemis.
- Pânzaru, Petru. 2001. *Sociologia presei*. Reșița: Timpul.
- Stanciu, Mariana. 2001. *Structuri moderne ale consumului european*. București: GENICOD Ltd.
- Stănculescu, Manuela Sofia și Cătălin Zamfir. 2001. „Country Report – ROMANIA – 1998”, în *Racialization and feminization of poverty in Central and Southern Europe during Post-Communist Socio-Economic* editată de Ivan Szelenyi și Rebecca Emigh. Greenwood Publishing Group.
- Voicu, Bogdan, Magda Balica și Irina Horga. 2001. *Feasibility Study on the continuation and extension of the structural reform of the Vocational Education and Training (VET) within the Educational System of Romania. The present situation and sector policy frecommendations*. București: Romanian National Observatory și European Training Foundation.
- Voicu, Mălina and Loek Halman. 2001. *European Values Survey: The Source book*. Tilburg: Tilburg University Press.
- Voicu, Mălina și Monica Șerban. 2001. *Statutul femeilor din mediul rural. Afirmarea economică a femeilor din mediul rural în Romania*. București: PNUD.
- Zamfir, Cătălin, coord. 2001. *Poverty in Romania: causes, anti-poverty policies, recommendations for action*. București: PNUD.
- Zamfir, Cătălin, coord. 2001. *Economia informală în România*. București: PNUD.

**2000**

- Beca, Elena. 2000. *Experiența de viață a adolescenților*. București: Orfeu.
- Beca, Elena. 2000. *Sociologia cunoașterii*. București: Arhetip.
- Ghebrea, Georgeta. 2000. *Regim social-politic și viață privată. Familia și politica familială în România*. București: Editura Universității din București.
- Ionescu, Marica și Sorin Căce. 2000. *Practici pozitive în comunitățile de rromi*. București: Agenția de Dezvoltare Comunitară „Împreună”.
- Jigău, Mihaela, coord. 2000. *Învățământul rural din România: condiții, probleme și strategii de dezvoltare*. București: Institutul de Științe ale Educației.
- Mărginean, Ioan. 2000. *Economia politicilor sociale*. București: Ars Docendi.
- Mărginean, Ioan. 2000. *Proiectarea cercetării sociologice*. Iași: Polirom.
- Sandu, Dumitru, coord. 2000. *Social assessment for rural development project. Social needs and actions in Romanian villages*. București: World Bank.
- Sandu, Dumitru, coord. 2000. *The Villages of Romania: Development Poverty and Social Capital: Updating Targeting for the Romanian Social Development Fund*. București: World Bank.
- Surdu, Mihai, Sorin Căce și Mălina Voicu. 2000. *Verdammt zu Marginalität? Die Roma in Rumänien*. Reșița: InterGraf Verlag.
- Zamfir, Cătălin. 2000. *Politici sociale în România în tranziție*. San Domingo: Instraw.
- Zamfir, Cătălin. 2000. *The situation of women in transition: comparative study*. San Domingo: Instraw.
- Zamfir, Elena. 2000. *Strategii antisărăcie și dezvoltare comunitară*. București: Expert.
- Zamfir, Elena și Marian Preda, coord.. 2000. *Diagnoza problemelor sociale comunitare. Studii de caz*. București: Expert.
- Zamfir, Elena, Ilie Bădescu și Cătălin Zamfir, coord. 2000. *Starea societății românești după 10 ani de tranziție*. București: Expert.
- Zamfir, Elena și Cătălin Zamfir. 2000. *Situația femeii în România*. București: Expert.

**1999**

- Alexandrescu, Gabriela, coord. 1999. *Copiii rromi din România: raport de cercetare*. București: Organizația Salvați Copiii.
- Berevoescu, Ionica, Lucian Pop, Manuela Sofia Stănculescu, Andra Aldea Lăzăroiu, Dan Chiribucă, Mircea Comșa și Narcisa Grigorescu. 1999. *Fetele schimbării. Românii și provocările tranziției*. București: Nemira.
- Ionete, Constantin, Victor Dinculescu, Gheorghe Zaman, Maria Molnar, Elena Zamfir, Constantin Chircă, coord. 1999. *Raportul Național al Dezvoltării Umane – România 1999*. București: Expert.
- Socol, Gheorghe. 1999. *Evoluție, involuție și tranziție în agricultura României*. București: I.R.L.I.
- Stănculescu, Manuela Sofia, Dumitru Chiriac, Lucian Liviu Albu, Marina Bădieanu, Maria Molnar, Andra Aldea Lăzăroiu. 1999. *Sărăcia în România 1995 – 1998, Vol. I Coordonate ale sărăciei. Dimensiuni și factori*. București: PNUD.

Zamfir, Cătălin, Manuela Sofia Stănculescu, Vladimir Pasti, Dorel Șandor, Waren Crowther, Marta Trușcă și Andor Csorvasi. 1999. *Sărăcia în România 1995–1998, Vol. II Politici de prevenire și reducere a sărăciei, Proiectul de Prevenire și Combatere a Sărăciei*. București: PNUD.

Zamfir, Cătălin, coord. 1999. *Politici sociale în România 1990–1998*. București: Expert.

Zamfir, Cătălin. 1999. *Spre o paradigmă a gândirii sociologice*. Iași: Cantes.

Krausz, Septimiu, coord. 1999. *Sociologia tranziției*. Petroșani: Editura Universitas.

### 1998

Barbu, Gheorghe și Adina Mihăilescu. 1998. *Familiile sărace cu mulți copii, segment al populației în plină suferință*. București: Expert.

Ionete, Constantin, Constantin Chircă, Steliana Perț, Luana Pop, Ana Bălașa și Filofteia Panduru, coord. 1998. *Raportul Național al Dezvoltării Umane – România 1998*. București: Expert.

Stănculescu, Manuela Sofia, Daniel Dăianu. 1998. *Strategia națională de prevenire și combatere a sărăciei. Recomandări și soluții alternative. România 1998*. București: PNUD.

Wagner, Pavel, Constantin Chircă, Cătălin Zamfir, Maria Molnar și Speranța Pârciog, coord. 1998. *Metode și tehnici de evaluare a sărăciei*. București: PNUD.

### 1997

Cornia, Giovanni Andreea, coord. 1997. *Children at Risk in Central and Eastern Europe: Perils and Promises, UNICEF, Economies in Transition Studies. Regional Monitoring Report, No. 4: Republica Cehă, Slovacia, Ungaria, Polonia, Slovenia, Albania, Bulgaria, România, Estonia, Latvia, Lituania, Belarus, Moldova, Rusia, Ucraina, Armenia, Azerbaijan, Georgia*. Florence: UNICEF.

Ionete, Constantin, Pavel Wagner, Gheorghe Zaman, Maria Molnar, Ioan Mărginean, Cătălin Zamfir și Clementina Ivan Ungureanu, coord. 1997. *Raportul național al dezvoltării umane – România 1997*. București: Expert.

Zamfir, Cătălin și Elena Zamfir, coord. 1997. *Pentru o societate centrată pe copil*. București: Editura Alternative.

### 1996

Coșea, Mircea și Alexandru Radocea, coord. 1996. *Raportul național al dezvoltării umane în România*. București: Expert.

### 1995

Cornia, Giovanni Andreea, coord. 1995. *Poverty, Children and Policy: for a Brighter Future, UNICEF, Economies in Transition Studies. Regional Monitoring Report, No. 3, Republica Cehă, Slovacia, Ungaria, Polonia, Slovenia, Albania, Bulgaria, România, Estonia, Latvia, Lituania, Belarus, Moldova, Rusia, Ucraina, Armenia, Azerbaijan, Georgia*. Florence: UNICEF.

Postolache, Tudorel, Mircea Coșea, Hildegard Puwak, Leonard Cazan, Alexandru Radocea și Dorel Mustăța. 1995. *Raportul dezvoltării umane în România*. București: Guvernul României.

Zamfir, Cătălin, coord. 1995. *Dimensiuni ale sărăciei. România 1994*. București: Expert.

Zamfir, Elena și Cătălin Zamfir, coord. 1995. *Politici sociale. România în context european*. București: Editura Alternative.

Zamfir, Elena, coord. 1995. *Situația copilului și a familiei în România*. București: Editura Alternative.

### 1994

Mărginean, Ioan. 1994. *Politica socială și economia de piață în România*. București: Centrul de Informare și Documentare Economică.

Zamfir, Elena, Marius Pop și Cătălin Zamfir. 1994. *România '89-'93. Dinamica bunăstării și a protecției sociale*. București: Expert.

### 1993

Cornia, Giovanni Andreea, coord. 1993. *Public Policy and Social Conditions, UNICEF, Economies in Transition Studies. Regional Monitoring Report, No. 1, 1993: Republica Cehă, Slovacia, Ungaria, Polonia, Slovenia, Albania, Bulgaria, România, Estonia, Latvia, Lituania, Belarus, Moldova, Rusia, Ucraina, Armenia, Azerbaijan, Georgia*. Florence: UNICEF.

Doru, Marcel, Livius Manea, Andrei Novak, Gheorghe Socol, Lăcrămioara Pascal și Didona Papuc. 1993. *Modalități de structurare a timpului liber în vacanțele și concediile de odihnă ale tineretului*. București: ICCV Academia Română.

Zamfir, Cătălin, coord. 1993. *Situația social-economică a copilului în România: propunerea unui program prioritar de urgență de protecție*. București: Centrul de Informare și Documentare Economică.

Zamfir, Cătălin și Elena Zamfir, coord. 1993. *Țiganii: între ignorare și îngrijorare*. București: Editura Alternative.

### 1992

Mărginean, Ioan, coord. 1992. *Calitatea vieții '92*. București: Centrul de Informare și Documentare Economică.

Zamfir, Cătălin, Ana Bălașa și Gheorghe Socol, coord. 1992. *Atitudini, valori și condiții de viață în mediul studentesc*. București: Centrul de Informare și Documentare Economică.

Zamfir, Cătălin, Andrei Popescu, Mihaela Codin, Camelia Gheorghe, Marius Lefter, Ioan Mărginean, Hildegard Puwak, Gheorghe Barbu, Livius Manea, Gheorghe Socol, Georgeta Ghebrea, Viorel Gheorghe, Iuliana Ghindă, Rodica Ghețău și M. Popescu. 1992. *Linii ale politicii de protecție socială pentru România anilor '90, nr. 1*. București: Centrul de Informare și Documentare Economică.

**1991**

- Mărginean, Ioan și Gheorghe Socol, coord. 1991. *Diagnoza calității vieții*. București: Centrul de Informare și Documentare Economică.
- Stanciu, Mariana și Dan Stegăroiu, coord. 1991. *Calitatea serviciilor pentru populație*. București: Centrul de Informare și Documentare Economică.
- Zamfir, Cătălin și Livius Manea, coord. 1991. *Politici orientate spre îmbunătățirea calității vieții*. București: Centrul de Informare și Documentare Economică.

**1990**

- Zamfir, Cătălin. 1990. *Incertitudinea: o perspectivă psiho-sociologică*. București: Editura Științifică.

**Rapoarte sociale**

- Zamfir, Cătălin, coord. 2017. *Raport social al ICCV 2017. Starea socială a României. Calitatea vieții: situația actuală și perspective pentru 2038*. București: ICCV.
- Zamfir, Cătălin, coord. 2014. *Raport social 2014: evaluarea capacității Agenției Naționale pentru Romi*. București: ICCV.
- Zamfir, Cătălin. 2012. *Ce fel de tranziție vrem? Analiza critică a tranziției II. Raport social al ICCV, nr. 5*. București: ICCV.
- Stanciu, Mariana și Adina Mihăilescu. 2011. *Starea sărăciei din România în context european. Raport social*. București: ICCV.
- Zamfir, Cătălin, coord. 2011. *Raport social al ICCV 2011. România: răspunsuri la criză*. București: ICCV.
- Mărginean, Ioan și Iuliana Precupețu, coord. 2010. *Calitatea vieții în România 2010*. București: Expert.
- Stănescu, Simona Maria, coord. 2010. *Raport de cercetare privind economia socială în România din perspectivă europeană comparată*. București: Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale.
- Zamfir, Cătălin, Iulian Stănescu și Simona Ilie, coord. 2010. *Raportul social al ICCV. După 20 de ani: opțiuni pentru România*. București: ICCV.



## CONTENTS

|                                                                |   |
|----------------------------------------------------------------|---|
| <b>Foreword</b> – <i>Elena Zamfir, Iuliana Precupețu</i> ..... | 7 |
|----------------------------------------------------------------|---|

### INTRODUCTION

|                                                                                                      |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Quality of Life in Development Strategies and Ethics of Social Action –<br><i>Elena Zamfir</i> ..... | 17 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

### PART I. DIMENSIONS OF THE QUALITY OF LIFE

|                                                                                                                                             |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Analysis of the Education System in Romania from the Perspective<br>of Medium and Long Term Objectives – <i>Gabriela Neagu</i> .....        | 61  |
| Health Status in Romania. For a Social Approach to Health – <i>Iuliana<br/>Precupețu, Cosmina Elena Pop</i> .....                           | 86  |
| Financial and Human Resources for the Health System in Romania –<br><i>Cristina Tomescu</i> .....                                           | 124 |
| Employment in Romania; Sources of Vulnerability – <i>Simona Ilie,<br/>Ana Maria Preoteasa</i> .....                                         | 139 |
| Housing Conditions, Quality of Housing and Housing Policies –<br><i>Cosmin Briciu</i> .....                                                 | 169 |
| Quality of Governance in Romania – <i>Monica Marin, Adriana Neguț,<br/>Claudia Petrescu, Iulian Stănescu, Manuela Sofia Stănculescu</i> ... | 190 |

### PART II. OBJECTIVE INDICATORS OF THE QUALITY OF LIFE

|                                                                                                  |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Budget and Households' Living Standard – <i>Simona Ilie</i> .....                                | 219 |
| A Comparative Analysis in Determining Poverty Thresholds – <i>Adina<br/>Mihăilescu</i> .....     | 240 |
| Average Consumption in Romania in European Perspective – <i>Maria<br/>Livia Ștefănescu</i> ..... | 247 |
| Income Inequalities – <i>Ionuț-Marian Anghel, Elena Tudor</i> .....                              | 257 |
| Poverty in Romania – <i>Mihnea Preotesi</i> .....                                                | 269 |

|                                                                                                     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Directions in Social Protection – <i>Simona Ilie, Sorin Cace</i> .....                              | 289 |
| Social Benefits – <i>Daniel Arpinte, Sorin Cace, Alexandra Deliu</i> .....                          | 298 |
| Towards an Integrated System of Public Services in Social Assistance –<br><i>Elena Zamfir</i> ..... | 307 |
| Types of Social Assistance Public Services – <i>Daniel Arpinte</i> .....                            | 330 |
| Social Support for Elderly in Romania – <i>Mariana Stanciu, Adina<br/>Mihăilescu</i> .....          | 337 |

## INSTEAD OF CONCLUSIONS

|                                                                                                                                 |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| The Evolution of the Quality of Life Topic: A Sociological Analysis –<br><i>Cătălin Zamfir</i> .....                            | 365 |
| The Research Institute for Quality of Life (RIRL) in Public Policies<br>for 28 Years – <i>Cătălin Zamfir, Alin Casapu</i> ..... | 381 |

## SUMMARY

ELENA ZAMFIR  
IULIANA PRECUPEȚU

In Romania, during the transition period, scholars and researchers showed increasingly more active interest in identifying and analyzing the social, economic and moral issues. Researchers from the Research Institute for Quality of Life (RIQL) contributed to formulating some pragmatic suggestions/proposals, as possible answers to preventing and diminishing modern social risks; they assisted in clarifying the social policies' directions in the framework of an integrated development strategy for the country (country project/future model) centered on improving quality of life.

However, the relationship to the political decision factors was not always a straight forward cooperative one for the entire period of transition. Constantly, the beginnings of a new political government were accompanied by explicit promises of partnership with the research academia and the civil society. It is true nonetheless, that many of the outcomes of the social research of RIQL were used at the time of electoral campaigns as arguments for reconstructing social justice and were even incorporated massively in the governmental programs for public policies. However, in time, electoral promises were forgotten by the political decision factors and the relationship to the world of academia and research was diluted increasingly almost to the point of vanishing. The outcomes of research were either ignored, or criticized, if not outright contested.

The present edited volume gathers several authors' papers and puts forward the contribution of the RIQL researchers to understanding and analyzing the process of developing public policies, as these are represented in the governmental strategies of the past 28 years in the postcommunist Romania. Considering the marginal/peripheral position taken by social policy reforms in Romania against the other EU member-countries and taking into

account the new context of European requirements, the studies suggest the rethinking of objectives and targets for a new development model focused on improving quality of life. The analysis of the social realm on its various components is completed by proposals for a new vision in determining a future development strategy for the country. The present studies rely on national and international statistical data, secondary data analysis, social research reports, empirical research undertaken by RIQL, possible scenarios in the postcommunist development of the country, etc.

The studies included in the present volume rely on the quality of life paradigm. The introductory study *Quality of Life in the Development Strategies and Ethics of Social Action* describes from a theoretical point of view the approach pursued in the volume. By underpinning the reach of the quality of life concept as core objective of political programs, of country development strategies and of the European social projects, the chapter defines its complex, inter- and multi-disciplinary significance by detailing the basic factors for improving quality of life. The study reviews the methodology of quality of life approach and makes use of recent research data for characterizing subjective wellbeing in Romania. The emphasis here is on the fact that currently, by its practical orientation, quality of life becomes a milestone of the social action in changing/improving social and environmental conditions. "From this viewpoint, quality of life emerges as an open projection of collective and individual action in identifying opportunities, resources for substantiating some efficient measures and pragmatic solutions of change" (39). At the same time, the fact is emphasized that "success of a strategic project of country development cannot ignore the moral norms as integral part of modern democracy and civilization" (49). This needs consideration because determining country development objectives', choosing the framework of reference, clarifying targets and means of achieving the strategic objectives is not but an intention or one unilateral act of political willpower only of the ones governing, of the political decision-makers, as it so often happened in the postcommunist Romania. In any democratic regime, deciding on a country project involves a firm option for the ethics of collective action, and social actors must be involved in both in the decision-making processes, and in the ones of evaluating and monitoring the initiated programs. Nevertheless, it is shown that "the modern society, characterized

by its pragmatic centered orientation on profit-making displays a severe deficit in the sphere of the mechanisms for creating and operating a culture of social solidarity and learning about *how to build together*” (49).

The first part of the volume is dedicated to analyzing the fundamental dimensions of the quality of life.

The chapter *Analysis of the Education System in Romania from the Perspective of Medium and Long Term Objectives* is focused on evaluating the current situation of the education system in Romania by establishing a relationship to the objectives assumed in the educational policy documents and proposes a set of priority goals/objectives thereby detailing as well the way (necessary resources) in which they may be achieved. Debating the role of education as one of the essential components of socio-economic development of the society, this study supports the necessity of complementing educational policies by social policies. These, together, may create a consistent support for the disadvantaged population, with the purpose of increasing the chances of access to high quality education.

The chapter *Health Status in Romania. For a Social Approach to Health* argues in favor of a conceptual framework on social determinants of health that can allow analysis and intervention in the field of health. At the same time, the authors look at health status in Romania in a European comparative perspective. Moreover, the chapter focuses on individual and structural social determinants of health in Romania. As addition to this approach, the chapter *Financial and Human Resources for the Health System in Romania* are debated, as well. The authors underpin the importance of considering health as priority within the development strategies for Romania, next to education and employment with the recommendation of financing these fields as major social investments, and not to regard them as expenditures, as is currently the case. Health, education and employment are closely related, so that investments into one of these fields might generate during a reasonable time-horizon effects in the other fields. Thus, the consequences of investments in education might become visible in the competences of the labor force, in health (by healthy behaviors associated with a higher level of education), as well as in other fields like participation to political life, social involvement, social values, etc.

The chapter *Employment in Romania; sources of vulnerability* uses a series of social theories and research data to analyse the particularities of Romanian employment and draws attention to the sources of vulnerability that are related to the type of labor contract, wage level, and labor conditions. The development directions in the field include a series of proposals such as: increasing wage employment by supporting the development of small- and medium-sized enterprises, stimulating associations in the rural area and a minimum vertical integration of the agricultural-livestock production, decreasing the age for youths' entry in the labor market (maintaining and extending present practices) by expanding vocational education (on a structure of interest for the labor market), improving the quality of the jobs.

The chapter *Housing Conditions, Quality of Housing and Housing Policies* highlights the main issues related to housing in Romania: the low quality of the housing stock, the costs of housing, the impaired access to housing in case of younger generations, the phenomenon of marginalised areas and the lack of regulation in the field of urban development, the homelessness issue in large cities, the low access to utilities and sometimes to social services in the rural. The chapter argues for the necessity and emergency of radical rethinking the role and importance of housing policies within public policies, so that new programs and more resources might be used in the field.

The next chapter, *Quality of Governance in Romania* analyzes the internal and external conditions and factors that might contribute to increasing the quality of public administration. Moreover, the study suggests specific objectives with the purpose of increasing the quality of public administration as necessary condition for improving quality in supplying public services and, in wider meaning, for better governance.

The second part of the volume is focused on the material dimension of the quality of life by analyzing a series of objective indicators. The high risk of poverty, the high rate of material deprivation, the existence of various vulnerable categories of population, the low level of consumption and its imbalanced structure, the high income inequality, all these shape out, together with the present policies grounded on low expenditures for social protection, the image of a society with low living standards.

The chapter *Budget and Households' Living Standard* brings into discussion the particularities of the living standard in Romania. Thus, the

high dependency of the living standard on wage incomes and the inconsequential role of incomes from capital and properties impose the increase of employment and control over labor incomes' inequity. The development priorities aiming to increase the living standard vary from social measures focused on the categories in need to complex measures targeting fields like fiscal, housing, sanitary and health policies, and residential social services.

Completing the debates on the living standard, the chapter *A Comparative Analysis in Determining Poverty Thresholds* illustrates consumption characteristics in various types of households that have a decent living standard and in households living at the subsistence threshold. By estimating consumption from Romania by comparisons at European level, the chapter *Average Consumption in Romania from an European Perspective* highlights the existing disparities between our country and the other European countries, despite of a higher consumption growth rate.

The chapter *Income Inequalities* shows the increasing income inequality after the year 1990 in Romania and provides explanations attributable to the economic options of the country thereby outlining possible directions of action for attenuating high income differentiations.

Representing a major issue of the Romanian society, poverty, even though analyzed from different perspectives throughout the volume, emerges in a distinct chapter *Poverty in Romania*. During transition, the trends recorded in the poverty dynamics were marked by a couple of major stages: an increase in absolute poverty for the first 10 years of transition, a decrease in the incidence of absolute poverty with relatively differentiated effects for some vulnerable categories, an increase in the vulnerability of certain categories: children, families with children, youths, and for categories in special life circumstances such as elderly living alone. In this context, possible measures are put forward that might contribute to diminishing poverty: a reallocation from monetary benefits to non-monetary ones, policies for stimulating labor force employment and wage incomes with focus on the poorest 20% of the population, a formula for social assistance benefits that provides work able beneficiaries an incentive to work and to benefit of social assistance support measures, as well.

The chapter *Directions in Social Protection* highlights possible options for a welfare state model, by underlining the importance of reconstructing social coherence and of focusing on the regional balance of development.

A change of paradigm is necessary in the way social issues are targeted in Romania, as the forecasted economic growth of the next years is not enough to improve the state-of-affairs in Romania in relationship to the present situation. Thus, the chapter *Social Benefits* mentions that a significant increase in the living standard of the population involves a “qualitative change, that should be the outcome of rethinking state priorities, ...a reinterpretation of the relationship state-citizen: a possible option would be structural accountability, so that the state turns into a credible partner for solving potential critical issues at individual/vulnerable groups’ level” (305).

The chapter *Towards an Integrated System of Public Services in Social Assistance* debates over the way in which social assistance services might contribute to ensure a decent living standard for groups and persons in difficulty. By underpinning the need of prioritizing social issues within public policies and of their timely resolution by focusing on types of needs and categories of beneficiaries, this section argues for developing an integrated system of social assistance public services. It should be complementary to the modern community services, and in agreement with European standards. Any configuration of the social assistance services’ system is dependent structurally both on the socio-economic profile of the society, the social policy options, and on the cultural life models present within the community. The efficiency of an active modern system of assistance consists in harmonizing of all forms of social support, in money and services, they all being closely interlinked. At the same time, social assistance targets all life dimensions of the person in difficulty: education, health, employment, housing, civic participation, etc. Unfortunately, in Romania, during transition, it was highlighted a major imbalance in public social policies, that is between benefits and assistance services. Constantly, personalized assistance services were chronically underfinanced in relation to benefits and poorly developed at the level of public policies. Thus, setting priority objectives in social policies centered on active anti-poverty type services of assistance and on social inclusion, as pursued by the postcommunist governments, did not take into account the complex-integrated structure of all needs and ignored the social risks for the autonomous/decent life of vulnerable persons. The conclusion of the study is that ensuring a modern public system of integrated social assistance services in agreement with the European standards of decent life remains for Romania a hard to achieve major objective.

The chapter *Types of social assistance public services* completes the picture outlined previously about social assistance by highlighting the issues pertaining to the organization of assistance services.

The study *Social Support for Elderly in Romania* is dedicated to the issues of the elderly and to the support forms by means of the public pensions' system, of the social assistance system, and of the public health services' system. Under the conditions in which the elderly quality of life depends decisively on the financing level, and on the functional performances of these services "the identification and management of the critical or vulnerable issues of the aforementioned should constitute a permanent concern of the decision factors in the sphere of public policies" (p. 267).

The chapter *Research Institute for Quality of Life (RIQL) in Public Policies for 28 Years* is a synthesis of the main directions of research in the field of quality of life and in the one of social policies within the RIQL as of its set-up in January 1990, thereby underpinning the specialized contributions of the researchers over this time. The scientific outputs materialized in specialty books, studies, topical journals and public debates, yearly research social reports, national and international expertise, etc. have put forward to the decision factors policies, diagnoses, evaluations and pragmatic proposals regarding public policies with direct impact in increasing the quality of life. Maintaining the quality of life in the attention of policy makers as an instrument of analysis of the social reality and as a guiding element for future development was and remains a major constant of the concerns reflected by the researchers within the Institute.

\* \* \*

The coordinators of the volume express their gratitude to all colleagues assuming the scientific responsibility for their contributions to this volume as effort of their research unfolded over time. Their studies create a global image on the present social reality regarding quality of life in Romania, but also on a possible model/future development project of the country for improving quality of life.

Special gratitude is addressed, as well, to our colleagues Professor Ioan Marginean and Doctor Simona Stanescu for the support provided and the improvement suggestions made during the elaboration of the volume.

